



BUAP

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS**

TÍTULO:

**“CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER EN ETAPA DE
MENOPAUSIA ADSCRITA A LA UMF No. 13 DE
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN:**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ALEJANDRA PINEDA CRUZ

DIRECTOR:

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RICON

ASESOR:

DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA



H. PUEBLA DE ZARAGOZA. FEBRERO 2020



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS



**“CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER EN ETAPA DE MENOPAUSIA ADSCRITA
A LA UMF No. 13 DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. ALEJANDRA PINEDA CRUZ

ASESOR METODOLÓGICO
DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RICON
MEDICO NO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 2

ASESOR DE CONTENIDO
DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA
COORD. CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13

AUTORIZACIONES

DR. LUIS ANTONIO VALLES FLORES
COORDINADOR DE PLANEACION Y
ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS

DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS, FEBRERO 2020



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS



**“FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION EN EL
ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 13 IMSS, TUXTLA GUTIERREZ,
CHIAPAS”**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:
Tesista

DRA. ALEJANDRA PINEDA CRUZ
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑOS DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13
TELÉFONO: 9515092621
CORREO ELECTRÓNICO: pineda_ale2003@hotmail.com

ASESOR DE METODOLOGICO:

DR. LUIS ERNESTO BALCÁZAR RINCÓN
MÉDICO NO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2
MATRÍCULA: 99332495
TELÉFONO 961 65 81984
Correo electrónico: umqbalcazar@gmail.com

ASESOR DE CONTENIDO:

DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA
COORD. CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
MATRICULA: 99074474
TELEFONO: 961 65 822 78
CORREO ELECTRONICO: yunisra@hotmail.com

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2020

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: TIENES MI AMOR INCONDICIONAL, GRACIAS POR PERMITIRME LLEGAR A ESTE PUNTO EN MI VIDA, POR BENDECIRME CON LAS MEJORES PERSONAS QUE ME IMPULSARON A LOGRAR ESTO, CON LA FORTALEZA Y FE OTORGADA EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES.

A MIS PADRES: INGENIERO ALEJANDRO Y PROFESORA MARÍA DE LOS ÁNGELES; POR SER MIS MOTORES, QUIENES CON SU AMOR, PACIENCIA Y ESFUERZO ME HAN PERMITIDO LLEGAR A CUMPLIR MIS METAS Y SER LA PERSONA QUE HOY SOY; POR CONFIAR Y CREER EN MI, POR SUS CONSEJOS Y VALORES QUE ME INCULCARON Y SOBRE TODO POR SU AMOR Y APOYO INCONDICIONAL, A CADA PASO QUE DOY, LOS AMO CON EL ALMA.

A MI ESPOSO: RENÉ, SIMPLEMENTE DIRÉ QUE TU NOMBRE DEBERÍA ESTAR EN LA PORTADA, MI AMADO COMPAÑERO, AMIGO Y CONFIDENTE, TU APOYO FUE FUNDAMENTAL DURANTE TODOS LOS DÍAS, AL IGUAL QUE TU AMOR, PACIENCIA Y SOPORTE, HACES QUE LOGREMOS LO IMPOSIBLE, GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE AHÍ PARA MÍ, **TE AMO**

A MIS HERMANOS: VINIZA, GLORIA Y ALEJANDRO, MIS AMADOS HERMANOS, MUCHAS GRACIAS POR SIEMPRE CONFIAR EN MÍ, ALENTARME TODOS LOS DIAS Y APOYARME EN TODO MOMENTO DURANTE ESTE LARGO CAMINO.

A MIS ASESORES: DR. BALCAZAR Y DRA. YUNIS; MIL GRACIAS POR BRINDARME SU CONOCIMIENTO EXPERIENCIA, ASI COMO LA MOTIVACIÓN Y PACIENCIA QUE ME OTORGARON, EL TIEMPO INVERTIDO POR USTEDES PARA LA ELABORACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN, NO TENGO FORMA DE COMO AGRADECERLES TODO ESTO Y GRAN PARTE DE LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS ES POR USTEDES DOS. MUCHAS GRACIAS

A MIS AMIGOS:

ES DIFÍCIL EXPRESAR EL AGRADECIMIENTO Y LA GRATITUD QUE TENGO HACIA TODAS LAS PERSONAS QUE ME AYUDARON E IMPULSARON A LOGRAR LO QUE ESTA IMPRESO EL DÍA DE HOY, REALIZAR ESTE TRABAJO NO FUE FÁCIL POR LO CUAL EL RECONOCER Y AGRADECER A TODOS ES VITAL PARA MI:

A MIS PROFESORES, COMPAÑEROS Y AMIGOS QUE ME HAN VISTO CRECER EN ESTA ETAPA DE MI VIDA PROFESIONAL, GRACIAS A SUS CONOCIMIENTOS Y CONSEJOS HOY PUEDO SENTIRME DICHOSO Y CONTENTO.

GRACIAS.

INDICE

1	RESUMEN	5
2	MARCO TEÓRICO	7
3	JUSTIFICACIÓN	20
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
5	OBJETIVO	22
6	HIPÓTESIS	22
7	MATERIAL Y MÉTODOS	23
	DISEÑO DEL ESTUDIO	23
	UNIVERSO	23
	POBLACIÓN DEL ESTUDIO	23
	LUGAR DE ESTUDIO	23
	PERIODO DE ESTUDIO	23
	PERIODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
	MUESTRA	23
	CRITERIOS DE SELECCIÓN	24
	INSTRUMENTO DE EVALUACION	25
	ANALISIS ESTADISTICO	25
	OPERACIÓN DE LAS VARIABLES	26
	PROCEDIMIENTO	28
8	ASPECTOS ÉTICOS	29
9	RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	32
10	RESULTADOS	33
11	DISCUSIÓN	39
12	CONCLUSIÓN	41
13	PROPUESTAS	42
14	CRONOGRAMA	43
15	BIBLIOGRAFÍA	44
16	ANEXOS	48

RESUMEN

Título: Calidad de vida en la mujer en etapa de menopausia adscrita a la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Antecedentes: La menopausia y el climaterio son etapas importantes en el ciclo de vida de toda mujer, la cual inicia en edades específicas, ocasionando cambios cruciales a nivel no solo hormonal, sino que también sistémico, cambios biológicos psicológicos y sociales. Es importante mencionar que la visión en la percepción en el estado de salud y la calidad de vida sugiere una relación estrecha con la salud de la población por lo cual se le llama “calidad de vida relacionada a la Salud” (CDRS), esto da un nuevo indicador a la percepción de las enfermedades y la valoración de las consecuencias en cada individuo por lo cual da un resultado diferente en cada manejo de la intervención medica del proceso salud- enfermedad y la mujer no queda excenta en esta etapa, derivado a que la menopausia representa un cambio en la transición a esta situación y una adaptación biológica al fin de la etapa reproductiva.

Objetivo: Conocer la calidad de vida en la mujer en etapa de menopausia adscrita a la UMF 13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, realizado en la sala de espera de la unidad de medicina familiar N° 13, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se incluyó a mujeres de 45 a 64 años con diagnóstico de menopausia. Realizando un muestreo probabilístico aleatorio simple, donde la herramienta de recolección de datos fue la Escala de Cervantes que tiene una confiabilidad de alfa de global de 0,90, para el análisis se incluyó estadística descriptiva.

Resultados: Se realizaron 363 encuestas en mujeres de 45 a 64 años, encontrando una calidad de vida media en un 39.1% con una edad predominio de 56 años en un 8.3%, de ocupación empleada un 49.4 %, en estado civil casada en 57%, de escolaridad Bachillerato con 28.9%, con una religión católica en 62%, donde los principales síntomas, insomnio en un 66.7% alteraciones en el estado de ánimo de

66.7 % bochornos en un 56.2%, sudoración nocturna en un 52.1 % en donde solo el 6.6% cuenta con tratamiento farmacológico hormonal.

Conclusiones: Se concluyo que la calidad de vida es de predominio medio, con tendencia a moderadamente baja y baja, así como que la mayor parte de las mujeres son entre las edades de 55 – 59 años, empleada, casada, bachillerato, católica y en donde los principales síntomas fueron insomnio, sudoración nocturna, alteraciones al estado de ánimo, alteraciones menstruales y en el tratamiento la mayor parte de las mujeres no cuentan con ningún tratamiento farmacológico hormonal.

Palabras clave: Menopausia, Calidad de Vida, Síndrome Climatérico

MARCO TEÓRICO:

La etapa de menopausia la podemos definir “evento o etapa en la vida de la mujer, que marca el final de la vida reproductiva llegando en forma más objetiva a la ausencia de la menstruación después de 12 meses, considerándose natural o fisiológica la que se presenta a partir de los 40 años”¹. Esto conlleva a cambios biológicos, psicológicos y sociales, por lo cual la sintomatología en la mujer es evidente.^{1,2}

Síndrome climatérico: Conjunto de síntomas vasomotores tales como el bochorno, alteraciones del sueño, psicológicas y genitourinarias que se presentan en la peri y posmenopausia.

La etapa de transición a la menopausia: Esta abarca alteraciones hormonales y variaciones en los ciclos menstruales en donde las principales alteraciones es elevación de hormona folículo estimulante, estabilización de la luteinizante con disminución del estradiol dando finalmente una ausencia mensual de 12 meses.

Perimenopausia; entorno a la menopausia. Iniciando a los 12 meses del fin del ciclo menstrual y terminando al año después de iniciada la menopausia.

La posmenopausia inicia al terminar la perimenopausia y se considera dentro de los últimos 5 años después de la última menstruación.³

Conforme la esperanza de vida aumenta la población mayor de 50 años, va en aumento y la reducción de la mortalidad perinatal lo que nos lleva a que la población femenina predomine en un 51.3 %, ocasionando que una tercera parte de su vida sea en la etapa de menopausia, ya que en México tiene un aproximado de inicio de edad entre los 49 y 50 años.

En los EE UU, la población femenina menopaúsica va en aumento y esta con el tiempo aumentara más actualmente representa más del 30 %, así como en Europa en donde el 12.3 % son mujeres de más de 64 años.⁴

En el año 2035 se espera que 3 de cada 10 mujeres sean menopaúsicas ya sea en etapa de climaterio o posmenopáusica, así mismo la expectativa de vida aumentara a un aproximado de 83.4 años. Según el INEGI, el censo en mujeres mayores de 50 años es de 6,776,314 mujeres, así mismo en el 2005 el aumento del 17.3 % siendo casi de 2,000,000 de mujeres de mas de 50 años en un lapso de 5 años. El Consejo Nacional de Población dio un aproximado de 10,015,562 mujeres menopaúsicas mayores de 50 años, por lo consiguiente el aumento en un periodo de 10 años es de mas del 35 % a diferencia de los censos de principios de siglo, con lo cual se demuestra que la población adulta esta en aumento constante.^{5,6}

Las mujeres entre 45 - 59 años en etapa de menopausia (ya sea perimenopausia o posmenopausia) representan más del 13 % del total de la población femenina y estas cifras así como se menciona previamente va en aumento en los próximos años. El inicio de menopausia en la mujer mexicana se presenta entre 47.3 a 49 años y que con una expectativa de vida de 78 años, lo cual representa un tercio de la vida de las mujeres.⁷

En México no se cuentan con estudios epidemiológicos suficientes, diseñados para la valoración de estadísticas de las mujeres en etapa menopausia, lo cual da una información subestimada y no da una información confiable.

Evidencias fisiopatológicas:

1. Se observa que secundario al hipoestrogenismo, la serotonina disminuye drásticamente en la menopausia y que con el tratamiento sustitutivo estrogénico los niveles regresan a la normalidad.
2. En la posmenopausia, la disminución del estrógeno ocasiona un aumento en el subtipo del receptor de la serotonina 5-HT_{2A}, esto es evidente en el nivel de las plaquetas y el sistema nervioso central. Esta sobreexpresión se vincula con disfunción del centro termorregulador en el hipotálamo, ocasionando los bochornos en la menopausia.
3. La función cognitiva y ánimo, la serotonina cumple un papel importante. Durante la menopausia y la terapia de reemplazo hormonal las interacciones entre la

serotonina y el estrógeno dan efectos evidentes. Por un lado da un aumento de la protección ante la demencia y por otro se mejora la función en el área cognitiva de las mujeres en la menopausia quirúrgica, siendo mas con la presencia del estrógeno. Así como otros estudios refieren que el sistema serotoninérgico se mejora con la terapia hormonal en esta etapa, lo que da un aumento en estado de animo y en la cognición. Todo lo anterior se realiza centrando la acción del estrógeno y progesterona al alternar la expresión del trasportador de la serotonina y el triptófano hidroxilasa esto a nivel neuronal en los receptores serotoninérgicas, por el sistema serotoninérgico.

4. “En nuestra experiencia, hay una mayor similitud en la asociación de síntomas como bochornos, molestias al corazón, dificultades en el sueño, molestias musculares y articulares, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, cansancio físico y mental, y ansiedad llegando a constituir un dominio que denominamos psicósomático. De hecho, hay evidencia, que la sertralina ha mostrado un efecto favorable en el control de los síntomas de dicho dominio psicósomático”.⁴

La menopausia es una etapa biológica de la vida y no un proceso patológico, es un estado de transición en un periodo natural en la cual se caracteriza por un estado de deprivación hormonal y disfunción ovárica, caracterizada por una serie de cambios físicos y orgánicos, vasomotores como los bochornos y sudoración nocturna y en algunos casos desagradables y hasta discapacitantes, psico afectivos cognitivos y sexuales al igual que alteraciones en su entorno sociocultural y en forma individualizada influir sobre la calidad de vida relacionada con su salud pudiendo incrementar el riesgo de sufrir algunos trastornos psiquiátricos.^{5,6}

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM), refiere que, en el último siglo XX, la esperanza de vida principalmente en las mujeres condiciono a que se alcanzara una mayor esperanza de vida, ya que a inicios de este siglo la esperanza se encontraba entre los 40 años y que en el año 2000 se estimó en 77.6 años, casi 40 años adicionales, denotando la importancia de los cuidados y atención a la salud. Con los avances científicos en endocrinología y la farmacología nos ofrece maneras de prevenir y manejar la deprivación hormonal ovárica de la menopausia, demostrando

su efectividad en prevención y control de los signos y síntomas del climaterio, osteoporosis y atrofia urogenital, al igual que modificación de factores de riesgo cardiovasculares.⁷

Los síntomas vasomotores, como un sofoco o bochorno son sensaciones de calor súbita que es más intensa en cara cuello y tórax, con una duración variable de aproximadamente 4 minutos, se puede acompañar de una sudoración con un escalofrío subsecuente, por la noche son sudoraciones nocturnas, un bochorno produce una vasodilatación de hasta 5 minutos después del síntoma, estos son mecanismos de pérdida de calor, generado por la liberación intermitente de LH y así como alteración menstrual, tales como esterilidad, amenorrea siendo estas las afectaciones principales en la menopausia. Estas alteraciones no son más que anuncios de que la menopausia se aproxima, tanto las alteraciones menstruales en sus diferentes formas desde la duración cantidad y la frecuencia de presentación de estas.⁸

Es importante considerar que el abordaje con la mujer no es solo médico, sino que implica un enfoque también educativo, encaminado a que la paciente viva su menopausia de la mejor forma posible, esto con la asimilación de los cambios en su organismo y cambios en el estilo de vida tales como la sexualidad. Aunque la menopausia es un proceso normal y no una enfermedad, está acompañada frecuentemente de connotaciones negativas, en las que la pérdida de la función reproductiva y los cambios físicos que experimentan las mujeres tienen un impacto en la imagen de sí mismas y en sus vidas, provocando sufrimiento psicológico en un proceso que afecta profundamente su feminidad y la idea del papel que representan en la sociedad.⁹

La función sexual en la mujer puede ser dividido tres etapas, cada una de estas de con un promedio de 25 años, podemos catalogarlas 1. Madurez reproductiva la cual va del nacimiento a los 25 años, 2. De los 25 a los 50 años que corresponde a la vida reproductiva y que estos conduzcan hasta la menopausia y 3. Que corresponde de los 50 a 75 años actualmente se considera que el síndrome climatérico presente

en estas edades ha sido superado. Así como las etapas de mayor relevancia en estas, la menarquia, inicio de la vida sexual activa, el primer embarazo y termino de esta, el parto y para terminar e inicio de la menopausia con su síndrome climatérico, de las cuales se atraviesa desde el punto reproductivo al no reproductivo así como la sexualidad y su función. La sexualidad y su función es resultante de diferentes procesos o interacciones que presenta cada individuo, estos ya sean biológicos, psicológicos, anatómicos y fisiológicos los cuales tienen que ver con la relación en pareja y las alteraciones en la cultura, estado sentimental o marital, así como la autoestima esto permite mantener una comunicación adecuada y una sensación placentera en el área sexual. La función sexual es diferente dependiendo de cada mujer así como la vida diaria interfiere la cultura lo mismo sucede en esta área, los factores psicológicos, sociales y culturales tienen un grado de importancia relevante, y depende de la percepción de cada mujer la forma en que este sea expresado, por lo cual esto da una gran motivación de estudio. “Diversos estudios relacionados con la función sexual en mujeres en etapa de climaterio encontraron que a nivel mundial se registra una prevalencia de disfunción sexual que oscila entre 20% y 30% de las mujeres en general. En sur América, un estudio realizado por Castelo sobre la disfunción sexual, con 534 mujeres entre 44 y 64 años, reportó que 51,3% presentaba algún problema sexual; 37,8% presentaba disminución del deseo, 33,6% alteración en la excitación, 34,8% dispareunia, 26% dificultad en el orgasmo”.¹⁰

Las alteraciones metabólicas que ocurren en las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas son variadas se encontró que las mujeres premenopáusicas tienen significativamente menor índice de masa corporal, circunferencia de cintura e índice cintura-cadera que las posmenopáusicas. De esa manera, concluyeron que las mujeres posmenopáusicas evaluadas presentaron un perfil lipídico aterogénico en situación de riesgo para enfermedades cardiovasculares.¹¹

Las alteraciones endoteliales en la menopausia tiene una influencia negativa en el endotelio vascular, y causa disfunción endotelial, la cual se ha definido como un desequilibrio en la biodisponibilidad de sustancias activas de origen endotelial, que

predispone la inflamación, vasoconstricción y el incremento de la permeabilidad vascular, ocasionando predisposición a aterosclerosis esto puede dar afectaciones cardiacas esto nos dice que el periodo de perimenopausia constituye un período o ventana crítica para cambios adversos en el endotelio vascular. Siendo un evento frecuente en las mujeres en etapa de climaterio aparentemente sanas, y sugieren que la transición a la menopausia constituye una etapa de grandes y diversos cambios vasculares.¹²

Dentro de otras de la sintomatología en la menopausia es el insomnio el cual es “la dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, presentar despertares nocturnos o tener sueños no reparadores en el último mes”. Estimándose que la afección es casi del 30 % en la población y 10% de forma crónica. El insomnio, normalmente es multifactorial y dependiente del estado mental y físico de cada persona o mujer en este caso, por lo cual va relacionado a la calidad de vida que cada uno de estos presente, interviene las alteraciones en el sueño que son frecuentes en el síndrome climatérico y que están reportados como parte de estos, lo que nos lleva a una mala calidad en el sueño, dando así mismo un mal indicador en la salud y por lo consiguiente en la calidad de vida, esto no solo afecta al individuo en si, sino que también a su entorno, dando una mayor falta de productividad laboral y así mismo un mayor uso de los sistemas de salud.¹³

Las alteraciones psicológicas en la menopausia, no es solo el estrés y no afecta de forma única la función hormonal de estas mujeres, sino que también se altera el estado de ánimo así como también depende del medio el entorno que rodea a cada mujer, la cultura y la función asignada por la sociedad, maternidad, fertilidad, así como belleza y juventud de cada una de ellas. Los niveles socioeconómicos y culturales tienen un gran peso en la sintomatología del climaterio, más en el área afectiva, dando paso a problemas de salud mental, lo cual puede ocasionar una importante disminución en las relaciones interpersonales secundario a la poca satisfacción personal que estas presentan y no solo en las relaciones personales, sino que también en la familia, pareja, laboral y sexual. Esto condiciona a un aumento en el riesgo de mayor numero de episodios de depresión mayor ligado a

las mismas alteraciones hormonales de esta etapa ya sea en el periodo de transición definido por las alteraciones en las hormonas, principal aumento de la foliculoestimulante, esto como recordemos no es solo en el ámbito social o ambiental, la afectación en su entorno nuclear familiar, social y ambiental es importante dando diversos cambios y alteraciones en el estilo de vida, maternidad, familia, fertilidad y sexual, así como la precipitación de los algunos estado depresivos en mujeres vulnerables. La Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró que la “depresión es una de las causas de salud que provoca mayor discapacidad y es la segunda causa de enfermedad en los EE.UU”. Con un aproximado de 40 millones de personas entre América y Europa la padecen. La edad adulta tiene un riesgo 5 veces mayor que el resto de la población de padecer algún tipo de depresión a diferencia de la población joven. Y esto solo aumenta en caso de que se tenga un segundo episodio con un 50% con un tercero sube a 70% y en más de esto el porcentaje llega al 90% lo cual es alarmante. Debido a lo mencionado anteriormente la mujer menopaúsica por sus alteraciones en el sistema serotoninérgico ocasiona que el riesgo sea mucho mayor.¹⁴

La prevalencia de la ansiedad en las mujeres es mayor a la presentada en los hombres y esta ansiedad aumenta en el periodo de la menopausia, mas en el síndrome climatérico, estas alteraciones pueden deberse a la presencia de los cambios hormonales, los cuales potencian estos padecimientos sobre todo en mujeres que son de mayor vulnerabilidad, estos cambios no han sido bien estudiado ni los cambios hormonales y sus efectos con los trastornos de ansiedad. Sabemos que otro síntoma presentados en las pacientes son los trastornos en el estado de ánimo, está la depresión la cual ya mencionamos previamente pero la ansiedad se le ha dado menos atención aun cuando estas dos se presentan en mayor numero en las mujeres menopausicas.⁵

Hay un aumento en la consulta de atención primaria secundaria a la orientación de consejos alimenticios, ya que la mayoría de las mujeres tienen un consumo no adecuado de alimentos correspondientes para su edad y etapa de vida dando diferentes efectos tales como el consumo de proteínas los cuales ocasionan una

aumento en la eliminación de calcio vía renal, aunado a que el consumo de alimentos que proporcionan calcio es insuficiente e inferior a lo recomendado como mínimo de 3 porciones al día de lácteos, aumento de hidratos de carbono simples dando un descontrol glicémico en ocasiones, ingesta de grasas saturadas y totales de forma suficiente, mas no el consumo de frutas y verduras el cual es bajo e insuficiente, se hace hincapié en el consumo de calcio de 1000 a 1500 mg/día secundario a la pérdida ósea por la deprivación hormonal. La carencia de nutrientes diversos y carencia de calcio da como factor de riesgo de gran importancia a las pacientes para padecer osteoporosis. Es necesario hacer diversas acciones en la modificación del estilo de vida: Consumo de calcio y vitamina D, ya sea con aumento de la ingesta de lácteos durante el día en número de 3 a 4 veces al día así como la exposición solar que nos provee de la vitamina D importante para la fijación del calcio, esto con la finalidad que la absorción y la remodelación ósea se vean afectados o disminuidos, La obtención de vitamina D es dada por la exposición solar, la cual debe ser siempre con la adecuada protección, uso de protectores o pantallas solares aun cuando estas alteren la formación de esta vitamina D a través de la piel, en ocasiones se puede llegar a aconsejar la exposición solar moderada y controlada sin el uso de una pantalla o protector solar. Como punto adicional el uso regular de ejercicio y disminución a retiro de hábitos nocivos o tóxicos tales como el tabaquismo el cual esta muy relacionado a la disminución de la producción estrogénica, si se logra la disminución de dichos hábitos esto da como resultado la disminución de riesgo de osteoporosis en la etapa de menopausia. Así mismo la prevención de la obesidad en la mujer menopáusicas se debe ser de forma global abordando diferentes áreas de la persona tanto biológica, física. Social y cultural de la mujer.¹⁵

La etapa de transición antes y después de la menopáusicas es de 2 a 8 años esto pasa entre los estados reproductivo y no reproductivo, lo cual origina diferentes cambios mencionados previamente sociales, biológicos y psicológicos. Esto aunados a que las mujeres presentan una gran sintomatología la cual se caracteriza

en el síndrome climatérico, por lo cual amerita tener diferentes escalas para poder evaluarla, a continuación les mencionamos diferentes escalas utilizadas en diferentes ámbitos, una de las más utilizadas en la sintomatología de la menopausia es la “Menopause Rating Scale” (MRS) elaborada en Alemania ya hace 2 décadas.

A nivel familiar es importante ubicar el punto central que tiene la mujer y su entorno familiar, esto es de gran importancia debido a que se tiene que evaluar las características de los siguientes aspectos, composición de la familia, normas, roles y funcionamiento familiar, ya que cada núcleo familiar tiene una disposición específica y por lo cual genera un entorno distinto entre cada mujer. Son pocos los estudios realizados en el cual se puede valorar estos aspectos, esto debería de cambiar desde la atención de primer nivel para así mejorar el entorno de la familia y su dinámica familiar así como de su salud familiar. ¹⁶

Pasando al punto principal de la búsqueda en este estudio es el término “calidad de vida” la cual se empezó a utilizar desde hace casi de 100 años, dando como punto principal la búsqueda el bienestar, el cual estaba relacionado al nivel socioeconómico y sus desajustes uno de los cuales fue alrededor de los años 30 con la presencia de la gran depresión económica, esparciéndose en la posguerra, al igual que en las teorías de un desarrollismo social. Lo que lleva a la búsqueda de un movimiento enfocado al bienestar de las comunidades y la población.

En algún momento la idea de la calidad de vida se enfocaba al uso, consumo, acumulo y crecimiento tanto económico como social, esto secundario a cuestionamientos en diversas escuelas y disciplinas en las cuales se abordaba dicho tema.

Lo que nos daba en cierto momento también se decía que la calidad de vida estaba representada por el medio ambiente y las condiciones de vida urbana esto fue debate en varias ocasiones, dando una mayor sensibilidad secundaria a la industrialización de la sociedad, buscando medirla a través de datos objetivos y desde ciencias sociales lo que inicia los indicadores sociales y estadísticos los cuales logran permitir la adecuada vinculación al bienestar social. Cada uno de

estos indicadores fue evolucionando por si mismo dando diferentes referencias sociales, objetivas y económicas lo que llevo a contemplar nuevos elementos subjetivos.¹⁷

“El concepto de calidad de vida se define, en términos generales, como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida”.¹⁸

Así como definición de la salud no es única, por lo cual la calidad de vida tampoco, aun cuando la concepción de esta es reciente y de uso casi cotidiano cada uno de estos usos tiene una diferente concepción y un diferente propósito.

Este concepto es muy subjetivo ya que no solo influye la persona en sí, sino que también su entorno; tanto la familia, amigos y área laboral, también la personalidad del individuo, así como su desarrollo a nivel social y todo esto, esta muy relacionada con la salud de cada una de las personas.

La buena salud no solo en un indicador de la esperanza de vida, sino que también de la calidad de vida, esto aunado a la percepción de que a mayor esperanza de vida se refleja en un peor estado de salud que el resto de la población.¹⁸

Hay una estrecha relación entre las características socio personales y socioculturales los cuales dan un evidente efecto en los cambios presentados en la menopausia y en como lo percibe cada una de las mujeres.

El evaluar la calidad de vida en la mujer menopaúsica y enfocada a su salud tiene una gran importancia ya que no solo es el bienestar en general sino que también es ver la influencia que tiene el tratamiento hormonal sustitutivo así como otro tipo de tratamiento ocupados en la mujer.^{18,19}

El estudiar la calidad de vida en cada individuo abarca diferentes áreas multidisciplinarias esto con la finalidad de medir y ver desde una forma subjetiva en cada persona, acorde a su concepto de desarrollo y bienestar, enfocada en el estado físico, mental y económico.

La forma de estudiar la calidad de vida, va avanzando en diferentes formas, así como la medicina, la sociología y otras áreas esta también puede llegar a tener puntos específicos.

Una de estas formas de abordaje son a grupos vulnerables tales como niños, adolescentes y ancianos, así como enfocarse en la rehabilitación y en la prevención de cada paciente, así como la presencia de algún estado terminal de la enfermedad. El modelo de Leavel y Clark da una medición de forma subjetiva y objetiva del proceso salud enfermedad, esto da una diferencia en la percepción de la satisfacción de cada persona con respecto a lo que valoran en un momento determinado.

La calidad de vida no es un tema de simple manejo, ya que el abordaje se debe de hacer de la forma más sencilla posible para su conceptualización, así mismo se deben de tener en cuenta diferentes puntos de vista desde las definiciones, la utilidad que se le dará, que indicadores buscar para la medición así como la escala a utilizar para dicho fin, esto con la finalidad de que sea lo mas conceptualmente preciso posible durante la aportación de estos elementos.¹⁷

La conceptualización de la calidad de vida no es fácil, debido a que esto conlleva de diferentes aspectos y conceptos, desde un área multidisciplinarias, polivalentes en donde se abarca varias disciplinas tales como: medicas, sociales, éticas, económicas, filosóficas, políticas y ambientales, y estas mismas con otras tantas asociaciones.

La salud psicosomática, la cual abarca la funcionalidad, ausencia o presencia de enfermedad va relacionada no solo a la medicina, sino también a otras áreas, económicas, sociológicas, filosóficas, todo enfocado a la calidad de vida, y así los enlaces entre diferentes tipos de diciplinas y estas a su vez enlazadas a la calidad de vida.²⁰

Los objetivos en el estudio de la calidad de vida, tenían un punto principal el tratamiento sustitutivo hormonal y su efecto sobre la paciente y el síndrome climatérico, pero son escasos los instrumentos a ocupar para su medición y que estén enfocados a la calidad de vida en la menopausia, esto enfocado tanto para la

evaluación clínica y poblacional, por lo cual encontramos en el ámbito diferentes escalas, una de estas es el “índice de Kupperman” esta mide la calidad de vida enfocada a la presencia de los síntomas y su valoración así como determinar el grado de presencia de estas.¹⁹

Otra de las escalas es la de “Wiklund”, la cual presenta algunas desventajas para su aplicación ya que esta conta con un gran numero de ítems constando de 100 de estas.²⁰

Hay otros instrumentos como el “SF36”, la cual da una global general entre el bienestar y la funcionalidad, mas no abarca el área menopaúsica de la mujer, importante en este estudio. Otros de los cuestionarios para calidad de vida en la menopausia está el “Women’s Health Questionarrie (WHQ) en población anglosajona y sueca, la versión italiana del mismo, el Menopause Rating Scale en Alemania, el Utian Menopause Qualite of Life Score (UQOL) en Estados Unidos, el Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) en Canadá o el Quality of Life questionnaire in osteoporosis (QUALIOS)”. Estos fueron diseñados para otros países mas no están de momento aceptados para su adecuada aplicación en habla hispana ni utilizados en México.²¹

En este estudio encontramos que por “Palacios Santiago y colaboradores: Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia”. Realizaron y validaron una escala “Escala de Cervantes” hecha en español y la cual fue presentada durante el “10th World Congress on the Menopause”, en Berlín de 2002. El Profesor Santiago Palacios comentó que existen numerosos cuestionarios para medir la calidad de vida relacionada con la salud, pero muy pocos son específicos para la menopausia. “El objetivo del estudio fue diseñar y validar una escala específica para la menopausia en la mujer española, la Escala Cervantes, original en castellano y adaptada a nuestro medio”. “Es un estudio transversal constaba de una fase piloto, construcción del cuestionario, validación y fiabilidad test-retest. La escala definitiva constaba de 31 preguntas (distribuidos en las dimensiones menopausia y salud, con 15 preguntas que incluían sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento; sexualidad, con 4 preguntas;

relación de pareja, con 3 preguntas, y dominio psíquico, con 9 preguntas)". La Escala de Cervantes es corta, fácil de aplicar (unos 7 minutos), tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 155 (de mejor a peor calidad de vida) y permite comparar el resultado con mujeres más jóvenes o de la misma edad.

Esta escala entra dentro de la nueva etapa de instrumentos para la población menopaúsica, la cual nos servirá para valorar el ámbito de la calidad de vida de estas mujeres en los intervalos de edades con una mínima de 45 años a una máxima de 64 años y está ya fue sido utilizada anteriormente en la población mexicana obteniendo buenos resultados.^{17, 19}

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

Según las estadísticas de la “Organización Mundial de la Salud” las mujeres posmenopáusicas serán alrededor de 750 millones, esto en algunos años, y esto debido a que la esperanza de vida en la mujer va en aumento y lograra en poco año a ser un aproximado de mas de 33% solo de la población femenina. Esto es fundamental, y así mismo se debe de conocer los cambios que suceden es esta etapa para así diseñar adecuadas estrategias en el ámbito de la salud para una mejor calidad en la vida de las mujeres con un adecuado tratamiento y medidas preventivas para ellas.

Hay diferentes cambios en la conceptualización de la salud, dando una estructura integral del ser humano, todo esto englobado en la búsqueda de la “calidad de vida relacionada a la salud”, esto con la búsqueda de un nuevo indicador, que valore no solo la enfermedad, sino también la salud, el entorno del individuo, así como las intervenciones médicas del “proceso salud-enfermedad”.

Derivado a que la menopausia representa una etapa de adaptación y transición a una nueva situación biológica que conlleva la pérdida de la capacidad reproductiva, su instauración tiene un carácter progresivo, afectando a todas las mujeres sanas, no asociándose con la génesis directa de ninguna noxa, no existiendo ninguna base científica que permita considerarla como una entidad patológica.

De ahí la importancia de que con este trabajo se pretende conocer la calidad de vida de las mujeres en la etapa de menopausia, que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No.13, para poder detectarlo en caso de que se esté viendo afectada y en consecuencia poder sugerir acciones que impacten en mejora en este proceso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La edad promedio de inicio a la menopausia esta entre los 45 a 59 años, continuara siendo la misma, pero así mismo la longevidad de la mujer es cada vez mayor por lo cual, y como lo hemos mencionado antes el número de población femenina menopáusica será cada vez mayor, por lo cual enfocarnos en su “calidad de vida” es de vital importancia porque gran número de ellas continuara en edad productiva, tanto familiar, como laboral. El cual es importante conocer y dar un valor tanto subjetivo como objetivo se debe buscar informaciones clínicas que nos aporten información suficiente para realizar cambios, modificaciones y decisiones en la práctica medica

Las nuevas medidas de morbilidad y mortalidad dan una nueva forma de valoración en enfermedades e intervenciones médicas, todo esto en búsqueda de una atención integral, no solo para la eliminación de la enfermedad sino que también en búsqueda de la funcionalidad y dinamismo familiar, todo enfocado en la mejoría de la mujer.

La menopausia no es lo mismo que deterioro, esto debe de cambiar ya que gran numero de profesionales y madres entran dentro de este rubro. Es importante saber que la etapa de transición de esta es difícil, complicada y en ocasiones dolorosa para alguna de las mujeres, ya que esto tiene un gran entorno físico, social y psicológico. Sin embargo, esta trae consigo una sintomatología específica que interfiere en la calidad de la mujer, este concepto durante esta etapa de la vida abarca numerosas facetas de la vida que incluyen además de la salud, una perspectiva psíquica y sociológica, con un alto componente subjetivo. Por lo anterior consideramos importante estudiar a la paciente menopáusica de una manera holística y nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida en la mujer en etapa de menopausia, adscrita a la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer la calidad de vida en la mujer en etapa de menopausia adscrita a la UMF 13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

Objetivos Específicos:

- Identificar las variables sociodemográficas de las mujeres en etapa de menopausia (edad, ocupación, estado civil, escolaridad y religión)
- Describir los principales síntomas de las mujeres en etapa de menopausia adscritas a la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez.
- Conocer qué tipo de terapia utilizan las mujeres en etapa de menopausia: farmacológica y no farmacológica

HIPOTESIS

- La calidad de vida en la mujer en etapa de menopausias adscritas a la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez es moderadamente baja.
- En la mujer en etapa de menopausia tiene una edad media de 54 años, de ocupación ama de casa, estado civil casado, escolaridad primaria, religión católica.
- Las alteraciones vasomotoras son los principales síntomas en la mujer en etapa menopáusica.
- La mujer en etapa menopáusica utiliza únicamente terapia no farmacológica.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

El estudio es tipo observacional, descriptivo y transversal.

LUGAR DE ESTUDIO:

Unidad de Medicina Familiar No. 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

UNIVERSO:

6592 mujeres de 45 a 64 años, que se encuentran adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No.13, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

PERIODO DE ESTUDIO:

Marzo 2017- diciembre 2018

PERIODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Noviembre 2017 – diciembre 2018

TIPO DE MUESTREO:

Muestreo Probabilístico Aleatorio Simple

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

363 mujeres de 45 a 64 años.

$$z= 1.96$$

$$p= 0.5$$

$$q= 0.5$$

$$d=0.05$$

$$n= \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{(6592) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (6592-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(6592) (3.84) (0.25)}{(0.0025) (6591) + (3.84) (0.25)}$$

$$n = \frac{(25323.827) (0.25)}{16.477 + 0.96}$$

$$n = \frac{6330.956}{17.437}$$

$$n = 363$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- Mujeres en etapa menopaúsica de 45 a 64 años adscritas a la UMF 13 y que deseen participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Mujeres con patologías específicas, neurológicas o que afecten su salud mental, cognitiva y física.
- Mujeres con diagnóstico de enfermedades neoplásicas.
- Mujeres que no sepan leer o escribir.

Criterios de eliminación:

- Aquellas mujeres que entreguen encuestas incompletas o con doble respuesta.
- Aquellas mujeres que pierdan el derechohabencia durante el estudio.

INSTRUMENTO DE EVALUACION

El instrumento de recolección de datos estuvo dividido en dos segmentos:

En el primer apartado se recabó datos sociodemográficos (edad, ocupación, estado civil, escolaridad y religión), síntomas y tipo de terapia utilizada para la patología.

En el segundo apartado se midió la calidad de vida a través de la Escala de Cervantes que valora la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas de la menopausia, así como otros aspectos (relación de pareja, estado de ánimo y sexualidad) que pudieran interrelacionarse con los síntomas menopáusicos e influir en la calidad de vida. Su ámbito de aplicación es la población femenina de entre 45 y 64 años. Está compuesta por 31 ítems estructurados en las 4 dimensiones de menopausia y salud, sexualidad, dominio psíquico y relación de pareja. Tiene una α de Cronbach de la escala global de 0,9092. El tiempo promedio de su aplicación es de 7 min.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se llevo a cabo la captura en el programa estadístico, SPSS versión 23, efectuándose un análisis univariado, donde se calcularon medidas de frecuencia absolutas y relativas a las variables cualitativas, a las variables cuantitativas se aplicaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda), se realizará cálculos de asociación utilizando la prueba estadística de chi cuadrada para variables cualitativas. Los resultados se presentan en gráficas y tablas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Calidad de vida	Bienestar, felicidad y satisfacción del individuo.	Salud física mental y emocional, de acuerdo con la Escala de Cervantes.	Cualitativa Ordinal	Alta Media Moderadamente baja Baja
Edad	Lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o período que se estima de la existencia de una persona	Años cumplidos que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cuantitativa Continua	Edad en años
Ocupación	Proviene del latín occupatio y está vinculado al verbo ocupar; sinónimo de trabajo, labor o quehacer	El hecho de estar empleado, tener un trabajo con remuneración económica.	Cualitativa Nominal	Empleada Desempleada Ama de casa
Estado Civil	Es la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	Se considera como la situación sentimental en la que se encuentre en ese momento.	Cualitativa Nominal	1. Casada 2. Unión Libre 3. Soltera 4. viuda 5. Divorciada 6. Separada

Escolaridad	Tiempo en el que el alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Calculada con el último grado aprobado comprendido dentro del esquema oficial de educación formal	Cualitativa Ordinal	1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura
Religión	Conjunto de creencias religiosas y normas de comportamiento, propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Creencia o normas de un grupo humano relacionada con la divinidad	Cualitativa Nominal	Católica Cristiana Otros
Sintomatología	Conjunto de síntomas correspondientes a manifestaciones del organismo que son características de una enfermedad.	Síntomas que presentan en un momento dado las mujeres en etapa de menopausia.	Cualitativa nominal	Bochornos. Sudoración nocturna. Alteraciones menstruales. Alteración en el estado de ánimo. Insomnio.
Tratamiento	Del griego therapeia = tratamiento, es el conjunto de cualquier clase, cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades	Tratamiento farmacológico o no farmacológico o llevado en un periodo mínimo de 3 meses	Cualitativa Nominal	Con tratamiento farmacológico hormonal Sin tratamiento farmacológico hormonal

PROCEDIMIENTO

Se presentó para revisión por el comité local de investigación y ética número 3005 del Hospital General de Zona no. 24 de Poza Rico Veracruz donde fue aceptado y registrado al Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS).

Con número de registro R – 2018 – 3005 – 17

Una vez registrado se giraron los oficios correspondientes para que el director de la Unidad nos brindó las facilidades para la realización del estudio.

A las mujeres participantes que cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó la encuesta para identificar la calidad de vida de las mujeres en etapa de climaterio y menopausia.

Posteriormente se realizó la captura de las encuestas en el programa SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences) para su análisis e interpretación, determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado.

ASPECTOS ETICOS

El presente proyecto de investigación se realizó con apego a la Ley General de Salud, de igual forma fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General de Zona 3005 del Hospital General de Zona no. 24 de Poza Rico Veracruz donde se analizó su factibilidad y realización. La información obtenida de los encuestados involucrados en el estudio fue confidencial.

De acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (secretaria de Salud 1994); En su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se consideró sin riesgo de acuerdo con lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1, Investigación sin riesgo.

Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no llevo nombre ni dirección, antes de aplicarlo se brindó una explicación sobre la justificación y objetivos de la investigación, se respondieron dudas y preguntas acerca de la encuesta, beneficios y otros puntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se formen prejuicios para continuar con su forma de trabajo según las fracciones I, VI, VII y VIII.

Con respecto al consentimiento informado, se estableció lo determinado en el Artículo 20 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Este estudio se basó en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas” Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre

de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Los cuales son los siguientes.

1. “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 considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.
2. “El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica”. “Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber”.
3. “El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos”.
4. “El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos)”. “Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad”.
5. “La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales”.
6. “Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación”.

7. “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. “La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento”.
8. “Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes”. “No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración”.
9. “La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente”.
10. “La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas”. “La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente”.
11. “Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación”.
12. “El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación”.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos:

Un asesor metodológico.

Un asesor de contenido

Un médico residente de primer año de la especialidad en Medicina Familiar.

Recursos Materiales:

Material
Lápiz
Goma de borrar
Sacapuntas
Calculadora
Lapicero
Hojas blancas
Encuestas
Computadora

Recursos Financieros:

Recursos propios del Investigador.

RESULTADOS:

Durante el período de abril 2018 a octubre de 2018, se llevó a cabo el estudio de investigación en la Unidad de Medicina Familiar N°. 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Aceptaron participar un total de 363 mujeres de 45 a 64 años con diagnóstico de menopausia que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, se realizó bajo consentimiento informado la encuesta de Cervantes de calidad de vida, verificando que cumplieran con los criterios de inclusión, obteniéndose los siguientes resultados:

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS EN MUJERES MENOPAUSICAS ADSCRITAS A UMF 13.

a) Edad

La muestra fue constituida por 363 mujeres, con una edad mínima de 45 años y máxima de 64 años, con una media de edad de 54.23, mediana de 54 años y moda de 56 años con una desviación estándar de ± 5.225 y se dividió en 4 grupos de edad acorde a la regla de Sturges: 45 a 49 años, 50 a 54 años, 55 a 59 años y 60 a 64 años. Obteniendo que del 100% de las encuestadas 31.4% (114) fueron del grupo de edad de 55 a 59 años, 27 % (98) de 50 a 54 años, el 23.7% (86) de 45 a 49 años y 17.9% (65) de 60 a 64 años. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Grupo de edad en las mujeres con diagnóstico de menopausia.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
44-49	86	23.7%
50-54	98	27.0%
55-59	114	31.4%
60-64	65	17.9%
TOTAL	363	100%

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopáusicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

b) Ocupación

En relación con la ocupación de las mujeres encuestadas se encontró que el 49.9% eran empleadas, 38% ama de casa y el 12.1% desempleada. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Ocupación en las mujeres con diagnóstico de menopausia.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMPLEADA	181	49.9%
DESEMPLEADA	44	12.1%
AMA DE CASA	138	38.0%
TOTAL	363	100.0%

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopaúsicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

c) Estado Civil.

Lo encontrado con respecto al estado civil de las mujeres encuestadas en etapa de menopausia resultó que del total, 57% (207) son casadas, 16% (58) en unión libre, 11.8% (43) solteras, 7.2% (26) separadas, 4.4% (16) viudas y 3.6% (13) divorciadas. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Estado civil en las mujeres con diagnóstico de menopausia.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	207	57.0
SOLTERA	43	11.8
VIUDA	16	4.4
UNION LIBRE	58	16.0
SEPARADA	26	7.2
DIVORCIADA	13	3.6
TOTAL	363	100.0

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopaúsicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

d) Escolaridad

En la escolaridad principalmente se encontró predominio en el bachillerato con 28.9% (105), seguido de licenciatura (25.1%), primaria con 23.7% (86), secundaria 16.3% (59) y sin estudios un 6.1% (22). (Ver tabla 4).

Tabla 4. Escolaridad en las mujeres con diagnóstico de menopausia.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
SIN ESTUDIOS	22	6.0%
PRIMARIA	86	23.7%
SECUNDARIA	59	16.3%
BACHILLERATO	105	28.9%
LICENCIATURA	91	25.1%
Total	363	100.0%

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopaúsicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

e) Religión

Del total de las entrevistas 62% (225) eran católicas y en menor porción, cristiana y otras. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Religión en las encuestadas.

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICO	225	62.0
CRISTIANA	102	28.1
OTRAS	36	9.9
TOTAL	363	100.0

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopaúsicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

PRINCIPALES SÍNTOMAS DE EN LAS MUJERES ENCUESTADAS EN ETAPA DE MENOPAUSIA.

a) Bochornos.

Con respecto a la sintomatología vasomotora el 56.2 % (204) presento síntomas de bochorno. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Bochornos en las mujeres con diagnóstico de menopausia.

BOCHORNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	204	56.2
NO	159	43.8
TOTAL	363	100.0

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopaúsicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

b) Sudoraciones nocturnas.

Con respecto a las sudoraciones nocturnas el 52.1% (189) presento alteraciones en este rubro. (Ver tabla 7)

Tabla 7. Sudoraciones Nocturnas en las mujeres con diagnóstico de menopausia.

SUDORACIONES NOCTURNAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	189	52.1
NO	174	47.9
TOTAL	363	100.0

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopaúsicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

c) Alteraciones menstruales.

Con respecto a los síntomas de alteraciones menstruales el 73.8 % (268) no presento esta sintomatología al momento de la encuesta. (Ver tabla 8)

Tabla 8. Alteraciones menstruales en las mujeres con diagnóstico de menopausia.

ALTERACIONES MENSTRUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	95	26.2
NO	268	73.8
TOTAL	363	100.0

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopáusicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

d) Alteraciones al estado de ánimo.

En la parte de las alteraciones al estado de ánimo el 66.7% (242) presento esta sintomatología al momento de la encuesta. (Ver tabla 9)

Tabla 9. Alteraciones al estado de animo en las mujeres con diagnóstico de menopausia

ALTERACIONES AL ESTADO DE ANIMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	242	66.7%
NO	121	33.3%
TOTAL	363	100.0%

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopáusicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario.

e) Insomnio.

Con respecto al insomnio el 66.7% (242) de las mujeres presentaron en algún momento esta sintomatología. (Ver tabla 10)

Tabla 10. Insomnio en las mujeres con diagnóstico de menopausia

INSOMNIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	242	66.7
NO	121	33.3
TOTAL	363	100.0

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopáusicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

TRATAMIENTO:

En las encuestas se encontró que el 93.4% (339) de las mujeres encuestadas no tenían ningún tipo de tratamiento farmacológico hormonal. (Ver tabla 11)

Tabla 11. Tratamiento en las mujeres con diagnóstico de menopausia

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO HORMONAL	24	6.6
SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO HORMONAL	339	93.4
TOTAL	363	100.0

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopaúsicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES EN ETAPA DE MENOPAUSIA.

Con respecto a la calidad de vida la reportaron que un 39.1% (142) calidad de vida en un nivel medio, seguida por 34.7% (126) moderadamente baja, posteriormente 14.0% (51) baja y finalmente con un 12.1% (44) alta. (Ver tabla 12)

Tabla 12. Calidad de vida en las mujeres con diagnóstico de menopausia.

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
BAJA	51	14.0
MODERADAMENTE BAJA	126	34.7
MEDIO	142	39.1
ALTA	44	12.1
Total	363	100.0

FUENTE: Cuestionario incluido en estudio de calidad de vida en mujeres menopaúsicas adscritas a la UMF No.13. Cuestionario

DISCUSION

El impacto que tiene la menopausia y la calidad de vida en la mujer es de gran importancia debido a que el envejecimiento es un proceso continuo inevitable, dependiente de factores genéticos y ambientales en el marco teórico de esta investigación se comentó de la importancia y las múltiples repercusiones, aun cuando la menopausia es un proceso normal y no una enfermedad, está se acompaña de frecuentes connotaciones negativas encontramos diversas alteraciones biológicas, psicológicas y sociales lo que afecta profundamente su feminidad y en algunos casos su salud. Sabemos que la deprivación hormonal y la disfunción ovárica se caracteriza por los múltiples cambios físicos y orgánicos, vasomotores como los bochornos y sudoración nocturna, mismos que encontramos en nuestro estudio como afectaciones principales en las mujeres menopaúsicas, aun cuando en nuestro estudio no buscamos factores discapacitantes dentro de esta sintomatología.

Así mismo encontramos que la calidad de vida es similar obteniendo una calidad de vida moderadamente baja, así como la que se encuentra en el estudio realizado por Rodríguez A. y Maure Fernández, Pualto Duran del 2015⁽²²⁾.

En el estudio de Cruz Martínez E. A., y cols. Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. julio – agosto 2012. ⁽²³⁾ se ha encontrado una relación positiva entre la sintomatología de esta y la calidad de vida sin darle a la calidad de vida un resultado específico únicamente de un porcentaje el cual es relacionado a la sintomatología que presenta la paciente. En donde la mayor afectación es la calidad de vida en aspecto físico. En el mismo estudio se encontraron similitudes con las variantes sociodemográficas como edades de las pacientes en las cuales fueron de 45 a 59 años, estado civil donde el predominio igual fue mujeres casadas, de ocupación empleada.

Por otra parte el estudio de González Cárdenas LT. y cols. Factores de riesgo de baja calidad de vida en mujeres con climaterio del Municipio Plaza de la Revolución de la Habana, Cuba, enero – marzo 2019 ⁽²⁴⁾ en la cual utilizaron el

instrumento de WHOQOL recapitula que la calidad de vida es directamente proporcional a la edad de la paciente en la cual se reporta de con cada año tiene 1.5 más probabilidad de percibir una calidad de vida baja, esto aunado a otras características de la paciente, por otra parte en nuestro estudio se encontró que a mayor edad la tendencia de aumento en la calidad de vida es mayor en pequeña proporción

En el estudio de Cruz Martínez E. A., y cols. Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. Julio – agosto 2012. ⁽²³⁾. La mayor afectación en esta fueron los efectos o síntomas vasomotores, aunque no establece de forma precisa la calidad de vida en esta población, únicamente refiere que es afectada en forma física y vasomotora, así mismo encontramos una similitud nuestro estudio realizado en donde la principal sintomatología fueron las alteraciones en el estado de ánimo y el insomnio

Podemos observar que la relación de calidad de vida y tratamiento aun con el bajo número de pacientes va relacionado a una mejor calidad de vida, igual como lo maneja Lopera Valle J. S. y cols Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica jul.-set. 2016. ⁽²⁵⁾.

Con dichos resultados concluimos que la relevancia de este estudio es útil para planificar las estrategias las mujeres que acude a la consulta a la UMF 13 al igual que el abordaje no debe ser únicamente médico, sino que también aplicar un enfoque educativo, esto encaminado a que la paciente viva su menopausia de la mejor forma posible, esto para la asimilación de los cambios en su organismo y cambios en el estilo de vida, con la intención de mejorar su bienestar

CONCLUSIONES:

Se concluye que aun cuando la calidad de vida en las mujeres en etapa de menopausia es media, también se presentó un gran número de mujeres con calidad de vida moderadamente baja y baja, las cuales enfrentan múltiples síntomas y las principales encontradas fueron, las alteraciones en el estado de ánimo e insomnio, y así mismo encontramos que a mayor edad, la calidad de vida mejora, esto secundario a la adaptación del declive hormonal.

Así mismo es importante contemplar que las pacientes las cuales contaban con tratamiento farmacológico hormonal, la calidad de vida que presentaron es predominantemente alta, lo cual hacia mejorar la sintomatología de esta etapa.

PROPUESTAS:

Las propuestas son las siguientes.

1.- Implementar programas multidisciplinarios para la mujer. Estos en forma de seminarios o terapias grupales, esto con el fin de aclarar dudas, manejo de esta etapa y así mismos tratamientos paliativos del mismo, esto para mejorar su calidad de vida.

2.- Fomentar el autocuidado de la mujer: Con el fin de empezar a preparar a la mujer de forma física y psicológica para que asuma esta nueva etapa en su vida esto durante la valoración médica, y así mismo iniciar de forma oportuna la terapia de reemplazo hormonal especializada en cada paciente, con el fin evitar complicaciones subsecuentes relacionadas con esta etapa.

3.- Promover con servicios complementarios modificaciones en el estilo de vida saludable: a través de campañas, actividades comunitarias que fomenten la dieta saludable, actividad física y control de hábitos nocivos, logrando así disminuir la demanda de consultas por padecimientos y síntomas inespecíficos los cuales traen como consecuencia ausencia laboral.

4.- Concientizar al profesional de salud sobre la educación de la paciente menopaúsica. las cuales deben de tener un enfoque principal para así promover una mejor educación de la etapa por la cual están pasando así como un tratamiento hormonal en caso de necesitarlo

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																			
ACTIVIDAD	2017										2018								
	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
Elección del tema	■																		
Planteamiento del problema	■																		
Revisión bibliográfica		■	■																
Elaboración de Protocolo		■	■	■	■	■	■	■											
Revisión del protocolo por el comité local del C.L.I.								■	■										
Aplicación de encuesta									■	■	■	■							
Recolección de datos													■	■					
Tabulación de resultados															■	■			
Análisis de datos																	■	■	
Presentación de resultados																			■

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, Norma Oficial Mexicana Nom-035-Ssa2-2002, Prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica. [Internet]. 2003. [citado 08 de Mayo del 2017] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/035ssa202.html>.
2. Contreras-García YS, González Ayamante A. Funcionamiento familiar en mujeres climatéricas sintomáticas usuarias del nivel primario de atención en Chile. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2015; [11.abril.2017] 41(4):376-387 Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Concepción, Chile. Disponible en: <http://ref.scielo.org/q8dgpp>.
3. Alvarado García A. et al. Clinical Practice Guideline. Diagnosis and treatment of postmenopausal and peri menopausia Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social. 2015;53(2):214-25 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152q.pdf>
4. Aedo S. Alliende R, Matte C, Cabrera MJ, Campodónico I. Fisiopatología del síndrome climatérico Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2013; Vol. 8 (1): 27-35 Disponible en: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/657>
5. Vargas Fandiño AJ, et al. Percepción de la menopausia y la sexualidad en mujeres adultas mayores en dos hospitales universitarios de bogotá, colombia, 2015 Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 67 No. 3 Julio-Septiembre 2016 (197-206) Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/767>
6. Carvajal L A, Flores R M, Marín M S. I y Morales V C G. Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. Perinatol Reprod Hum.

[internet]. 2016. [citado 9 de mayo del 2017] 30(1):39-45. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S018753371600011X

7. Martínez M, González-Arratia N, Van Barneveld H, Domínguez A. Satisfacción con la vida asociada al apoyo familiar en la peri menopausia y posmenopausia. *Salud Mental*, [internet] 2, marzo-abril 2012, vol. 35. 91-98, Disponible en: <http://132.247.16.20/pdf/sm3502/sm350291.pdf>

8. Roque R. Comportamiento Clínico Y Epidemiológico De La Menopausia Y Su Etapa De Transición En Mujeres De 45 A 60 Años. Hospital Alemán Nicaragüense, Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua [internet] septiembre 2016- enero 2017, Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4513/1/96679.pdf>

9. Monterrosa-Castro A, Márquez-Vega J, Arteta-Acosta C Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *IATREIA* [internet] enero-marzo 2014; [03 abril 2017]; Vol 27(1): 31-41, Un producto del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia. Categorizado B por Colciencias, 2010-2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180529791004.pdf>

10. Rivera Moya DC. Bayona Abello SY. Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina. [Internet] *CES Salud Pública*. 2014; 5: 70-76. Disponible de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4804768.pdf>

11. Hernández NJ, Valdés YM. Riesgo cardiovascular durante el climaterio y la menopausia en mujeres de Santa Cruz del Norte, Cuba *REV CHIL OBSTET GINECOL* [internet] 2014; [04 Abril 2017]; 79(1): 14 – 20 Policlínico-Hospital Alberto Fernández Valdés. Santa Cruz Del Norte, Mayabeque, Cuba. 2Hospital Dr. Luis Díaz Soto. Habana del Este, La Habana. Cuba. Disponible en: <http://ref.scielo.org/4zdxjh>

12. Sariol Corrales Y, Navarro Despaigne D, Álvarez Plasencia R, de Armas Águila Y, Domínguez Alonso E, Dopazo Alonsoll M. Etapas del climaterio y

función endotelial en mujeres de edad mediana Revista Cubana de Endocrinología [internet] 2015;26(2):138-146 disponible en: <http://ref.scielo.org/4nms7n>

13. Monterrosa-castro Á, Carriazo-julio SM, Ulloque-caamaño L. Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en posmenopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el Caribe colombiano. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología[INTERNET] Vol. 63 No. 1 Enero-Marzo 2012 (36-45) Disponible en: <http://ref.scielo.org/kvsy9c>

14. Couto Núñez D. y Nápoles Méndez D. Aspecto Sociopsicologico del Climaterio Y La Menopausia, Medisan [internet]2014;18(10): 1388. Medisan. 2014;18(10):1388–98.Disponible en: <http://ref.scielo.org/yc5tw4>

15. Salas C, Garzón M, LA NOCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y SU MEDICIÓN CES Salud Pública [internet]. 2013; vol. 4: 36-46 Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/download/2751/1984

16. Contreras García S, González Ayamante A. Funcionamiento familiar en mujeres climatéricas sintomáticas usuarias del nivel primario de atención en Chile. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia [internet] 2015; 41(4):376-387 disponible en: <http://ref.scielo.org/q8dgpp>

17. Robayna Hernández Y. Sánchez Gómez M.B. Osteoporosis en el climaterio: prevención y tratamiento, Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria [Internet] Vol. 9 - nº 1 enero-junio 2016. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/302593021>

18. Antolín Rodríguez R, Moure Fernández L, Pualto Durán MJ, Salgado Álvarez C. Calidad de vida de las mujeres durante el climaterio en el Área Sanitaria de Vigo Metas Enferm [internet] jul/ago 2015; [03 abril 2017]; 18(6): 63-68 Salud y calidad de vida disponible de: <https://medes.com/publication/101600>

19. Palacios S, et al y el Grupo Cervantes. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. [internet] Med Clin (Barc) 2004;122(6):205-11. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13058170-S300
20. Cardona A. D. Agudelo G. H. B. Construcción cultural del concepto calidad de vida. [Internet]. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 23, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 79-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023108.pdf>
21. Carranza-L.S, Efecto del peso en las escalas para determinar calidad de vida en la posmenopausia. [Internet]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(1):40-3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151f.pdf>
22. Rodríguez A. y Maure Fernández, Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica, Pualto Duran del 2015 [internet] disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023108.pdf>
23. Cruz Martínez E. A., Cruz Arguiano V, Martínez Torres J, Boo Vera D. Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. [internet], Revista de la facultad de medicina de la UNAM, vol,55 N° 4 Julio – Agosto 2012. Disponible en : <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v55n4/v55n4a3.pdf>
24. González Cárdenas LT. y cols. Factores de riesgo de baja calidad de vida en mujeres con climaterio del Municipio Plaza de la Revolución de la Habana, Cuba, [internet], Archivos en Medicina Familiar, volumen 21, (1) enero – marzo 2019 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2019/amf191b.pdf>
25. Lopera Valle J. S. y cols Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica [internet], Rev Cubana Med Gen Integr vol.32 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2016. Disponible en: <http://ref.scielo.org/mcq3p9>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER EN ETAPA DE MENOPAUSIA ADSCRITA A LA UMF NO. 13 DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS."
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas, a 18 octubre del 2017
Número de registro:	R – 2018 – 3005 - 17
Justificación y objetivo del estudio:	Este trabajo pretende conocer la calidad de vida que se presenta en la mujer menopáusica adscritas a la UMF 13, obtener esta información permitirá contar con bases para realizar un diagnóstico oportuno
Procedimientos:	Se realizará una encuesta la cual me ayudara a determinar la calidad de vida en la mujer menopáusica
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La inclusión a búsqueda intencionada de la calidad de vida en la consulta externa con enfoque a la mejoría
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Si

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara/ Dra. Alejandra Pineda Cruz

Colaboradores:

Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto _____ **ALEJANDRA PINEDA CRUZ**
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____

Testigo 1 _____ Testigo 2 _____

Nombre, dirección, relación y firma _____ Nombre, dirección, relación y firma _____

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



Instrumento de recolección de datos

Instituto Mexicano del Seguro Social
 Coordinación Delegacional de Investigación Médica
 Unidad de Medicina Familiar Número 13
 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Buenos días; el presente cuestionario lo estoy realizando con el fin de detectar la calidad de vida en la mujer en etapa de menopausia, adscrita en esta unidad esta encuesta no tiene fines de lucro y los datos recabados serán confidenciales, lo estoy realizando la calidad de vida y le solicito si está usted de acuerdo responda a las siguientes preguntas.

Datos Generales:

Tratamiento: con tratamiento () De que tipo:	Sin tratamiento ()
Edad:	
Religión: católica () cristiana () otros: _____	
Ocupación: Empleada () Desempleada () Ama de casa ()	
Escolaridad: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Bachillerato () Licenciatura ()	
Estado civil: Casada () Soltera () Viuda () Unión libre () Separada () divorciada ()	
Se conoce menopáusica: Si ()	No ()
Desde cuándo:	FUM:

Presenta usted alguna de las siguientes molestias:

Bochornos:	Si ()	No ()
Sudoraciones nocturnas:	Si ()	No ()
Alteraciones en ciclos menstruales:	Si ()	No ()
Alteraciones en el estado de ánimo:	Si ()	No ()
Insomnio:	Si ()	No ()

ESCALA DE CERVANTES:

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación. Comprobará que al lado del 0 y el 5 aparecen unas palabras que representan las dos formas opuestas de responder a la pregunta. Además, entre el 0 y el 5 figuran 4 casillas numeradas del 1 al 4. Responda a las preguntas y marque con una X la casilla que considere más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen. Es decir, si está totalmente de acuerdo marque el 5 y si está totalmente en desacuerdo marque el 0. Si no está totalmente de acuerdo o en desacuerdo utilice las casillas intermedias. No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad. Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

1. Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez	Nunca	0	1	2	3	4	5	Todos los días
2. No puedo más de lo nerviosa que estoy	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
3. Noto mucho calor de repente	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
4. Mi interés por el sexo se mantiene como siempre	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual a mas
5. No consigo dormir las horas necesarias	Nunca me ocurre	0	1	2	3	4	5	contantemente
6. Todo me aburre, incluso las cosas que antes me divertían	No es cierto	0	1	2	3	4	5	Cierto
7. Noto hormigueos en las manos y/o los pies	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Insoportable
8. Me considero feliz en mi relación de pareja	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
9. De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
10. He perdido la capacidad de relajarme	No, en Absoluto	0	1	2	3	4	5	Completamente
11. Aunque duermo no considero descansar	Nunca me ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
12. Noto como si las cosas me dieran vueltas	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
13. Mi papel como esposa o pareja es...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Muy importante
14. Creo que retengo líquido, porque estoy hinchada	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Si, mucho mas
15. Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
16. Noto que los músculos o las articulaciones me duelen	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Dolor insoportable
17. Creo que los demás estarían mejor sin mi	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Cierto
18. Me da miedo hacer esfuerzo por que se me escapa la orina	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Mucho
19. Desde que me levanto me encuentro cansada	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
20. Tengo tan buena salud como cualquier persona de mi edad	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Igual o mejor
21. Tengo la sensación de que no sirvo para nada	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
22. Tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual o mas
23. Noto que el corazón me late muy deprisa y sin control	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
24. A veces piensa que no me importaría estar muerta	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
25. Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos	En absoluto	0	1	2	3	4	5	Constantemente
26. En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
27. Siento picor en la vagina, como si estuviera demasiado seca	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
28. Me siento vacía	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
29. Noto sofocaciones	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
30. En mi vida el sexo es ...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Muy importante
31. He notado que tengo más sequedad de la piel	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Si, mucho más