

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



División de Estudios de Posgrado e Investigación

Departamento de Medicina Familiar

Instituto de Seguridad Social del Estado de

México y Municipios

Hospital Regional Nezahualcóyotl

**“Apoyo conyugal en pacientes con síndrome climatérico que acuden a la
clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla”**

Trabajo para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar para el
Médico General en el Hospital Regional ISSEMYM sede: Nezahualcóyotl.

Presenta:

Dra. Perla de los Angeles Sánchez Ortíz

Nezahualcóyotl, Estado de México.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“Apoyo conyugal en pacientes con síndrome climatérico que acuden a la
clínica de consulta externa ISSEMYM Tlalnepantla”**

Trabajo para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar para el
Médico General en el Hospital Regional ISSEMYM sede: Nezahualcóyotl

Presenta:

Dra. Perla de los Angeles Sánchez Ortíz

A u t o r i z a c i o n e s :

Dr. Francisco Javier Fulvio Gómez Clavelina
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

Dr. Felipe de Jesús García Pedroza
Coordinador de Investigación
Del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

“Apoyo conyugal en pacientes con síndrome climatérico que acuden a la clínica de consulta externa ISSEMYM Tlalnepantla”

Trabajo para obtener el diploma de Especialista en
Medicina Familiar para el Médico General en el Hospital Regional ISSEMYM
sede: Nezahualcóyotl

Presenta:

Dra. Perla de los Angeles Sánchez Ortíz.

A u t o r i z a c i o n e s :

Dr. Barnad Romero Librado Carlos
Profesor titular del curso de Especialización
En Medicina Familiar en el Hospital
Regional ISSEMYM sede: Nezahualcóyotl.

Dra. Pacheco Milla Elizabeth
Asesor Metodológico de tesis
Médico Familiar

Lic. Mejía Márquez Martha
Directora de Educación e Investigación en Salud

Dr. Eduardo Brea Andrés
Jefe del Departamento de Investigación e Innovación Educativa en Salud

Nezahualcóyotl, Estado de México.

AGRADECIMIENTOS:

- A mi hija Perla Ximena, por ser el motor de mi vida y mi estímulo en este proyecto.
- A mi esposo Gerardo por la comprensión e impulso de mi especialidad.
- A mi madre por su apoyo incondicional.
- A mi padre por seguir siendo mi ejemplo, aunque ya no este.
- A mis hermanos Omar y Hugo, por el apoyo recibido.
- A Dios, por permitirme lograr esta meta.
- A mis profesores: Dr. Librado Carlos Barnad Romero y al Dr. Oscar Barrera Tenahua, por sus conocimientos.
- A la Dra Elizabeth Pacheco Milla por la asesoría y apoyo en la elaboración de esta Tesis.
- Al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios por brindarme la oportunidad de iniciar y finalizar la Especialidad de Medicina Familiar.
- A los directivos, personal administrativo, Médico y enfermería de la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla, que colaboraron en la realización de esta Tesis.

TITULO

**“APOYO CONYUGAL EN PACIENTES CON SINDROME CLIMATERICO
QUE**

**ACUDEN A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
ISSEMYM**

TLALNEPANTLA”

INDICE

1. MARCO TEORICO	1
1.1 CLIMATERIO.....	1
1.1.1 Antecedentes históricos.....	1
1.1.2 Definición.....	3
1.1.3 Etapas del Climaterio.....	3
1.1.4 Epidemiología.....	4
1.1.5 Fisiopatología.....	5
1.1.6 Criterios diagnostico.....	7
1.1.7 Tratamiento.....	8
1.1.8 Tratamiento psicológico.....	13
1.1.9 Complicaciones.....	13
1.1.10 Pronostico.....	14
1.2 Familia.....	14
1.3 Pareja.....	18
1.3.1 Definición.....	18
1.3.2 Pareja conyugal.....	18
1.3.3 Antecedentes históricos.....	18
1.3.4 Tareas de pareja.....	21
1.4 Apoyo.....	22
1.4.1 Definición.....	22
1.4.2 Antecedentes históricos.....	22
1.5 Redes de apoyo.....	24
1.6 Apoyo de pareja.....	24

1.7 Tipos de apoyo de pareja.....	26
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
3. JUSTIFICACIÓN.....	28
4. OBJETIVOS.....	29
4.1 Objetivo general.....	29
4.2 Objetivos específicos.....	29
5. HIPÓTESIS.....	29
6. METODOLOGÍA.....	29
6.1 Tipo de estudio.....	29
6.2 Población, lugar y tiempo del estudio.....	30
6.3 Muestra.....	30
6.4 Criterios de inclusión.....	30
6.5 Criterios de exclusión.....	30
6.6 Criterios de eliminación.....	30
6.7 Variables.....	31
6.8 Información a recolectar.....	32
6.9 Método de recolección.....	34
6.10 Método para capturar información.....	35
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	35
8. RESULTADOS.....	39
9. DISCUSIÓN.....	43
10. CONCLUSIÓN.....	44
11. BIBLIOGRAFÍA.....	46
16. ANEXOS.....	48

1. MARCO TEORICO

1.1 CLIMATERIO

1.1.1 Antecedentes Históricos:

A través de diferentes épocas, la etapa del climaterio ha sido motivo de menciones históricas, literarias, culturales.

La presencia de la mujer ha estado en todos los momentos de la historia y la importancia del medio social en el cual se ha desenvuelto también ha sido señalado. Desde épocas remotas se han conocido de los cambios que padecen las mujeres durante la etapa del climaterio, se relacionaron con la desaparición de la función menstrual. Las primeras menciones se hallan en los papiros egipcios, en los que se señalan a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban. ¹¹

Hipócrates menciona en sus escritos el cese de las menstruaciones, así como Aristóteles, en el año 322 a.n.e, describió en su Historia Animalium que la menstruación cesa alrededor de los 50 años. El corpus Hippocraticum se refiere en forma ambigua, en el tratado sobre la naturaleza de la mujer, a un cuadro de amenorrea que tanto podría corresponder al climaterio, como a una amenorrea instalaba durante la etapa fértil. Aecio de Amida (siglo VI a.n.e.) refiere que la menstruación nunca cesa antes de los 35 años y hacia los 50 años. Ya desde la antigüedad hay coincidencia en estos 3 autores en cuanto a la fecha del cese de la menstruación. ¹¹

El papiro egipcio de Ebers de la dinastía XVIII (1400 a.n.e.), en el fragmento 833, se hace referencia precisa a la menopausia y a las sensaciones de calor comparables a las tuforadas o sofocos. El antiguo mundo greco-romano no hace referencia sobre el tema. La civilización pagana, relacionó la menopausia con la espiritualidad, similar a la tradición hebrea y judeocristiana. ¹¹

Con respecto a Sócrates escribió Platón el gran diálogo “El banquete”, que dedico a las teorías sobre el amor expuestas por Sócrates, en el que habla sobre el impulso erótico y confiesa que todo lo que sabía del amor lo había aprendido de Diótima, la sabia nacida en Mantinea, quien era una mujer menopáusicas como Sara y la madre de Juan el Bautista. ¹¹

Durante la edad media, las descripciones sobre la menopausia, fueron escasas, y esporádicas. Se menciona a los ancianos que en realidad no superaban los 40 años. Las sociedades feudales, destacaron una noción desfavorable de la mujer menopáusica. En el siglo XVI, la influencia de las pestes, los períodos de sequía y las guerras, favorecieron el desarrollo del concepto de una menopausia relacionada con lo maléfico. ¹¹

A partir del siglo XIV la mujer postmenopáusica pasó a ser considerada, la imagen de lo marchito y de decrepitud relacionada con ella fue quedando atrás. Las expresiones de la pintura renacentista, procuraban representar el paso del tiempo el anciano conserva sus proporciones corporales, en cambio Eva evidencia el paso del tiempo, con sus pechos flácidos y la presencia de una giba seguramente osteoporótica. ¹¹

Todas las descripciones tanto literarias como pictóricas de fines de edad media y el Renacimiento, identificaron a la mujer menopáusica con el aspecto claro de la bruja. Se le atribuyeron propiedades maléficas. ¹¹

En 1729 John Freind describió que el cese de la menstruación se lleva a cabo alrededor de los 49 años. En 1776 el inglés Fotherhill, sugiere que el retiro de la menstruación podría ser de origen iatrogénico. En 1816 y 1821, De Gardanne, identifica por primera vez en forma científica con el término “menopausia”, de acuerdo con una revisión histórica realizada por Wilbush en 1816 en Francia, (menespausie), y 5 años después se le cambia el nombre por ménopause (pausa o interrupción de la menstruación) el momento del cese menstrual. ¹¹

En la época de la Revolución Francesa, el status de la mujer en la corte y en la sociedad dependía fundamentalmente de su apariencia, atractivo y capacidad sexual, la menopausia era considerada como un sinónimo de muerte social. ¹¹

A mediados del siglo XVIII las publicaciones científicas solo se referían a la menopausia por las hemorragias e irregularidades menstruales que ocurrían. A comienzos del siglo XIX en enfoque comienza a cambiar, y ya comienzan a destacarse los otros síntomas que la acompañan, como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos. Colombat de L'Isere en el siglo XIX, al referirse a la mujer menopáusica decía: “se parece a una reina destronada o más bien a una diosa cuyos adoradores ya no frecuentan el templo, solo puede atraerlos por la gracia de su ingenio y la fuerza de su talento”. ¹¹

Todavía en el pasado siglo XX, un autor de gran prestigio universal, como fue Sigmund Freud dijo acerca de las mujeres en esta etapa: “son pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas” ¹¹

A finales de la década de los años 40, varios científicos predicen acerca del estudio de la menopausia y su importancia para la salud de las mujeres y disertan sobre el efecto provechoso de la terapia de reemplazo hormonal, fundamentalmente con estrógenos. Entre ellos Robert Benjamin Greenblatt, y Fuller Albright, demuestran por primera vez que los estrógenos ejercen una acción importante, no solamente en la esfera ginecológica, sino también fuera del aparato reproductivo. ¹¹

En 1964 se decía que la menopausia era un fantasma que no adquiriría carta de ciudadanía más que por la obra creadora de la imaginación y el miedo. Don Gregorio Marañón la denominaba “la edad crítica”. ^{11, 10}

Si bien estas referencias históricas aportan escasos datos sobre los síntomas y demás aspectos del periodo posmenopáusico, tiene el valor de contribuir a vislumbrar y enriquecer su significado histórico, cultural y antropológico, que tiene la importancia de resaltar el climaterio con el rol asignado a la mujer en cada sociedad y en el que influyen los valores culturales de sus comunidades. ¹¹

1.1.2 Definición

El Climaterio: es un periodo fisiológico que se caracteriza por signos y síntomas, que se deben a la transición de la etapa reproductiva a la pérdida de la función ovárica de la mujer. Se inicia alrededor de los 40 años y finaliza a los 60 años, incluye manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas. ^{12, 14, 19}

1.1.3 Etapas del Climaterio:

Premenopausia: es la etapa de transición que ocurre entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica.

Menopausia: es el periodo, que marca el cese (espontáneo o artificial) de la función normal y cíclica del ovario, por un espacio mayor de un año, este momento está determinado genéticamente y ocurre entre los 45 y 55 años.

Postmenopausia: es el periodo que se inicia un año después de la menopausia, puede durar entre 5 y 10 años, en el cual persiste el déficit estrogénico y se acompaña de un incremento de los trastornos vasomotores, neuropsiquiátricos, genitourinarios, cardiovasculares y osteomusculares. ^{6, 14, 17}

1.1.4 Epidemiología:

El incremento notable de la esperanza de vida al nacimiento en la población, particularmente de las mujeres, que ocurrió en la última mitad del siglo XX, condicionó que un mayor número de mexicanas alcancen la edad promedio de la menopausia y pasen una importante parte de su vida en la condición postmenopausica. ¹²

En el año 2000 se estimó que la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres era de 77.6 años. Al inicio del nuevo siglo, la esperanza de vida para la población femenina de 40 años de edad es cercana a otros 40 años adicionales, lo que denota la importancia de los cuidados y atención a la salud en esta etapa de la vida. ¹²

La magnitud del universo de la población que requiere de información y servicios se aprecia al considerar, que en el año 2000 el número de mujeres de 40 años y más se estimó en 11'779,071 (23% de la población femenina), cifra que continuara en ascenso alcanzando 17'407,510 (30% de la población femenina) en el año 2010, esto según la Secretaria de Salud. ¹²

De acuerdo a los datos proporcionados por el INEGI, en el censo del 2000 había 6,776,314 mujeres mayores de 50 años, y en el 2005, de acuerdo con el recuento de población, publicado por el INEGI en 2006, había 8,195,864, a lo que representa un aumento de 17.3% de la población femenina mayor de 50 años, en tan sólo cinco años. Si consideramos las tendencias del Consejo Nacional de Población (CONAPO), que en el 2010 habrá cerca de 10,015,562 mujeres en esta etapa de la vida, en tan sólo 10 años (2000-2010) aumentará la población de mujeres de 50 años o más en 35.4%, en relación con el censo realizado a principios de este siglo. ¹²

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas, la longevidad actual de la mujer posmenopáusica puede constituirse en más de 33% de la vida de la población femenina. ¹²

Por estos datos, es importante que este sector de la población sea el centro de atención de ginecólogos, epidemiólogos, cardiólogos, reumatólogos, psiquiatras, geriatras, médicos familiares entre otros. ¹²

1.1.5 Fisiopatología:

La pérdida de la función ovárica suele ser un proceso gradual, que se produce entre 4 a 6 años, esta función fluctúa, aumenta o disminuye.

Al inicio del climaterio se produce una disminución de los niveles de inhibina, lo que produce un aumento de la Hormona Folículo estimulante con niveles de estradiol normal o ligeramente disminuidos., esto da lugar a un acortamiento de la fase folicular y a ciclos menstruales cortos o prolongados, posteriormente se produce un descenso de los niveles de estradiol y la maduración folicular se vuelve irregular, presentando ciclos ovulatorios o anovulatorios, cuando existen estos últimos no se produce progesterona, existe un hiperestrogenismo relativo que puede provocar hipermenorrea y/o hiperplasia del endometrio. 14

Los folículos ováricos se vuelven resistentes a la estimulación de la FSH, las concentraciones de estradiol se conservan normales., este grado de resistencia ovárica a la estimulación, puede explicar los bochornos a pesar de estos valores normales, ello sugiere que pueden deberse a la liberación de gonadotropina relacionadas con las concentraciones bajas de estradiol o cifras bajas de otras hormonas ováricas como la inhibina. 14

Las dos gonadotropinas, FSH Y LH, son producidas por la glándula anterior de la hipófisis, cuando los niveles de estrógenos son bajos, los núcleos arcuato y paraventricular del hipotálamo son estimulados a producir hormona liberadora de gonadotropina en la circulación portal de la hipófisis, ellos estimula liberación de FSH y LH. El mecanismo responsable de la liberación pulsátil de hormona liberadora de gonadotropina se plantea que también es responsable de bochornos. 14

La menopausia es consecuencia de la atresia folicular o del agotamiento folicular, de tal modo que no existen folículos ováricos que puedan responder a las gonadotropinas, por lo que el ovario pierde su función cíclica, desaparece la ovulación y se termina la etapa reproductiva de la mujer. 14

Los niveles de estradiol son muy bajos, se produce un aumento de FSH, en menor medida la LH, de tal forma que el cociente FSH/LH se invierte, siendo compatibles con la interrupción completa de la función ovárica. 14

La estrona es el estrógeno más importante en la posmenopausia, se produce por la conversión periférica de la androstenediona (producida en la corteza suprarrenal y en el ovario), el cual se aromatiza en estrógenos principalmente en el tejido adiposo. La estrona puede ser capaz de mantener la vagina, la piel, el hueso y en algunos casos reducir la incidencia de bochornos. Si bien el estrógeno de cierto

modo puede ser beneficioso, sin embargo al no existir oposición de progestágenos (por la falta de ovulación y desarrollo del cuerpo lúteo), puede aumentar la incidencia de hiperplasia y cáncer de endometrio. Las obesas suelen tener una alta concentración de estrógenos circulantes, por tal motivo están en peligro de sufrir cáncer de endometrio, en contraste las mujeres delgadas experimentan disminución de los estrógenos circulantes, estando más expuestas a la osteoporosis. ¹⁴

En cuanto a los andrógenos, antes de la menopausia el ovario produce cerca de 50% de androstediona y 25% de la testosterona circulante. Después de la menopausia, disminuye la producción total de andrógenos, sobre todo por la caída de la producción ovárica. Sin embargo, también disminuye la producción en la suprarrenal. Aun cuando en la mujer posmenopáusica se producen menos andrógenos, ellos se vuelven más activos, debido a la falta de oposición de los estrógenos. ¹⁴

La menopausia, en general es diagnosticada en forma retrospectiva luego de ocurrida la amenorrea por un año, observándose adicionalmente los signos de hipoestrogenismo y cuando fuera necesario, confirmándose con el aumento de la hormona estimulante del folículo (FSH > 40UI/L). ¹⁴

Síntomas Vasomotores: Los bochornos o sofocos se definen como un aumento en la percepción del calor dentro del cuerpo, se manifiestan por una elevación en la temperatura cutánea, vasodilatación periférica, aceleración transitoria de la frecuencia cardiaca y modificaciones en la actividad dérmica. Se inician años antes de la menopausia, aun con ciclos regulares, aumentan conforme éstos se vuelven irregulares, alcanzando su máxima intensidad y mayor frecuencia 1 a 2 años después de la menopausia y pueden persistir hasta por 5 o 15 años después de esta, esto se debe a alteraciones en el centro termorregulador del hipotálamo anterior y se acompañan de liberación pulsátil de la LH y de la hormona liberadora de gonadotrofinas. ^{1, 12}

Síntomas del tracto genitourinario: debido al origen embriológico de vagina, trigono vesical y vejiga, las vías urinarias inferiores presentan cambios atróficos por falta de estrógenos. Esto produce uretritis causada por atrofia de la mucosa uretral, que produce disuria y vaginitis atrófica. La atrofia de la vagina produce adelgazamiento del endotelio, pérdida de los pliegues, acortamiento de la misma y disminución de la lubricación, lo que se relaciona con dispareunia. Antes de la menopausia las células epiteliales de la vagina son ricas en glicógeno, el cual es metabolizado por lactobacilos, lo que contribuye a formar un ph ácido que protege contra las infecciones, posterior a la misma se pierde este mecanismo protector y puede presentarse mayor frecuencia de infecciones. ^{1, 12}

Síntomas Psicológicos, somáticos y emocionales: La falta de estrógenos proporciona una base bioquímica que puede explicar el posible desarrollo de esta síntoma, ya que la ausencia de esta hormona facilita la disminución del triptófano libre en la sangre con la consiguiente disminución de la 5 hidroxitriptamina y debido a que los cambios en los niveles de serotonina en el cerebro representan uno de los mecanismos para el desarrollo de la depresión endógena, se ha sugerido esta hipótesis bioquímica para explicar la depresión de la mujer postmenopausica. 1, 12

Trastornos de la sexualidad: la atrofia del epitelio vaginal, produce vaginitis atrófica, provocando dispareunia, la abstinencia sexual prolongada favorece esta atrofia, produciendo dolor y malestar al reanudar la actividad sexual. 1, 12

Enfermedad cardiovascular: existen alteraciones en el metabolismo de lípidos, principalmente disminución de los niveles plasmáticos de lipoproteínas de alta densidad, y aumento de lipoproteínas de baja densidad, en todas la mujeres menopáusicas. Se ha demostrado que la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos tiene efecto protector contra el aumento de enfermedad cardiovascular. 1, 12

La osteoporosis: el papel regulador de los estrógenos y progesterona, sobre el proceso de remodelación osea, en la menopausia, se ve alterada, esta aumentada la resorción de matriz mineralizada, debido a la ausencia de estrógenos, presentando disminución en la densidad mineral ósea con daño a la micro arquitectura y aumento en la frecuencia de fracturas con traumas mínimos. 1, 12

1.1.6 Criterios diagnósticos:

-Historia Clínica completa

-TÍPICOS:

*amenorrea

*bochornos

*atrofia y prurito vulvar

*atrofia vaginal

*dispareunia

*infecciones de vías urinarias frecuentes

*uretritis

-GENERALES:

*alteraciones psicológicas

*alteraciones emocionales

*alteraciones psicósomáticas

1.1.7 Tratamiento:

Esquema de terapia de reemplazo hormonal: 12

ESQUEMA	INDICACIONES	VENTAJAS	DESVENTAJAS	DOSIS RECOMENDADA
I Estrógeno Continuo sin interrupción (TRE).	Mujer peri o Postmenopáusica sin útero.	La administración continua evita la sintomatología vasomotora que se llega a presentar con esquemas discontinuos durante el periodo libre de hormonas.	Mayor aumento de triglicéridos con formulaciones de administración oral. El succinato de estríol carece de efectos sistémicos adversos.	Vía oral: -Estrógenos conjugados, 0.625-1.25 mg/día. -Valerianato de estradiol, 2 mg/día. -Succinato de estríol, 4-12 mg/día. -Vía transdérmica -Vía Percutánea
II Estrógeno continuo sin interrupción más progestágeno por 10 a 14 días cada mes (Cíclico) (TRH).	Mujer peri o postmenopáusica con útero.	En perimenopausia control de sangrados irregulares, en postmenopausia posible efecto psicológico positivo al continuar la función menstrual;	Continuación del sangrado menstrual en postmenopausia.	Vía oral: -Estrógenos conjugados, 0.625-1.25 mg/día, asociado con Acetato de medroxiprogesterona, 5 mg del día 15 al día 28, de cada ciclo.

		ausencia de sintomatología vasomotora al no suspender efecto estrogénico.		Vía transdérmica: -17β Estradiol, 4 mg 2 veces por semana por 2 semanas, seguido de 17β Estradiol, 10 mg asociado con Acetato de noretisterona 30 mg, 2 veces por semana las siguientes 2 semanas del ciclo.
III Estrógenos por 21 días seguido de Progestágeno e n los últimos 10 a 14 días de administra- ción estrogénica. Periodo libre de hormonas por 7 días (Secuencial) (TRH).	Mujer peri o postmenopá usica con útero.	Control de sangrados irregulares en perimenopausia.	Continuación del sangrado menstrual en postmeno- pausia. Recurrencia de sintomatologí a vasomotora en periodo libre de hormonas.	Vía Oral: -Valerianato de estradiol, 2 mg/día, asociado con Acetato de ciproterona, 1 mg/día. -Valerianato de estradiol, 2 mg/día, asociado con Acetato de medroxipro gesterona, 10 mg/día.
IV Estrógenos combinados con proges- tágenos en forma continua (TRH).	Mujer postmenopá usica con útero.	Ausencia de sangrado por privación hormonal.	Posible reducción mínima del efecto protector endometrial del pro- gestágeno. Manchado en los primeros ciclos de tratamiento.	Vía Oral: 17β Estradiol, 2 mg asociado con Acetato de noretisterona, 1 mg/día. Estrógenos conjugados, 0.625 mg asociado con Acetato de medroxipro- gesterona, 2.5 mg/día. Vía transdérmica Estradiol hemihidrata- do 3.2 mg asociado con acetato de noretisterona 11.2 mg. Progesterona micronizada, 100 mg/día. Medroxiprogesterona, 2.5 mg/día. Clormadinona, 2 mg/día.
V Estrógenos con	Mujer peri o postmenopá	Aplicación mensual intramuscular,	Administraci ón parenteral	Vía parenteral (intramu scular):

andrógenos combinados.	usica con o sin útero con intensa disminución de la libido. Falta de respuesta a dosis habituales de TRH.	normalización de los ciclos, sensación de bienestar así como aumento de la libido.	intramuscular, efecto negativo sobre el perfil de lípidos por lo que no se recomienda su uso por más de 6 meses. Desarrollo de tolerancia al compuesto.	Valerianato de estradiol, 4 mg asociado con Enantato de prasterona 200 mg en solución oleosa, cada 4 semanas. Valerianato de estradiol, 4 mg asociado con Enantato de testosterona 90.3 mg en solución oleosa, cada 4 semanas.
VI Estrógeno local.	Mujer con sintomatología a genitourinaria por deficiencia estrogénica y /o atrofia urogenital.	Absorción sistémica adecuada por vía vaginal cuando se emplean estrógenos conjugados. Mejoría de sintomatología genitourinaria.	La aplicación de estríol carece de efectos extragenitales. Molestia y rechazo al aplicador vaginal.	Vía vaginal: Estrógenos conjugados, crema vaginal, 0.625-1.250 mg dos veces por semana. Estríol micronizado, óvulo vaginal 3.5 mg 2 veces por semana durante 3 semanas, posteriormente uno por semana. Estríol, crema vaginal 0.5 mg/día por 2 semanas y continuar 0.5 mg/día 2 veces por semana.
VIII Progestágeno sólo sin interrupción.	Mujer postmenopáusica con y sin útero.	Inactivación endometrial, inducción de amenorrea, sensación de bienestar. Efectos benéficos sobre densidad mineral ósea, sólo con tibolona.	Disminución transitoria de HDL.	Vía oral: Tibolona, 2.5 mg/día. Acetato de Medroxiprogesterona, 20 mg/día. Vía parenteral (intramuscular): Acetato de Medroxiprogesterona, 150 mg cada 3 meses.
IX Moduladores Selectivos de los Receptores	Mujer postmenopáusica con osteoporosis	No estimula endometrio ni el tejido mamario.	Incrementa la incidencia de fenómenos	Vía oral: Clorhidrato de raloxifeno, 60 mg/día.

de Estrógenos (SERM's).	Disminuye el colesterol y LDL.	trombóticos similar a los estrógenos. Incrementa la sintomatología vasomotora.
-------------------------	--------------------------------	--

Medicamentos para la inestabilidad vasomotora: 12

SUSTANCIA ACTIVA	DESCRIPCION Y USO	DOSIS RECOMENDADA
Clonidina.	Es un derivado imidazólico, estimulante alfa adrenérgico tanto a nivel central como periférico, que actúa como agonista/antagonista; sus efectos secundarios son: sequedad de boca, mareo e hipotensión. Las pacientes que toleran mejor el tratamiento son las hipertensas, lo que hace que sean las candidatas ideales a esta terapéutica. Su uso o prescripción debe ser valorado en un segundo nivel.	Vía oral: Clorhidrato de clonidina, 0.1-0.2 mg/día.
Veralipride.	Es un fármaco anti dopaminérgico. Dosis de 100-200 mg/día se asocian con una reducción de bochornos entre el 64 y el 91%. Puede producir ocasionalmente, galactorrea, mastodinia, trastornos del sueño, trastornos digestivos y vértigo. Sin embargo se ha observado un efecto benéfico sobre los síntomas psíquicos del síndrome climatérico. Se prescribe durante 20 días por 10 de descanso, o 5 días (de lunes a viernes) con 2 días de descanso (sábado y domingo). Puede administrarse con TRH o TRE para un mejor control de la sintomatología.	Vía oral: Veralipride, 100 mg/día.

Esquemas de tratamiento no hormonal: 12

SUSTANCIA ACTIVA	DESCRIPCION Y USO	DOSIS RECOMENDADA
Calcio	Su acción consiste en disminuir la resorción ósea mediante la supresión de la secreción de PTH.	Vía oral: De las diferentes presentaciones calcular 1000-1500 mg/día.

Fósforo	El fósforo elemento esencial del hueso y de todos los tejidos interviene, de alguna forma, en casi todos los procesos metabólicos.	Vía oral: Fosfato tricálcico (fósforo elemental) 0.62 g/día en asociación con calcio elemental 1.2 g/día.
Vitamina D	Los metabolitos de la vitamina D, son importantes para la regulación del metabolismo del calcio. Las necesidades oscilan entre 200-400 U.I. este valor se incrementa a 400-800 UI en las mujeres postmenopáusicas. Una exposición directa diaria al sol de 15 minutos con ropa habitual asegura una activación suficiente de vitamina D a través de la piel.	Vía oral: α calciferol, 1.0 μ g/día. 1- α -25 dihidroxicalciferol, 0.25 μ g/día. Colecalciferol (D3), 200 UI/día en asociación con carbonato de calcio 400 mg/día.
Vitamina A, C y Zinc	Son necesarios para la producción de colágena y su estabilización dentro de la estructura ósea.	Vitamina A, 800 μ g/día Vitamina C, 60 mg/día Zinc, 12 mg/día
Vitamina E	Elemento que interviene en la formación de los tejidos y cuya acción antioxidante es esencial para modificar los procesos de regeneración tisular y de envejecimiento.	Vitamina E, 8 μ g/día
Bisfosfonatos	Son derivados de los pirofosfatos naturales. Los disponibles en México son el alendronato y el risedronato. La acción principal de estos compuestos es la de frenar directamente a nivel del sitio de resorción ósea, la destrucción mediada por los osteoclastos y osteocitos sin afectar la formación del hueso.	Vía oral: Alendronato sódico, 10 mg/día para tratamiento y 5mg/día para prevención. Risedronato, para la prevención y tratamiento 5 mg/día
Vitamina B6, B12 y ácido fólico Vitamina K	Es necesario consumirlos ya que favorecen la formación de matriz orgánica ósea. La deficiencia de vitamina K altera la mineralización ósea debido a la disminución de los niveles de osteocalcina.	Vitamina B6, 1.6 mg/día Vitamina B12, 2.0 μ g/día Acido fólico, 180 μ g/día Vitamina K, 60 μ g/día

1.1.8 Tratamiento Psicológico:

Aunque la intervención tradicional en el climaterio es de carácter médico (la terapia hormonal sustitutiva: administración, oral o cutánea de estrógenos solos o combinados con progesterona y andrógenos), hay mujeres que tienen contraindicaciones y por sus efectos secundarios, esto ha propiciado la búsqueda de nuevos tipos de intervenciones, tanto médicas (como los moduladores selectivos de receptores de estrógenos), como de otra índole, como las psicológicas. A estas consideraciones se unen dos más: por un lado, se ha demostrado en diferentes trabajos (Hernández, De la Gándara Martín y Sánchez, 2003; Morrinson, Kallan, Have, Katz, Tweedy y Battistini, 2004) que la THS no es efectiva en la remisión de la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeresmenopáusicas. En este sentido, la intervención psicológica actuaría como coadyuvante a la terapia hormonal en aquellas mujeres que la necesitaran y presentaran síntomas psicológicos. 8

El abordaje del síndrome climatérico desde la perspectiva cognitivo conductual es relativamente reciente, por lo que los trabajos son escasos. En estos trabajos se aborda, con diversas técnicas conductuales, la reducción de todos o parte de los síntomas asociados al climaterio. Se centra en el control de las alteraciones vasomotoras; intervención en ansiedad e irritabilidad; abarcan toda la sintomatología menopáusica y la mejora de la calidad de vida de las pacientes. 8

Tras los ensayos se ha demostrado que la mayor parte de las mujeres que referían poco apoyo familiar y social, así como el apoyo de pareja, tras la intervención psicológica, las mujeres referían una mejoría en el apoyo social, familiar y de pareja. 8

1.1.9 Complicaciones:

-Enfermedades Crónicas: hipertensión arterial, obesidad y cardiopatía isquémica son afecciones cuya morbilidad aumenta durante el climaterio y constituyen la mayor causa de muerte en la mujer. Se sabe que la mujer tiene menor propensión que el hombre al infarto del miocardio. Esta relativa inmunidad se debe a los estrógenos y su acción sobre la lipidemia. Los estrógenos elevan la HDL y disminuyen el LDL y el VLDL por lo que la tendencia a la aterosclerosis y la obstrucción coronaria disminuye con ellos. 12

-Riesgo de Cáncer: hay un grupo de neoplasias genitales, singularmente las de endometrio, ovario y mama que tienen su máxima frecuencia de aparición entre los 50 y 60 años. 12

- El cáncer de mama, muestran relación entre la edad de la menarquía y el riesgo de padecer cáncer de mama y lo mismo ocurre en las mujeres menopáusicas por arriba de los 52 años. La obesidad se asocia con esta neoplasia, por favorecer la producción periférica de estrógenos, esto es más frecuente en la posmenopausia. ¹²
- El adenocarcinoma de endometrio se señala un incremento de la incidencia de carcinoma en mujeres que padecieron de metrorragias en la época de la menopausia, se supone que se trata de hemorragias anovulatorias con producción de estrógenos no compensados por la secreción de progestágeno. ¹²

-Osteoporosis: se debe sólo a la edad y que es igual en el hombre y la mujer y la osteoporosis climática que es consecuencia tardía de la falta de estrógenos., no es provocada por la descalcificación del hueso, sino por pérdida de la masa ósea que trae como consecuencia la falta de depósito de calcio, la fragilidad del hueso y las fracturas., en la mujer 70% y en el hombre 30%. ¹²

1.1.10 Pronostico:

El climaterio produce modificaciones y limitaciones de la calidad y la expectativa de vida de la mujer con una gran morbilidad y mortalidad. ¹²

1.2 FAMILIA:

Es un sistema abierto, compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas. ³

Al ser un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento, cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema, tanto interno como externo, el interno conformado por: ³

- Subsistema Conyugal: la familia es un sistema relacional que conecta al individuo con el grupo amplio, llamado sociedad. Los componentes

individuales, el esposo, la esposa, y la relación que entre ellos se genera, forman juntos una unidad más compleja, denominada subsistema conyugal. Este se construye cuando dos adultos del sexo diferente se unen con la intención expresa de construir una familia. Posee tareas y funciones específicas vitales para el buen funcionamiento del grupo. Las principales cualidades requeridas son la complementariedad y la acomodación mutua., tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. 3

- Subsistema Parental: es la relación que guarda el sistema conyugal con los hijos, es decir las relaciones afectivas y comunicacionales dadas entre padres e hijos. El subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar a un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al subsistema conyugal. Es necesario, trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales. 3
- Subsistema Fraternal: formado a partir de que hay más de un hijo en la familia., para Minuchin, este subsistema es un laboratorio social donde los niños aprenden a experimentar relaciones con sus iguales, a lograr amigos y aliados, a aguardar las apariencias cuando ceden y a obtener reconocimiento por sus habilidades. 3

Por lo que se considera a la familia un grupo social con una historia compartida de interacciones, es un sistema compuesto por personas de diferente edad, sexo y características que, por lo general, comparten el mismo techo.

Para Salvador Minuchin, la familia puede verse como un sistema que opera dentro de otros sistemas más amplios y tiene tres características:

- a) Su estructura es la de un sistema sociocultural abierto, siempre en proceso de transformación.
- b) Se desarrolla en una serie de etapas marcadas por crisis que la obligan a modificar su estructura, sin perder por ello su identidad.
- c) Es capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes del entorno modificando sus reglas y comportamientos para acoplarse a las demandas externas. 3

El crecimiento familiar combina una serie de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Desde el punto de vista biológico, la familia tiene como función prioritaria la perpetuación de la especie, desde el psicológico, ofrece la interconexión socio afectiva, pues crea los vínculos de interdependencia requeridos para satisfacer las necesidades individuales, desde el social, facilita la transferencia de valores, creencias y costumbres, así como la transmisión de habilidades que ayudan al crecimiento, respecto a los factores económicos, permite la diferenciación de tareas y la previsión de necesidades materiales. 3

La familia sufre constante transformación: cada uno de los subsistemas está constituido por los sistemas personales o individuos, de modo que todos, por ser sistemas vivos, pasan por el ciclo de desarrollo normativo: nacen, crecen, se reproducen y mueren.

Todo cambio requerirá, un proceso de ajuste y de adaptación de los miembros de la familia a las nuevas condiciones internas y externas para conservar su estructura.

La familia ajusta y modifica su estructura al entrar en contacto con los supra sistemas en que participa.

También la describen con el concepto de límites, que funcionan como líneas de demarcación y al mismo tiempo, como frontera de intercambio de comunicación, afecto, apoyo y demás entre dos individuos o subsistemas. 3

Minuchin señala que en las familias se puede observar principalmente propiedades de totalidad, causalidad circular, equidad, jerarquías, triangulaciones, alianzas, centralidad y reglas de relación. 3

Totalidad: El comportamiento de todo el sistema familiar, puede ser explicado como la suma de la conducta de sus miembros, de las relaciones dadas entre los individuos que promueven cambios cualitativos, de ese modo, lo que ocurra a un miembro del sistema familiar afectará a los demás integrantes.

Causalidad circular: las relaciones entre los miembros del sistema se presentan en forma repetida y recíproca, de modo que pueden ser observadas como pautas de interacción.

Equifinalidad: el término significa que un sistema puede alcanzar el mismo resultado final partiendo de condiciones iniciales diferentes.

Jerarquías: todo sistema se establece con base en la organización de las diferencias entre los individuos, de modo que unos ocupen el lugar jerárquico más elevado, mientras los otros se distribuyen alrededor o debajo, ocupando distintos lugares. La jerarquía implica poder, relacionado con factores como edad, conocimiento, género, riqueza u otros.

Triangulaciones: nos referimos a las relaciones duraderas formadas entre algunos miembros del sistema, en las cuales dos personas de diferente subsistema se unen contra otra del sistema. Las triangulaciones generalmente ocasionan conflictos entre los miembros.

Alianzas: igual que en las triangulaciones, son relaciones construidas de la misma manera que las anteriores, pero menos duraderas y en general producen beneficios al sistema.

Centralidad: se observa cuando un miembro ocupa un espacio emocional mucho mayor que los otros integrantes del sistema.

Reglas de relación: las formas de interacción constantes generan reglas de comportamiento que dan una estructura más estable al sistema. 3

En las últimas décadas, la familia se ha ido transformando debido a una serie de cambios demográficos, económicos y sociales, entre otros, el descenso de la fecundidad, la creciente inserción de las mujeres en el mercado laboral, el incremento de oportunidades educativas y en consecuencia el mayor nivel de instrucción de las generaciones jóvenes, el retraso en la edad para contraer nupcias, el aumento de la disolución del matrimonio, la baja constante en el ingreso familiar, que obliga a las familias a incorporar más miembros al mercado laboral para obtener mayores ingresos (INEGI 2002) 4

En México los hogares familiares están formados por tres tipos principales: a) el tradicional, cuya organización implica una división sexual del trabajo doméstico y extra-doméstico, b) el moderno, donde ambos miembros de la pareja realizan trabajo extradoméstico, y c) el de las familias monoparentales con jefatura femenina, que encabeza una mujer con hijos e hijas en las que no hay presencia del cónyuge. 4

Los hogares dirigidos por mujeres constituyen un fenómeno creciente en el contexto mundial. 4

Entre 1992 y 1995 la edad de la primera unión entre hombre y mujeres era de 23 y 20 años, respectivamente, las mujeres durante esas fechas se estaban

divorciando entre los 35 y 44 años de edad, por la incomprensión y falta de apoyo de la familia y conyugal. 4

1.3 PAREJA

1.3.1 Definición:

Es un sistema con un alto potencial de inestabilidad que puede dirigirse hacia el caos, por lo que requiere desarrollar un trabajo conjunto que le permita funcionar de manera confortable sin sacrificar los valores e ideales que los llevaron a la decisión de formar precisamente una pareja. 4

1.3.2 Pareja conyugal:

Se caracteriza por una permanencia del vínculo, en que se suman vida afectiva, relaciones sexuales, intercambio económico, deseo de compartir el futuro junto a un proyecto vital que les da sentido y que determina el establecimiento de dependencias cualitativamente diferentes de las que pueden darse en cualquier otro vínculo.

El antecedente de todo grupo humano es la pareja. La pareja cubre funciones biológicas, psicológicas y sociales sin las cuales la posibilidad de existencia de la especie humana no sería posible.

Para entender los diferentes arreglos que hace una pareja para iniciar su vida conjunta, requiere asomarse a la historia, para posteriormente tratar los factores que intervienen en el inicio de la interacción de una pareja, así como analizar por qué una pareja inicia la formación de una familia. 4

1.3.3 Antecedentes Históricos:

La constitución de las parejas en México y en el mundo ha sufrido muchos cambios a lo largo de la historia. 3

El relato más antiguo respecto a la formación de la pareja aparecen en el Génesis., el padre decide quién, cuándo, dónde y cómo ha de elegirse a la pareja

para su hijo. Este tipo de inicio en la formación de la pareja ha sido corroborado por historiadores del Medievo. ³

La época Medieval, señala que la formación de una pareja dependía de las cláusulas de alianza que establecían los padres de ambos, de tal manera que era una estrategia previsora de largo plazo, ello implicaba un acuerdo entre las dos parentelas, las promesas intercambiadas precedían en mucho a la formación de la pareja. Estos acuerdos estaban formados por tres factores:

- La Endogamia: se buscaba formar una pareja dentro de la misma parentela para que tuvieran un mismo antepasado, un mismo patrimonio. ¹¹
- La Desconfianza: ambas partes trataban de equilibrar las concesiones y las ventajas esperadas, a fin de obtener garantías. ³
- La prudencia: en esa época se limitaba el número de nuevas familias, los padres mantenían célibe a una parte importante de la progenie.

La decisión de quién formaba una pareja y quién se mantenía célibe era tomada por los padres. ³

Los padres también decidían cuándo, dónde y cómo debería la nueva pareja, obviamente, estaba incluido el acto ceremonial o boda. ³

Sin embargo, hubo también la contraparte: aceptado socialmente, el varón vivía un período de juventud, en el que podía hacer frecuente y pública ostentación del concubinato, de los amores domésticos o de prostitución, así como la exaltación en el sistema de valores de las hazañas de la virilidad. ³

En la civilización mexicana, el varón tenía una esposa principal y todas las esposas secundarias que le conviniese, de acuerdo también con la posibilidad de mantenerlas. La mujer debía ser dócil en la aceptación de la pareja que los padres le habían buscado a través de las casamenteras. ³

En el México de los siglos XVI y XVII, la autoridad de los padres y a la voluntad de la persona en cuanto al inicio de una relación de pareja fueron cuestionadas. Aun cuando la autoridad de los padres en la familia era supuestamente incuestionable,

las instituciones de control social concretamente los tribunales eclesiásticos favorecieron de manera clara y constante las elecciones de los hijos por encima de las objeciones de los padres. 3

En el Porfiriato había dos maneras de iniciar la relación de pareja que en la práctica se consideraban normales, al margen de lo que afirmara el Estado, la Unión libre, o vivir juntos con la bendición sacerdotal. 3

Entre 1930 y 1940, el Estado promovió el apego al modelo de la familia nuclear, en imitación de los países del primer mundo. 3

Durante esa misma época, el Estado estableció una serie de campañas para legalizar las parejas, ya que su número se mantenía igual que en el Porfiriato. Una de tales campañas consistió en prohibir a los ministros de culto casar a las parejas sin la presentación del certificado de la boda civil, fue hasta 1970, cuando el 75% de las uniones de pareja estaban legalizadas. 3

La permisibilidad respecto a la elección libre de la pareja dio origen a la etapa de noviazgo, práctica que en México enfrentó muchos problemas a partir de la Colonia. Cuando un hombre o una mujer deciden fijarse en alguien para iniciar una relación, lo hacen a través de todo lo que han incorporado en sí mismo o yo proveniente de su cultura. 3

Se ejerce una presión muy fuerte sobre los que no tienen novia o novio es la edad. Si la mujer llega a los 21 años y el hombre a los 24 sin que haya mediado al menos un noviazgo causan extrañeza e incluso son objeto de burla. 3

Un elemento más dentro del contexto cultural es la situación socioeconómica de la persona. 3

Muchas de las decisiones que toma el ser humano en la elección de la pareja son filtradas mediante las condiciones culturales. Si la cultura fuera un determinante único, todos los de una misma cultura reaccionaríamos de idéntica manera y no habría tanta diversidad. 3

Todo ser humano, por la interacción con su medio, ha construido el ideal de lo que sería una relación de pareja, de lo que debe ser la expresión del amor en la relación de pareja. 3

La consideración fundamental es que uno de los motivos principales por los cuales los hombres formalizan una relación es la posibilidad de tener permisibilidad sexual, es decir, tener relaciones sexuales socialmente aceptadas. 3

Muchas personas toman la decisión de formalizar una relación que ya tenían o inician la búsqueda. Asocian con tener también claro un proyecto de vida que las conduce a realizar una valoración consciente de la pareja para ver si cumple las expectativas. 3

La formación de la pareja es una necesidad humana que comprende aspectos biológicos, psicológicos y culturales. La decisión de elegir pareja es un fenómeno sumamente complejo, ya que se integran no sólo las características psicológicas de las personas, sino también las condiciones biosocioculturales. Es evidente el proceso que opera en la elección de la pareja cuya finalidad es formar una familia. 3

1.3.4 Tareas de pareja:

A) La mujer:

Compañera, la esposa nada más busca con su presencia fortalecer el papel social del marido, por lo que se debe compartir diversiones con él, afirmar la personalidad de este, siendo objeto de admiración, tiene que conservarse atractiva, ya que en esta relación conyugal el aspecto físico de ella es importante y altamente valorado, también se dedica a una parte importante del dinero recibido al lucimiento del hogar, tiene que cultivar permanentemente relaciones sociales ventajosas para el esposo.

Colaboradora, con frecuencia la esposa dedica una parte importante de su vida diaria al trabajo remunerado fuera del hogar, por lo que se le considera una parte fundamental en el ingreso económico familiar.

Provedora, está condicionado por las relaciones y situaciones imperantes en la sociedad cultural, con cambios importantes en las funciones a desempeñar, tanto en el campo laboral, así como en el familiar, contando y considerando tener el pleno derecho que se cree que tienen los hombres.

B) El hombre:

Compañero, es el complemento del rol que desempeña la esposa compañera, en el cual ambos cónyuges interactúan para poder autoafirmarse como pareja.

Colaborador: parte de lo que conocemos como la Familia Igualitaria, este rol es igual al de la mujer, tanto en el desempeño laboral como familiar, lo cual favorece un mejor nivel de vida de la propia familia, alternándose en el cuidado y desarrollo de los hijos en la casa, todas las actividades giran en torno a las decisiones de tipo democrático y con un interés común, incluyendo los aspectos de la sexualidad y el número de hijos, etc.

Proveedor: está fundamentado principalmente en el tipo de educación tradicional que se le da al hombre, crea un estereotipo clásico en donde el hombre se dedica exclusivamente a trabajar y proveer económicamente a la familia, olvidándose de algunas otras funciones dentro de la familia. 18

1.4 APOYO:

1.4.1 Definición:

-Es una manifestación que sirve para sostener, proteger, auxiliar, favorecer o brindar un soporte a un individuo, es un fenómeno multifactorial. 18

1.4.2 Antecedentes Históricos:

-Caplan y Killilea en 1976 describe el comportamiento entre individuos que persigue mejorar la competencia adaptativa de quien requiere soporte, para que puede enfrentar y manejar más efectivamente las crisis, los periodos de transición entre las diferentes etapas de la vida, del estrés cotidiano y las tensiones que surgen como consecuencia de las pruebas a las cuales lo enfrenta la vida. 18

-Ell, Nishimoto, Mantell y Hamovitch en 1988 lo conciben como la adecuada percepción de apego o unión entre dos o más individuos.

-Antonucci y Jackson en 1987 describen el apoyo como la ayuda que se da a otros.

-Emmons y Colby en 1995 lo describen como el soporte emocional que brindan las personas y grupos sociales del entorno a un individuo, y como la ayuda que proveen a la persona sus familiares, amigos, compañeros de trabajo y amistades. El apoyo incluye, además de la ayuda económica e instrumental, el soporte

informativo. Son interesantes no sólo la forma de conceptualizar el apoyo, sino también las diversas formas en que se brinda apoyo, entre las que están:

- a. Informales y causales, aquel que se brinda ocasionalmente ante pequeños problemas a los que la vida diaria expone al individuo.
- b. Sociales y de grupo de soporte, entre los que figuran la protección y cuidado que las instituciones (incluida la familia) proveen al individuo.
- c. Instrumentales, o sea, proveer al sujeto de cualquier bien material.
- d. De apoyo o sustento a la autoestima, el cual proporciona un sentido de guía al individuo y lo ayuda a sentirse querido y valorado.

-Santer, Whaley, Montenson y Burleson en 1997 lo describen como la disponibilidad y preocupación por motivar, comprender y brindar soporte a la persona, de manera que ésta encuentre las herramientas que le conduzcan a la auto-superación, así como las capacidades para que enfrente con firmeza y seguridad las situaciones difíciles, por medio de saber cómo actuar y reaccionar ante diversos eventos, sin dejarse descontrolar por el estrés, y las emociones que le despiertan. 18

En México Díaz Loving en 1999 realizó redes semánticas para determinar lo que significaba para el mexicano el apoyo:

- a. Mujeres con nivel máximo de secundaria: el apoyo es una relación basada en la comprensión, la ayuda, el amor, el cariño, la confianza y la seguridad
- b. Mujeres con nivel de estudios de preparatoria: las 10 palabras más comunes, comprensión (100%), amor (71.1%), ayuda (62.5%), cariño(57.9%), confianza (50.2%), seguridad (42.9%), pareja (37.8%), moral (37.6%), amistad (34.5%), y familia (35.2%).
- c. Mujeres con educación a nivel licenciatura: definen al apoyo como una relación basada en la comprensión, el cariño, la ayuda, el amor, la confianza y la seguridad. Es por tanto un intercambio mutuo que permite la solidaridad incondicional entre amigos y pareja.
- d. Hombres con nivel educacional de secundaria, definen apoyo como comprensión (100%), ayuda (86.2%), moral (61.2%), apoyo (41.9%), económico (39.9%), trabajo (35.48%), pareja (28.2%), familia (24.1%), cariño (17.7%), y necesidad (16.1%).
- e. Hombres con nivel educativo de preparatoria definen apoyo como una relación basada en la comprensión, la ayuda, la confianza y el amor.

- f. Hombres con licenciatura, el apoyo es una relación basada en el amor, la ayuda, el cariño, la confianza, la compasión y la amistad. 18

El éxito para brindarlo depende no sólo de la habilidad y el deseo, que tiene el que lo provee de anticipar y responder a las necesidades específicas de aquel que lo solicita, sino también de las modalidades específicas de búsqueda y el grado de aceptación con que el receptor acepte la ayuda que el proveedor de soporte esté dispuesto a brindarlo. 18

El apoyo social tiene un efecto positivo en el solicitante y consiste en facilitar que el receptor pueda enfrentarse más adecuadamente a cualquier tipo de problema, también tiene un efecto negativo, caracterizado por la posibilidad de que perpetúe la dependencia e inseguridad, de quien lo recibe. Finalmente cabe mencionar que el apoyo está basado en el grado de empatía que existe entre las personas que integran un vínculo específico. 18

1.5 REDES DE APOYO

Según Newscombs en 1990, las redes semánticas de apoyo se clasifica como:

- a. Definidores de apoyo instrumental: ayuda, soporte, unión-vinculación.
- b. Definidoras de apoyo afectivo: amor, comunicación, afecto seguridad y amigo 18

1.6 APOYO DE PAREJA

El apoyo percibido, visto desde una relación dual, es un factor central, sobre todo cuando existe un compromiso, emocional. El vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional de la impresión de ser la dinámica que se juega en toda relación de pareja. 18

En éstas emociones que la invaden generan, un involucramiento que promueve un deseo interno y voluntario encaminado a buscar la protección del otro, con esa relación sentimental, ambos miembros contribuyen al bienestar y desarrollo del otro, tanto física, emocional, espiritual y social como cognoscitivamente, mediante la expresión física de afectos y cuidados, de tal modo que el apoyo entre esposos guía la satisfacción de necesidades y permite responder mejor hacia los diversos eventos estresantes de la vida, lo que puede contribuir a mejorar la intimidad y la cercanía entre los miembros de la pareja. 18

Desde el área de las relaciones interpersonales, Saitzyk (1997), define el apoyo como aquellas conductas entre los miembros de la relación, que intenta promover o mejorar la competencia adaptativa del cónyuge que necesita o solicita ayuda, ya sea en un período corto, mientras dura una crisis, o cambios de vida o los estresores a largo plazo. No en todos los casos de relación de pareja se pueden satisfacer las necesidades que demanda cada uno de sus miembros por medio de brindarle apoyo, pues las percepciones del apoyo que se reciben y que se dan no concuerdan frecuentemente. 18

Para Cohen y Wills (1985), existen cuatro tipos de apoyo que se brinda una pareja: el apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo de compañía y el apoyo moral, de los cuales los dos primeros son estilos de apoyo instrumental porque proporcionan conocimiento, técnica, método o ayuda al que solicita o necesita el apoyo para que realice una tarea lo mejor posible. Los dos últimos estilos de apoyo son de tipo emocional porque le proporcionan confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita el apoyo. 18

Algunos investigadores piensan que la influencia de la personalidad del esposo y la esposa son determinantes en las interacciones del apoyo social marital. Las características de personalidad del individuo son muy influyentes o determinantes en la cantidad y calidad del apoyo disponible en el tiempo en que se necesita. 17

Si bien estas referencias históricas aportan escasos datos sobre los síntomas y demás aspectos del periodo posmenopáusico, tiene el valor de contribuir a vislumbrar y enriquecer su significado histórico, cultural y antropológico, que tiene la importancia de resaltar el climaterio con el rol asignado a la mujer en cada sociedad y en el que influyen los valores culturales de sus comunidades. 18

Se han realizado diferentes estudios en los cuales se muestra la sintomatología del climaterio representado por alteraciones en el ambiente familiar y conyugal, donde las quejas más frecuentes de las mujeres fueron la insatisfacción por falta de apoyo familiar y de pareja, entre los que se encuentran los de Souza en 2002, en su trabajo sobre la comorbilidad psicorgánica del climaterio, y Amore y Di Donato 2004 acerca del estado psicológico de la mujer italiana en la menopausia, ambos hacen referencia a lo anterior y también resaltan la importancia de la estabilidad emocional como persona, pareja y madre para el equilibrio bio-psico-social en este periodo de transición en la vida de la mujer. 16

También existen trabajos como el de Armida y Díaz Loving en 1999, donde hacen referencia en la variación de la percepción de la mujer hacia el apoyo de pareja, dependiendo del nivel de escolaridad y la ocupación. 7

1.7 TIPOS DE APOYO

-Apoyo positivo: alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos. 18

-Apoyo expresado: se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar soluciones a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos. 18

-Apoyo negativo: se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y/o indiferencia. 18

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El climaterio es un evento natural, inevitable, en la vida de la mujer, que lleva al cese de la función reproductora. Debido a factores como el incremento demográfico, la disminución de la mortalidad materna y enfermedades infecciosas, se explica el por qué a principios del siglo xx la expectativa de vida era de solo 49 años, mientras que hoy en día alcanza más de los 70 años. Esto ha provocado un aumento del número de mujeres que llegan al climaterio y de los años que viven como postmenopáusicas ya que si tomamos en consecuencia que la edad en que se produce aquélla es alrededor de los 50 años, se calculó que para el año 2000 una de 2 a 3 mujeres vivirá aproximadamente una tercera parte de su vida como postmenopáusica, en un estado de hipoestrogenismo fisiológico que tiene implicaciones biológicas, sociales y culturales que repercuten en forma importante en la segunda mitad de la vida de la mujer.

En el año 2000 se estimó que la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres era de 77.6 años. Al inicio del nuevo siglo, la esperanza de vida para la población femenina de 40 años de edad es cercana a otros 40 años adicionales, lo que implica el aumento de paciente con síndrome climatérico, ¹¹

Por lo que es importante identificar esta etapa, en pacientes en este rango de edad, para dar tratamiento y continuidad con una visión holística biopsisocial, para asegurar la calidad de vida adecuada de la mujer climatérica y observar si una de las principales redes de apoyo que es la conyugal está presente, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta **¿Cuál es el apoyo conyugal en mujeres con síndrome climatérico que acuden a la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla?**

3. JUSTIFICACION

En cada uno de los aspectos en relación con el climaterio, se hace evidente que producen modificaciones que limitan la calidad y la expectativa de vida de la mujer con una gran morbimortalidad.

La mujer climatérica pertenece a un grupo social particular con un perfil epidemiológico que lo caracteriza, por lo que se debe recibir una atención especializada y diferenciada en esta etapa tan importante de la vida, como se ha visto, se debe inferir, en la prevención, atención y promoción de salud. 17

El Médico Familiar debe tener conocimiento del síndrome climatérico, que permita identificar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa, y la influencia que juega su entorno, en esta nueva etapa que implica madurez en ella y en la pareja, la cual juega un papel importante de apoyo para la paciente, donde ambos perseguirán objetivos distintos a los de las fases anteriores. Se aprecia que durante la postmenopausia se hace más crítica la incomprensión, la falta de apoyo de la pareja, la irritabilidad y las discusiones frecuentes, estos representan los principales problemas que están presentes en más del 35% de las mujeres en esta etapa. 5, 13, 19

Por lo que resulta importante para el Médico Familiar conocer este proceso en su totalidad, visto desde todas sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, en beneficio de la propia paciente. 17

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

-Identificar el apoyo conyugal en mujeres con Síndrome Climatérico que acuden a la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla.

4.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

-Determinar qué tipo de apoyo presenta la mujer en etapa de climaterio según la edad.

-Determinar qué tipo de apoyo presenta la mujer en etapa de climaterio según la escolaridad.

-Determinar qué tipo de apoyo presenta la mujer en etapa de climaterio según la ocupación, si esta trabaja en casa (ama de casa o pensionada) o fuera de esta.

5. HIPOTESIS

En este estudio, no se realiza hipótesis, ya que es un estudio de tipo descriptivo y observacional.

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudio:

- Observacional
- Descriptivo
- Prospectivo
- Transversal

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

Se realiza con una población de 88 mujeres con diagnóstico de Síndrome Climatérico, entre 40 y 60 años, que acudan a la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla, en el periodo comprendido de septiembre 2010 a Febrero 2011. Se excluyen 15 mujeres que no cumplieron con los criterios de inclusión quedando una población total de 73 pacientes.

6.3 Muestra:

Censo. Con el total de la muestra consistente en 73 pacientes con Diagnóstico de Síndrome Climatérico que acudieron a la Clínica de consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla.

6.4 Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes del ISSEMYM.
- Mujeres entre 40 y 60 años con diagnóstico de Síndrome Climatérico.
- Pacientes que llenen y firmen el consentimiento informado adecuadamente.

6.5 Criterios de exclusión:

- Mujeres que no tengan pareja.
- Mujeres que cursen con algún trastorno psiquiátrico.

6.6 Criterios de eliminación:

- Pacientes que no llenen adecuadamente el cuestionario.

6.7 Variables:

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION	FUENTE	ANALISIS
EDAD	Independe Diente	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento. 2	NOMINAL	1.DE 40-45 AÑOS 2.DE 46-50 AÑOS 3.DE 51-55 AÑOS 4.DE 56-60 AÑOS	Instrumento de apoyo conyugal	GRAFICA
ESCOLARIDAD	Independe Diente	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela. 2	ORDINAL	1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Bachillerato 5.Licenciatura 6.Posgrado	Instrumento de apoyo conyugal	GRAFICA
OCUPACION	Independe Diente	Es la actividad realizada, como trabajo, empleo o diversión. 2	ORDINAL	1.Empleada 2.Profesora 3.Policia 4.Ama de Casa 5.licenciada 6.Pensionada	Instrumento de apoyo conyugal	GRAFICA
APOYO POSITIVO	Depende Diente	Son aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos. 17	NOMINAL	El máximo de puntaje a obtener es de 180 y el mínimo de 36, a mayor puntaje, se califica como funcional esta área.	Instrumento de apoyo conyugal	GRAFICA

APOYO NEGATIVO	Dependiente	Se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y/o indiferencia. 17	NOMINAL	El máximo de puntaje a obtener es de 40 y el mínimo de 8, a mayor puntaje, se califica como disfuncional esta área.	Instrumento de apoyo conyugal	GRAFICA
APOYO EXPRESADO	Dependiente	se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar soluciones a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos. 17	NOMINAL	El máximo de puntaje a obtener es de 75 y el mínimo de 15, a mayor puntaje, se califica como funcional esta área.	Instrumento de apoyo conyugal	GRAFICA

6.8. Información a recolectar

Se aplicó el siguiente cuestionario “Inventario de apoyo para la pareja” a pacientes que cursan en la etapa de menopausia y que acuden a la Clínica de

Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla, el cual consta de 59 reactivos, con 5 respuestas y con el siguiente puntaje: 18

Siempre lo hace.....5

Muchas veces4

Algunas veces.....3

Rara vez2

Nunca lo hace.....1

Para obtener la calificación es necesario:

- a. seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- b. Sumar la calificación de los puntajes dados por el sujeto
- c. Comparar el puntaje con el punto medio o punto corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se puede obtener así como el mínimo. 18

APOYO POSITIVO

Reactivos:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 43 y 44.

Total: 36 reactivos Todos en positivo

$36 \times 3 = 108$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 108 puntos indica grado de apoyo positivo.

El máximo de puntaje a obtener es de 180 y el mínimo de 36, a mayor puntaje, se califica como funcional esta área. 18

APOYO NEGATIVO

Reactivos:

9, 14, 19, 27, 30, 35, 38, 39.

Total: 8 reactivos Todos en negativo

$8 \times 3 = 24$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 24 puntos indica el grado de apoyo negativo.

El máximo de puntaje a obtener es de 40 y el mínimo de 8, a mayor puntaje, se califica como disfuncional esta área. 18

APOYO EXPRESADO

Reactivos:

Del 45 al 59.

Total: 15 reactivos Todos en positivo

$15 \times 3 = 45$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 45 puntos indica el grado de apoyo expresado.

El máximo de puntaje a obtener es de 75 y el mínimo de 15, a mayor puntaje, se califica como funcional esta área. 18

6.9 Método de recolección:

Se aplicó el inventario de apoyo conyugal, a las mujeres con síndrome climatérico, de entre 40 y 60 años, en el área de Consulta Externa, con ayuda del personal Médico y Enfermería con previa autorización de Directivos y Administrativos de la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla.

6.10 Método para capturar información:

Se utiliza método estadístico para la recopilación de la información, con vaciamiento y análisis en el sistema sofwer versión 2010.

7. CONSIDERACIONES ETICAS

II. DECLARACIÓN DE HELSINKI (VI)

RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" y el Código Internacional de Ética Médica afirma que. "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad. Por eso se decide la realización de esta Tesis para identificar el tipo de apoyo en la paciente climatérica de la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla, y poder brindar consejería o apoyo terapéutica en caso de necesitarlo.
7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.
9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Se procede a realizar el “Inventario de apoyo para la pareja”, a pacientes climatéricas de la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla, previa autorización de las pacientes a través del consentimiento informado, donde se explica ampliamente que los datos obtenidos son utilizados con fines meramente de investigación y con absoluta confidencialidad.
11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.
13. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
14. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
15. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.
16. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.
17. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados. Con la presente Tesis observaremos el tipo de apoyo de pareja en las pacientes Climatéricas de la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla, que nos permitirá valorar si la paciente necesita de consejería o en su momento terapia tanto psicológica como psiquiátrica, para mejorar su vida en etapa de climaterio con apoyo de su pareja.
18. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

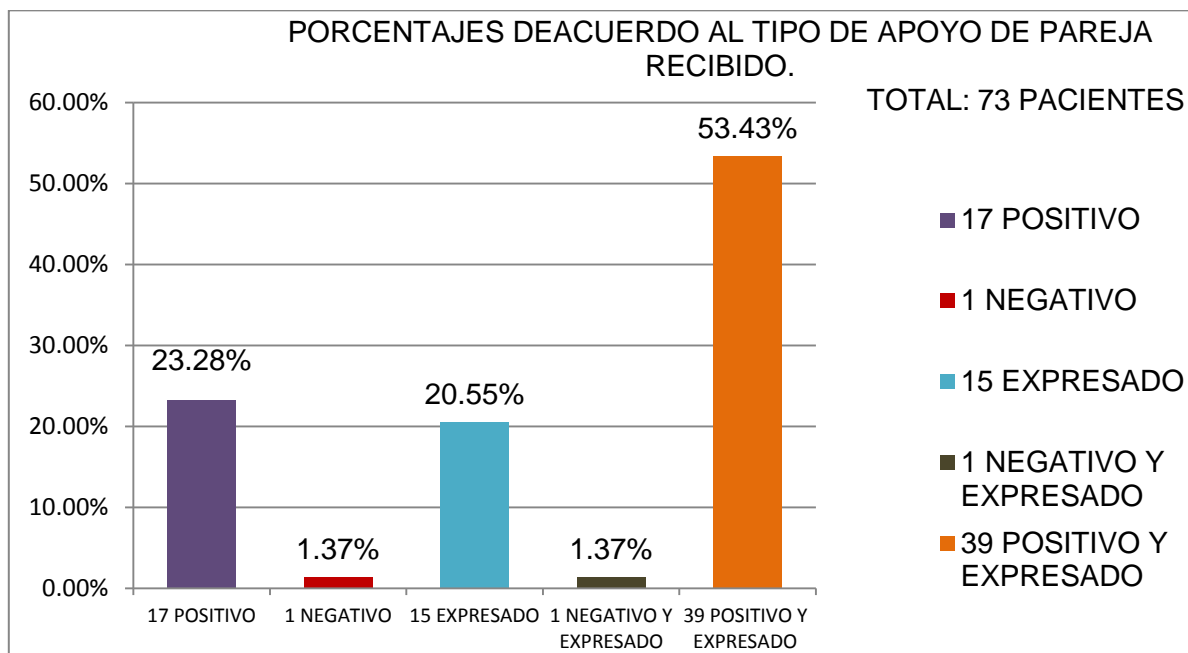
19. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.
20. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.
21. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consciente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
22. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

8. RESULTADOS

El tipo de apoyo de pareja que reciben las pacientes en etapa de climaterio encuestadas, se observaron, 17 (23.28%) con apoyo positivo, 1 (1.37%) con apoyo negativo, 15 (20.55%) con apoyo expresado, 1 (1.37%) con apoyo negativo y expresado, 39 (53.43%) positivo y expresado. Grafica 1.

GRAFICA 1.

**TIPO DE APOYO DE PAREJA EN PACIENTES CLIMATERICAS.
CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM TLALNEPANTLA
SEPTIEMBRE 2010 A FEBRERO 2011**

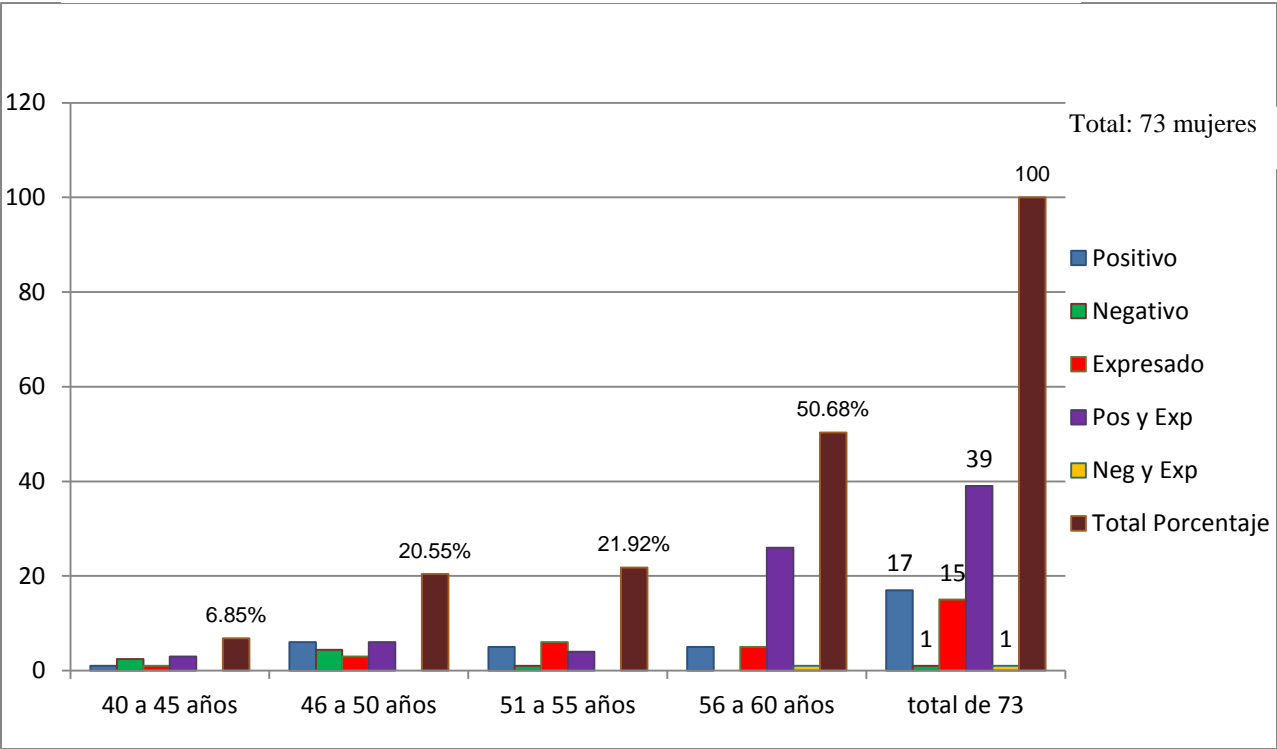


Fuente: aplicación del "inventario de apoyo para la pareja"

De acuerdo a la edad de las pacientes en etapa de climaterio, que acuden a la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla, con un total de 73 pacientes encuestadas, se distribuyeron en 4 grupos con intervalos de 5 años, encontrando de 40-45 años 5 pacientes (6.85%) con predominio de apoyo positivo y expresado, de 46-50 años 15 pacientes (20.55%) similitud de apoyo positivo y apoyo positivo y expresado, de 51-55 años 16 pacientes (21.92%) con predominio de apoyo expresado y de 56-60 años 37 (50.68%) pacientes con apoyo positivo y expresado, se observa el mayor porcentaje de apoyo en este grupo de edad. Grafica 2.

GRAFICA 2.

TIPO DE APOYO DE PAREJA DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES CLIMATERICAS DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM TLALNEPANTLA SEPTIEMBRE 2010 A FEBRERO 2011

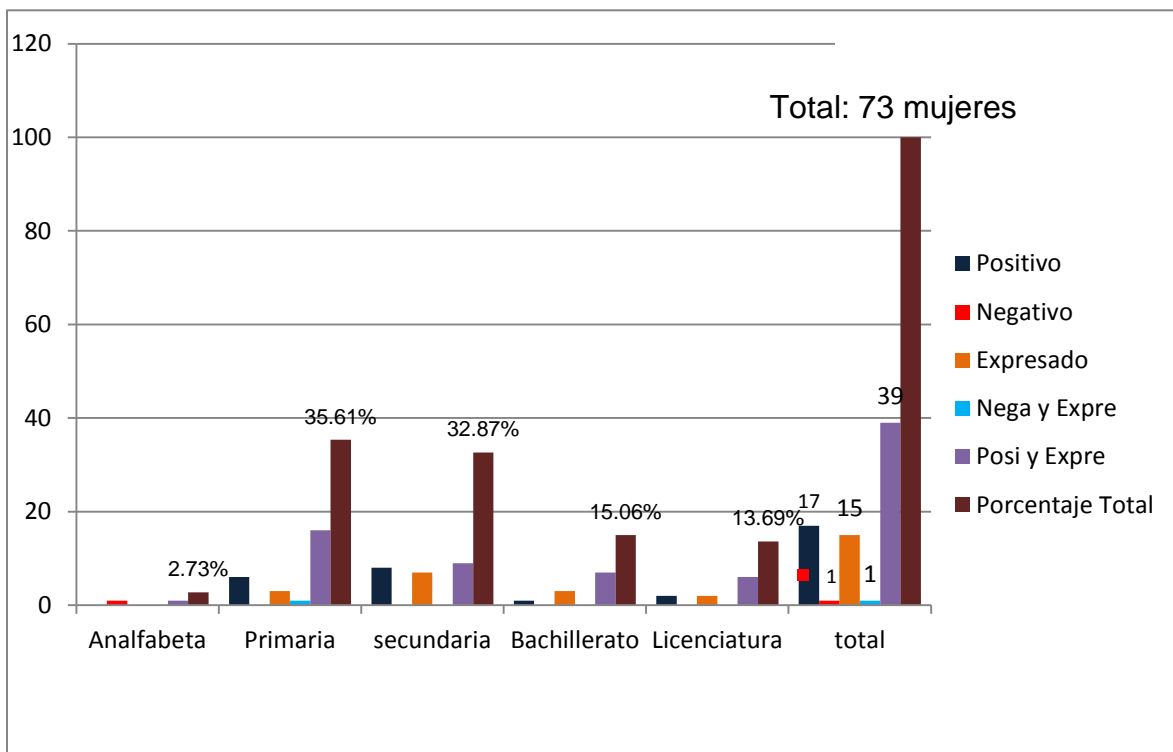


Fuente: aplicación del “inventario de apoyo para la pareja”

De acuerdo a la escolaridad, se observaron: 2 pacientes analfabetas (2.73%), una con apoyo negativo y otra con apoyo positivo y expresado, 26 pacientes que estudiaron primaria (35.61%) con mayor apoyo positivo y expresado siendo el grupo de mayor porcentaje, 24 pacientes que estudiaron secundaria (32.87%), con mayor apoyo positivo y expresado, 11 pacientes estudiaron bachillerato (15.06%) con apoyo positivo y expresado, 10 pacientes estudiaron licenciatura (13.69%) con apoyo positivo y expresado. Grafica 3.

GRAFICA 3.

TIPO DE APOYO DE PAREJA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD EN PACIENTES CLIMATERICAS DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM TLALNEPANTLA SEPTIEMBRE 2010 A FEBRERO 2011

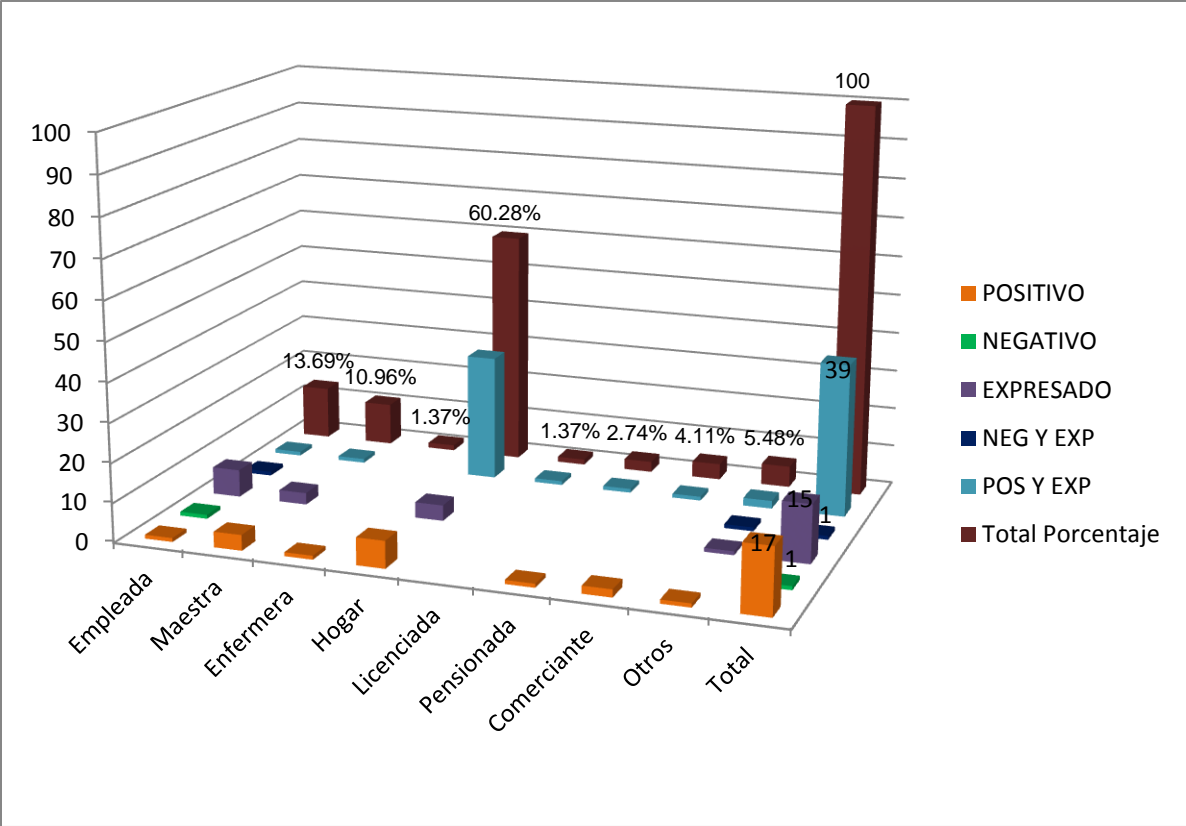


Fuente: aplicación del "inventario de apoyo para la pareja"

De acuerdo a la ocupación, de las 73 pacientes en etapa de Climaterio encuestadas, se encontraron, empleadas 10 (13.69%) con apoyo expresado, maestras 8 (10.96%) con apoyo positivo, enfermera 1 (1.37%) con apoyo positivo, amas de casa 44 (60.28%) con apoyo positivo y expresado resultando de mayor porcentaje, licenciada 1 (1.37%) con apoyo positivo y expresado, pensionadas 2 (2.74%) con apoyo positivo y apoyo positivo y expresado, comerciantes 3 (4.11%) con apoyo positivo, 4 (5.48%) dedicadas a otras ocupaciones con apoyo positivo y expresado. Grafica 4.

GRAFICA 4.

TIPO DE APOYO DE PAREJA DE ACUERDO A LA OCUPACION EN PACIENTES CLIMATERICAS DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM TLALNEPANTLA SEPTIEMBRE 2010 A FEBRERO 2011



Fuente: aplicación del "inventario de apoyo para la pareja"

9. DISCUSION

El estudio describe las características de 73 mujeres encuestadas en etapa de climaterio, de la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Tlalnepantla.

El 50.68% corresponde al intervalo de edad de 56 a 60 años de mayor frecuencia de las mujeres encuestadas, coincidiendo en este rango, que 26 pacientes presentaron apoyo positivo y expresado, siendo este el tipo de apoyo de pareja más frecuente, observando que a mayor edad, mayor apoyo positivo y además expresado, como refiere la bibliografía, este rango de edad corresponde a la etapa de Postmenopausia, donde hay incremento de la sintomatología acompañante, y donde requieren mayor apoyo de la pareja. ¹⁵

En este estudio se observa que el nivel de escolaridad más frecuente corresponde al nivel primaria en 26 pacientes (35.61%), de las cuales 16 presentan apoyo de pareja positivo y expresado, siendo este el de mayor frecuencia, por lo que se observa que a menor escolaridad de la mujer mayor apoyo de pareja positivo y además expresado, quedando excluido el analfabetismo. Por lo contrario a lo encontrado en otros trabajos como el de Díaz Loving en 1999, donde estudia el apoyo de pareja de mujeres y hombres mexicanos, encontrando que las mujeres con educación a nivel licenciatura presentan mayor apoyo de pareja positivo. Por lo que es importante identificar este factor, ya que influye, en como la mujer percibe el apoyo de su pareja.

El 60.28% corresponde a 44 pacientes encuestadas que se dedican al hogar, siendo esta la ocupación más frecuente, de estas pacientes, 32 presentan apoyo de pareja positivo y expresado con mayor frecuencia, observando una tendencia importante a diferencia de las otras ocupaciones. Existen trabajos previos como el de Armida, ⁷, donde estudio la relación de apoyo de pareja y la ocupación de las mujeres que cursan con síndrome climatérico, mostrando que influye la ocupación de la mujer climatérica en cuanto a la percepción de apoyo de la pareja

El tipo de apoyo de pareja observado en las pacientes climatéricas, de mayor frecuencia es el **apoyo positivo y expresado**, en 39 pacientes, correspondientes al 53.43%, a diferencia de lo que refiere la bibliografía, que durante la etapa de climaterio se hace más crítica la falta de apoyo de la pareja.

Por los resultados descritos, se observa, que a mayor edad, mayor el apoyo de pareja positivo y expresado, la escolaridad a nivel primaria y el dedicarse al hogar resultaron favorables para la mujer en etapa de climaterio, ya que se

encontraron con mayor apoyo de pareja positivo y expresado, en esta etapa de tantos cambios biopsicosociales.

10. CONCLUSION

Es importante para el Medico Familiar, realizar un abordaje biopsicosocial, a todas las pacientes en etapa de climaterio, esto permitirá identificar y valorar la influencia de los factores sociodemograficos y el tipo de apoyo que recibe de la pareja, en esta etapa de la vida de la mujer.

El Medico Familiar valorará el manejo integral, tanto para la paciente climatérica, como para la pareja, interpretando cual es el mejor manejo, en conjunto como equipo de salud, ya sea, Ginecólogo, Psicólogo y Psiquiatra, para lograr un mejor afrontamiento de una crisis normativa en la vida de la mujer, sin olvidar su principal apoyo, que es la pareja.

Por lo que se sugiere que el Médico Familiar debe de realizar las siguientes actividades para lograr un manejo integral de las mujeres en etapa de climaterio:

1. Valoración biopsicosocial de la paciente climatérica y de su pareja.
 - a) Estudiar de forma integral y otorgar el tratamiento médico adecuado al síndrome climatérico, para disminuir los síntomas orgánicos que conlleva la patología.
 - b) Valorar la situación emocional, tanto de la mujer climatérica, como de su pareja, y en caso de ser necesario brindar ayuda.
 - c) Es importante identificar en qué etapa del ciclo vital de la Familia se presenta el climaterio, ya que esto influye en la percepción de la

crisis y la forma de enfrentarla, tanto en la paciente, como en su pareja.

2. Implementar un tamizaje de apoyo de pareja en todas las mujeres en etapa de climaterio, casadas que asisten a consulta de Medicina Familiar.
 - a) Ya que se observó que el “Inventario de Apoyo para la pareja”, requiere para su aplicación de mayor tiempo, al estimado para la otorgar la consulta.
 - b) De acuerdo al resultado obtenido en el tamizaje, valorar la aplicación del “Inventario de Apoyo para la pareja”, con la finalidad de identificar el tipo de apoyo que percibe la paciente de su pareja, y si es necesario, intervenir de forma oportuna, para evitar complicaciones futuras, tanto en la paciente climatérica como en la pareja y que esto no afecte en la estructura familiar.
 - a) En caso de identificar apoyo negativo, el Médico Familiar, podrá intervenir, mediante la sensibilización de la pareja y consejería familiar, si la pareja lo requiere.
3. Este trabajo muestra la importancia de estudiar a la mujer en etapa de Climaterio de forma integral, no solo en lo biológico, ya que emocionalmente, también se ve afectada y esto puede contribuir a la exacerbación de la sintomatología, por lo que es trascendental el apoyo de la pareja para minimizar los síntomas y superar esta crisis normativa en la vida de la mujer.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Canto de CT, Polanco RL. Climaterio y menopausia, las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico. **Rev Biomed.** 1996; 7(4): 227-236.
2. Campillo CH. *Diccionario Academia*. 2ª ed. México: Fernández Editores; 2008. 260.
3. Eguiluz RL, Robles MA, Rosales PJ, Ibarra MA, Córdova OM, Gomez HJ, “et al”. *Dinámica de la Familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Editorial Pax México; 2003. 139.
4. Eguiluz RL. *Entendiendo a la pareja. Marcos teóricos para el trabajo terapéutico*. México, Editorial Pax México, 2007. 219.
5. Hernández VM, Cordova PN, Basurto L, Saucedo R, Vargas C, Vargas A, “et al”. Frecuencia de los síntomas del síndrome climatérico, **Ginecol Obstet Méx**, 2010; 78(4): 232-237.
6. Instituto Mexicano Del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Atención del climaterio y menopausia. 2009.
7. Iñigo RC, Torres GL, Lofte NC, Cortes SL, Godoy MR. Factores de riesgo cardiovascular en el climaterio. **Ginecol Obstet Méx.** 2009; 77(12): 535-543.
8. Larroy GC, Gutiérrez GS. Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo. **Psicothema.** 2009; 21(2): 255-261.
9. Legorreta PD. La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. **Avances en Psicología Latinoamericana**, 2007; 25(1): 44-51.
10. Lugones BM, Ramírez BM. Menopausia sin problemas. La Habana: Editorial Oriente, 2007, 11-21.

11. Lugones BM, Ramírez BM. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia. **Rev Cubana Med Gen Integ**, 2008; 24(4): 1-4.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002: Prevención y control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer. Criterios para Brindar la Atención Médica, Diario Oficial de la Federación, 2003, 13-34.
13. Rodríguez ML. Calidad de vida y apoyo de pareja a mujeres en la etapa del climaterio, 2004.
14. Salvador PJ. Climaterio y Menopausia: Epidemiología y Fisiopatología Perú. **Rev Per Ginecol Obstet**. 2008; 54: 71-78.
15. Universidad Vallejo de Trujillo-Perú. Influencia del entorno familiar y laboral en relación a la autoestima de la mujer climatérica en el Hospital Luis Albrecht. **Salud de Trujillo**. 2007.
16. Vega MG, Hernandez LA, Leo AG, Vega MJ, Escartin CM, Luengas MJ, "et al". Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas. **Rev Chil Obstet Ginecol**. 2007; 72(5): 314-320.
17. Valdez RY, Otaño FY, Peña RA, Carreño CJ. Reflexiones sobre climaterio y menopausia. **Rev de Ciencias Méd de Pinar del Río**. 2005; 9(2): 494-503.
18. Velasco CM, Luna PM. *Instrumentos de Evaluación en Terapia Familiar y de Pareja*. México. Editorial Pax México, 2006. 259.
19. Yañes CM, Chio NI. Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana. **Rev Cubana Med Gen Integ**. 2008; 24(2): 1-9.

12. ANEXOS

1. Cronograma:

	2 0 0 9									
ACTIVIDAD	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Elección del tema	x	x	x	x	x					
Recopilación bibliográfica			x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboración de protocolo										
Entrenamiento de encuestadores										
Prueba piloto										
Estudio de campo										
Análisis de resultados										
Análisis de resultados										

	2 0 1 0											
ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Elección del tema												
Recopilación bibliográfica	x	x										
Elaboración de protocolo			x	x	x	x	x	x				
Entrenamiento de encuestadores								x	x			
Prueba piloto									x	x		
Estudio de campo									x	x	x	x
Análisis de resultados												
Elaboración informe final												

	2 0 1 1						
ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
Elección del tema							
Recopilación bibliográfica							
Elaboración de protocolo							
Entrenamiento de encuestadores							
Prueba piloto							
Estudio de campo	x	x					
Análisis de resultados		x	x	x			
Elaboración informe final			x	x	x	X	X

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señora el presente cuestionario se utilizara únicamente con fines estadísticos, es totalmente confidencial, por lo que no es necesario dar su nombre, únicamente solicito su clave ISSEMYM, para corroborar su derechohabiencia y veracidad. Por lo que usted se compromete a contestar con la verdad el presente cuestionario y autorizar plenamente, al aplicador a que sus respuestas sean utilizados con los fines antes mencionados.

FIRMA DEL DERECHOHABIENTE
ENTREVISTADO

ANEXO 3

INVENTARIO DE APOYO CONYUGAL

EDAD: _____

CLAVE ISSEMYM _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

TIENE PAREJA ACTUALMENTE: **SI** **NO**

¿COMO LA TRATA SU PAREJA, AHORA QUE USTED ESTÁ EN LA MENOPAUSIA? _____

MARQUE CON UNA X EL NUMERO QUE MEJOR REPRESENTA LA FORMA COMO SU PAREJA RESPONDE ANTE UNA PROBLEMÁTICA SUYA. POR FAVOR SEA LO MAS HONESTO POSIBLE, DE UNA SOLA RESPUESTA Y NO DEJE DE CONTESTAR NINGUNA. DE ANTEMANO GRACIAS.

(1) NUNCA LO HACE

(2) RARA VEZ LO HACE

(3) ALGUNAS VECES LO HACE

(4) MUCHAS VECES LO HACE

(5) SIEMPRE LO HACE

1	Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo	1	2	3	4	5
2	Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo (a)	1	2	3	4	5
3	Mi pareja escucha mis problemas	1	2	3	4	5
4	Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta	1	2	3	4	5
5	Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance	1	2	3	4	5
6	Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad	1	2	3	4	5
7	Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional	1	2	3	4	5
8	Mi pareja es solidaria (o) ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales	1	2	3	4	5
9	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me	1	2	3	4	5

	evita					
10	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se preocupa	1	2	3	4	5
11	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me hace ver los pros y contras de aquellos	1	2	3	4	5
12	Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo	1	2	3	4	5
13	Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas	1	2	3	4	5
14	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me condena	1	2	3	4	5
15	Mi pareja me apoya dándome amor	1	2	3	4	5
16	Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles	1	2	3	4	5
17	Ante una dificultad, mi pareja me dice que “yo puedo resolver cualquier problemas personal”	1	2	3	4	5
18	Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere	1	2	3	4	5
19	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me juzga	1	2	3	4	5
20	Mi pareja permanece cerca de mí cuando tengo problemas	1	2	3	4	5
21	Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento	1	2	3	4	5
22	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me aconseja	1	2	3	4	5
23	Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución	1	2	3	4	5
24	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dice que debo hacer y qué no	1	2	3	4	5
25	Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema	1	2	3	4	5
26	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me cree	1	2	3	4	5
27	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él se comporta hostil conmigo	1	2	3	4	5
28	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me acompaña en mi preocupación	1	2	3	4	5
29	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dirige en la solución de aquellos	1	2	3	4	5
30	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me critica	1	2	3	4	5
31	Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema	1	2	3	4	5
32	Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones	1	2	3	4	5
33	Mi pareja me ayuda cuando se lo pido	1	2	3	4	5
34	Cuando tengo un problema, mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución	1	2	3	4	5
35	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él es duro (a) conmigo	1	2	3	4	5
36	Mi pareja me respalda en mis decisiones	1	2	3	4	5
37	Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional	1	2	3	4	5

38	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él rechaza mi opción de solución	1	2	3	4	5
39	Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas	1	2	3	4	5
40	Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela	1	2	3	4	5
41	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él participa en una nueva reformulación de soluciones al conflicto	1	2	3	4	5
42	Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones	1	2	3	4	5
43	Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución	1	2	3	4	5
44	Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable	1	2	3	4	5

ESTA SEGUNDA PARTE MARQUE CON UNA X EL NUMERO QUE MEJOR REPRESENTA LA FORMA COMO USTED LE COMUNICA A SU PAREJA SUS CONFLICTOS. POR FAVOR SEA LO MAS HONESTO POSIBLE, DE UNA SOLA RESPUESTA POR PREGUNTA Y NO DEJE DE CONTESTAR NINGUNA GRACIAS.

- (1) TOTALMENTE EN DESACUERDO**
(2) EN DESACUERDO
(3) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
(4) DE ACUERDO
(5) TOTALMENTE DE ACUERDO

45	A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío	1	2	3	4	5
46	A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras	1	2	3	4	5
47	Comparto mis problemas con mi pareja	1	2	3	4	5
48	Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja	1	2	3	4	5
49	Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión	1	2	3	4	5
50	A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío	1	2	3	4	5
51	Comunico mis problemas a mi pareja	1	2	3	4	5
52	Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía	1	2	3	4	5
53	Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas	1	2	3	4	5
54	Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen	1	2	3	4	5
55	A mi pareja le agradezco cuando me escucha	1	2	3	4	5
56	Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja	1	2	3	4	5
57	Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja	1	2	3	4	5
58	Comparto mis conflictos con mi pareja	1	2	3	4	5
59	Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos	1	2	3	4	5