

Méd. Gral. Carlos Alberto Leal Cruz

Satisfacción marital y calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio en una unidad de primer nivel de atención

2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA

**SATISFACCIÓN MARITAL Y CALIDAD DE
VIDA DE MUJERES EN ESTAPA DE
CLIMATERIO EN UNA UNIDAD DE
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para
obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. Carlos Alberto Leal Cruz

Querétaro, Qro; abril 2019



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

SATISFACCIÓN MARITAL Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

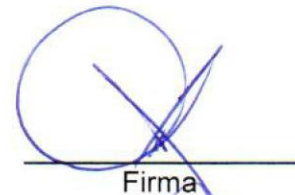
Médico General Carlos Alberto Leal Cruz

Dirigido por:

MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

SINODALES

MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Presidente



Firma

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos
Secretario



Firma

MCE. Martha Leticia Martínez Martínez
Vocal



Firma

Med. Esp. Adriana Jiménez Medina
Suplente

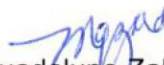


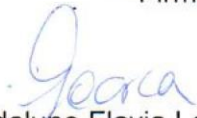
Firma

Med. Esp. Ma. Azucena Bello Sánchez
Suplente



Firma


Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea
Directora de la Facultad de Medicina


Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Abril, 2019
México

RESUMEN

Introducción. La principal preocupación de las mujeres en el período de la menopausia es el impacto negativo de la disfunción sexual en la satisfacción conyugal. Sin embargo, no sólo la comunicación, la sexualidad y la diversión que contribuyen para que una pareja tenga una vida conyugal satisfactoria **Objetivo.** Determinar la prevalencia de la satisfacción marital y la calidad de vida en mujeres en etapa de climaterio de la UMF 16, Querétaro. **Material y métodos.** Mujeres de 40 a 65 años en etapa de climaterio y menopausia, que acudieron a la Unidad de Medicina familiar número 16, (UMF 16) IMSS, Querétaro. Con una población de 173 a partir mayo de 2018 se realizó dicho estudio. La técnica muestral fue no probabilística por conveniencia. La satisfacción marital se evaluó mediante el inventario multifacético de satisfacción marital (IMSM) distribuidos en seis dimensiones: interacción conyugal, físico-sexual, organización-funcionalidad, familia, diversión, hijos. Mientras que la calidad de vida se evaluó con el cuestionario de calidad de vida específica para la menopausia, que tiene una estructura de 4 dominios: vasomotor, físico, psicosocial y sexual. El análisis estadístico incluyó promedios, desviación estándar, porcentajes, e intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** Se estudiaron a 173 pacientes de las cuales el promedio de edad de la población estudiada es 55.30 años (IC 95%; 54.24-56.36), el 53.2 % (IC 95%; 45.8-60.6) de las mujeres entrevistadas se ubicaron en la categoría “perfecta” cuando se les cuestionó sobre su calidad de vida. El 59.5 % (IC 95%; 52.2-66.8) de las mujeres están insatisfechas a nivel marital. **Conclusiones:** Existe buena calidad de vida, sin embargo, una deficiente satisfacción marital.

(**Palabras clave:** Calidad de vida, satisfacción marital, menopausia, climaterio).

SUMMARY

Introduction. The main concern of women in the period of menopause is the negative impact of sexual dysfunction on marital satisfaction. However not only the communication, sexuality and fun that contribute to a couple having a satisfactory marital life. **Objective.** To determine the prevalence of civil satisfaction and quality of life in women in the climate stage of the UMF 16, Querétaro. **Material and methods.** Women from 40 to 65 years of age in the climate and menopause stage, who attended the Family Medicine Unit number 16, (UMF 16) IMSS, Querétaro. With a population of 173 as of May 2018, this study was carried out. The sampling technique was not probabilistic for convenience, conjugal, physical-sexual satisfaction, organization-functionality, family, fun, and children. While the quality of life is evaluated with the quality of life questionnaire for menopause, which has a structure of 4 domains: vasomotor, physical, psychosocial and sexual. The statistical analysis included averages, standard deviation, percentages, and 95% confidence intervals. **Results:** We studied 173 patients from the study population 55.30 years (95% CI, 54.24-56.36), 53.2% (95% CI, 45.8-60.6) of the women interviewed were placed in the "perfect" category when questioned about their quality of life. 59.5% (95% CI, 52.2-66.8) of women are dissatisfied at the marital level. **Conclusions:** There is a good quality of life, however, a deficiency in marital satisfaction in the patients of the UMF number 16 of the Mexican Institute of Social Security delegation Querétaro.
(Keywords: Quality of life, Conjugal satisfaction, Menopause, Climacteric)

DEDICATORIAS

A Dios padre:

Por darme la oportunidad de vivir hasta este momento y estar conmigo en cada escalón de mi existir. Gracias a tu bondad sigo vivo junto con mi familia a pesar que dos veces estuve a punto de estar contigo en el cielo.

A mi esposa:

Por creer en mi, por sacrificar todo lo que tienes para verme realizado como especialista, por levantarme del suelo cuando mas lo necesité, por ser la madre de mi hijo chulo, por ser simplemente mi amiga y sobre todo mi esposa. Porque seguiremos siendo novios aunque estemos viejos.

A mi hijo:

Por cada vez que escucho tu voz, saco fuerzas de nose donde para seguir adelante, eres mi fuente de inspiración.

A mi madre:

Por darme la vida, porque por ti, soy lo que soy, por enseñarme los valores necesarios para ser un hombre de bien.

A mi padre:

Por ser mi héroe simplemente, ¿algo más?, y eso, no se compra con nada del mundo.

A mi hermana:

Porque de no ser por ti, la bondad y humildad con la que dirijo a mis pacientes no sería la misma, tú me enseñaste que el éxito no se mide con el dinero que ganas si no con el reconocimiento del necesitado a través del emprendimiento y la empatía. Te amo.

A mi hermano:

Por ser mi compañero de vida, mi amigo, mi confidente, porque a pesar de las adversidades seguimos estando juntos y terminaremos juntos la especialidad, por darme una sobrina hermosa que se parece a mí.

AGRADECIMIENTOS

A Dios gracias por darme la oportunidad de seguir viviendo en este mundo y disfrutar de mi familia, de mis amigos, de mi carrera como médico familiar.

A mi asesora la MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez, quien me brindó todo su apoyo para que fuera realidad este proyecto.

A mis pacientes que aceptaron participar en este bonito proyecto.

A mis profesores de todas las asignaturas, quienes compartieron todo su conocimiento de manera incondicional y con la confianza que lo reproduciré a mi vida profesional

A mi profesor titular el Dr. Manuel Enrique Herrera Ávalos por darme los consejos necesarios y pertinentes para aplicarlos en mi vida.

A mis amigos Tania, Almita, Goreti, Poncho, Ryan, Nelson, Aldo, por brindarme su amistad de manera incondicional, créanme que soy otra persona después de haberlos conocido, gracias por estar conmigo en las buenas, en las malas y las no tan buenas.

A mis cuatro abuelos que están en el cielo con papá Dios, cuidándome en todo momento, gracias por todos sus consejos de vida.

A muchos amigos y familiares que confiaron en mi para terminar este proyecto, y que sería una lista interminable, a cada de uno de ellos gracias, no les voy a fallar.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v-vi
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCION	1
II. REVISION DE LITERATURA	4
II.1 Climaterio y Menopausia	4
II.1.1 Definición	4
II.1.2 Epidemiología	5
II.1.3 Signos y Síntomas	5
II.1.3.1 Síntomas vasomotores	5
II.1.3.2 Síntomas cardiovasculares	7
II.1.3.3 Síntomas osteomusculares	7
II.1.3.4 Síntomas neuropsiquiaticos	7
II.1.3.5 Modificaciones de la piel	8
II.2 Diagnóstico	8
II.3 Tratamiento	9
II.3.1. Farmacológico	9
II.3.1.2. Tratamiento hormonal sustitutivo	10
II.3.1.3 Tratamiento Farmacológico no hormonal	11
II.3.2. No farmacológico	11
II.4 Satisfacción Marital	12
II.4.1 Satisfacción y Menopausia	14
II.4.2. Inventario Multifacético de Satisfacción marital	14

II.4.2.1 Validez y confiabilidad	15
II.5 Calidad de vida	16
II.5.1 Cuestionario específico de calidad de vida	17
II.5.2 Relación entre calidad de vida y climaterio	18
III. METODOLOGIA	20
III.1 Diseño de la investigación	20
III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	21
III.3 Estrategia de recolección de datos	21
III.4 Consideraciones éticas	22
III.5 Análisis estadísticos	22
IV. RESULTADOS	23
Presentación de cuadros	24
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	37
VII. PROPUESTAS	38
VIII. LITERATURA CITADA	39
IX. ANEXOS	41

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
IV.1 Características sociodemográficas	24
1.1 Grado escolar	24
1.2 Ocupación	25
1.3 Personas que viven en la misma casa	26
1.4 Religión	27
IV. 2 Calidad de vida	28
2.1 Calidad de vida	28
IV. 3 Signos y síntomas vasomotores	30
3.1 Signos y síntomas vasomotores	30
IV. 4 Satisfacción marital	31
4.1 Satisfacción marital	31
4.2 Satisfacción marital por categorías	32
4.3 Satisfacción marital: relación por categoría y dimensión	33

I. INTRODUCCIÓN

Una de las principales preocupaciones de las mujeres en el período de la menopausia es el impacto negativo de la disfunción sexual en la satisfacción conyugal. Se ha demostrado que un indeterminado número de mujeres en la menopausia han creído que la disminución de su actividad sexual es responsable de los conflictos e insatisfacción conyugal. (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007, consultado noviembre 2018).

La satisfacción marital es un conjunto de aspectos que involucran no sólo la comunicación, la sexualidad y la diversión que contribuyen para que una pareja tenga una vida conyugal satisfactoria, además también se hace referencia a todo lo relacionado con la participación en las labores del hogar, el manejo, distribución y contribución en los gastos familiares, toma de decisiones y la crianza de los hijos (Borboa y Parra 2015).

Los factores que intervienen en la satisfacción marital son diversos; Hernández, Alberti, Núñez y Samaniego (2015), mencionan que al formarse las parejas se presentan diferentes expectativas de género acerca de sus relaciones, dependiendo de la edad de los cónyuges, del tiempo de casados, de la existencia o no de hijos y el tipo de comunicación que ambos practican.

La experiencia del climaterio es distinta en cada mujer, así como la relación con el cónyuge (Lugones M, Quintana T y Cruz Y. 2014). No todos los sentimientos vinculados con esta etapa son negativos, pues hay mujeres que expresan un completo bienestar relacionado con expectativas personales, socio laborales y familiares cumplidas; así mismo, la satisfacción marital y el buen tratamiento durante el climaterio, aumentan la calidad de vida de la mujer en esta etapa.

Para que se puedan conocer con qué redes de apoyo cuenta la mujer en esta etapa, es necesario evaluar la satisfacción marital y calidad de vida porque

se encuentran asociadas a problemas biopsicosociales (Navarro D y Fontaine, 2014).

I.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de satisfacción marital y calidad de vida en mujeres en etapa de climaterio de la Unidad de Medicina Familiar no. 16 IMSS Querétaro.

I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de la calidad de vida en mujeres en etapa del climaterio.
- Identificar los diferentes síntomas presentes en las pacientes en etapa de climaterio.
- Conocer el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento de reemplazo hormonal.
- Establecer la edad de mayor prevalencia en la que se presentó la menopausia.

I.2.1 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

HA: Más del 80% de los de las mujeres en etapa de climaterio de la Unidad de Medicina Familiar No. 16, IMSS, Querétaro, no tiene satisfacción marital.

HN: El 80% o menos de los de las mujeres en etapa de climaterio de la Unidad de Medicina Familiar No. 16, IMSS, Querétaro, no tiene satisfacción marital.

HA: Más del 80% de los de las mujeres en etapa de climaterio de la Unidad de Medicina Familiar No. 16, IMSS, Querétaro, no tiene calidad de vida.

HN: El 80% o menos de los de las mujeres en etapa de climaterio de la Unidad de Medicina Familiar No. 16, IMSS, Querétaro, no tiene calidad de vida.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II.1 Climaterio y Menopausia

II.1.1 DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2016), define a la menopausia natural o fisiológica como el “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas”.

Desde el punto de vista fisiológico se puede definir a la menopausia como el último periodo menstrual, que marca el cese de la función normal y cíclica del ovario. Se le determina cuando se observa el cese de las menstruaciones por un espacio mayor de un año, consecuencia de la pérdida de la función ovárica. Se correlaciona con la disminución de la secreción de estrógenos, por pérdida de la función folicular. (Torres 2018)

El momento de su presentación está determinado genéticamente y ocurre, en promedio, entre los 45 y 55 años; no se relaciona con la raza ni el estado de nutrición; sin embargo, ocurre antes en la mujer nulípara, fumadora, que habita en la altura y en aquellas que han sido sometidas a histerectomía. (López A, González R, 2017).

La palabra climaterio proviene del griego **climater**, que significa peldaños o escalones, lo que hace referencia a un periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva y se manifiesta 1 año antes aproximadamente, cuando inician cambios hormonales y síntomas, hasta 1 más después de la menopausia. (Torres 2018)

También se puede definir como síndrome climatérico al conjunto de signos y síntomas que aparecen en la perimenopausia (Torres 2018)

Desde un enfoque fisiológico se puede definir como climaterio (perimenopausia, transición menopáusica) a la etapa de transición que ocurre

entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica. Se caracteriza por una deficiencia de estrógenos. Esta etapa incluye el periodo cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia y como mínimo hasta el primer año que sigue a la menopausia (Salvador 2008).

II.1.2 EPIDEMIOLOGIA

Las mujeres mayores de 45 años que presentan o presentarán algún grado de déficit estrogénico en corto plazo comprenden un gran grupo poblacional. Según el censo nacional del año 2005, la población nacional fue de 27 millones de habitantes, las mujeres mayores de 45 años representaron más de 2 700 000 (Salvador 2008).

Por tal motivo, es necesario comprender los cambios en esta etapa de la vida de la mujer, de manera de propiciar las mejores estrategias de prevención y tratamiento de las manifestaciones clínicas para este grupo de personas. (Salvador 2008).

En los EE UU más de 30% de la población femenina es posmenopáusica; con el tiempo, este porcentaje deberá incrementarse. En Europa, se estima que 12,3% de habitantes tiene más de 64 años. (Salvador 2008).

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. (Salvador 2008).

En México, la menopausia se presenta en una edad promedio de 47.6 años con un rango entre 41 a 55 años. En el estudio multicéntrico de la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio (REDLINC). (Salvador 2008).

II.1.3 SIGNOS Y SINTOMAS

II.1.3.1 Síntomas vasomotores.

Son los síntomas más clásicos de la deficiencia de estrógenos; 70 a 80% de las pacientes en el climaterio sufren de bochornos; en cuanto al comportamiento pueden hacerse muchos más intensos cerca de la menopausia, lo cual coincide cuando los niveles de estrógenos decrecen rápidamente (Pérez 2011).

Se les describe como periodos transitorios y recurrentes de enrojecimiento facial, que pueden extenderse al cuello, a los hombros y a la parte superior del tórax, asociados a sudoración y sensación de calor (que puede ser con elevación de temperatura de 1 a 2 grados), que en muchas ocasiones se acompañan de palpitations y sensación de ansiedad. Ocurre en promedio de 5 a 10 episodios por día. Después de la menopausia quirúrgica, los episodios suelen ser más frecuentes e intensos. (Torres 2018)

II.1.5 Síntomas genitourinarios.

Estadísticamente más de 50% de las mujeres durante el climaterio tiene alteraciones menstruales (polimenorrea, hipomenorrea, hipermenorrea, oligomenorrea). Una de las manifestaciones más importantes es el sangrado posmenopáusico, en el cual siempre debe descartarse patología endometrial, ante el alto riesgo de presentación de cáncer de endometrio. (Salvador 2008).

La vejiga y la vagina son órganos muy sensibles a los estrógenos; su deficiencia produce atrofia en ambos tejidos. En la vagina, se manifiesta con adelgazamiento, sequedad, prurito, dolor y dispareunia; en la vejiga y uretra, se manifiesta por disuria, poliaquiuria, urgencia urinaria, nicturia y algunas veces incontinencia urinaria; todos estos cambios predisponen a infecciones urinarias. (Pérez 2011).

La atrofia vaginal se presenta hasta un 33% de las pacientes en las cuales se presentan síntomas a los cinco años de iniciada la menopausia. (Pérez 2011).

Otra de las condiciones que se presenta es la pérdida de elasticidad de los tejidos del piso pélvico se traduce en distopia genital (histerocele, cistocele, enterocele, rectocele). (Salvador 2008).

II.1.3.2 Síntomas Cardiovasculares

Uno de los factores de riesgos cardiovasculares más reconocidos después de la menopausia es el hipoestrogenismo. Aunque la hipoestrogenemia es al parecer un factor de primer orden que contribuye a la enfermedad cardiovascular en la mujer, otros riesgos modificables, como la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, el hipercolesterolemia, el sedentarismo, pueden tener la misma importancia. (Salvador 2008).

Al caer los estrógenos, se eleva el colesterol de densidad baja (LDL) y disminuye el colesterol de densidad alta (HDL); esto favorece la formación de las placas de ateroma y la progresión de la aterosclerosis coronaria; con ello, las enfermedades cardiovasculares se incrementan en forma sustancial. (Pérez 2011).

II.1.3.3 Síntomas osteomusculares.

Es conocida la asociación entre el climaterio, la menopausia con la aparición de síntomas osteomusculares, como dolor, cansancio y agotamiento muscular. Presentándose un comportamiento en el metabolismo óseo siendo que antes de la menopausia la tasa de pérdida del tejido óseo total por año es menor al 1%; sin embargo, después de ella, esta tasa se incrementa hasta 5% por año. Este cambio está intrínsecamente relacionado a la deficiencia de estrógenos. Teniendo en cuenta que la osteoporosis es de causa multifactorial, la falta de estrógenos es un condicionante muy importante. (Salvador 2008).

II.1.3.4 Síntomas neuropsiquiátricos.

Se ha planteado que las hormonas producidas por el ovario, como los estrógenos, la progesterona y la testosterona, tienen influencia en el cerebro, activando procesos complejos a través de los neurotransmisores. (Pérez 2018).

Si bien estos procesos no están completamente clarificados, se plantea que la deficiencia de estrógenos va a alterar los niveles de catecolaminas (dopamina y norepinefrina), acetilcolina y monoamino oxidasa, a nivel del sistema nervioso central, y con ello condicionar las alteraciones del humor, del estado de ánimo, la memoria, así como de la libido en la mujer. (Pérez 2018).

Pero hay que tener en cuenta que intervienen mucho otros factores, como los culturales, sociales, ambientales y psicológicos, que van a hacer que todas las manifestaciones del climaterio y la menopausia se vuelvan complejas y variadas. (Salvador 2008)

II.1.3.5 Modificaciones en la piel.

Al disminuir las fibras colágenas y elásticas en la piel, esta se vuelve fina y frágil, perdiendo elasticidad y firmeza; la epidermis se adelgaza, aumenta la pérdida de agua y disminuye el número de vasos sanguíneos; todo esto se traduce en arrugas. Se puede presentar pérdida de cabello, del vello axilar y pubiano. Sin embargo, debido al predominio relativo de andrógenos, estos pueden ser reemplazados por pelos más gruesos. (Salvador 2008).

II.2 DIAGNOSTICO

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 ($FSH > 40$ UI/L). (Torres 2018)

Es importante esquematizar los cambios hormonales en función del tiempo, por lo tanto tenemos que en los últimos cinco años (premenopausia

temprana) cae también la producción de inhibina B, con FSH >10 mUI/mL, y estradiol alto paradójicamente; entonces, las mujeres acusan polimenorreas.

En la peri-menopausia inicial (dos años previos a la menopausia), además, bajan la inhibina A y estrógenos, FSH entre 10 y 30 mUI/mL, y presencia clínica de oligomenorreas. En la peri-menopausia avanzada (año previo) los estrógenos continúan bajando y la FSH continúa subiendo, con ciclos menstruales mayores de tres meses. Finalmente, en la peri-menopausia avanzada (año siguiente) hay marcado hipoestrogenemia, FSH > 40 mUI/mL, amenorrea mayor de un año y, en definitiva, menopausia. (Pérez 2011).

En cuanto a la definición de climaterio tenemos como base a la deficiencia de estrógenos que caracteriza al climaterio y la menopausia es el principal responsable de los signos y síntomas inmediatos y tardíos. (Torres 2018).

La identificación de los componentes del síndrome climatérico, tanto genitales como extragenitales, puede resultar compleja, especialmente en su fase inicial (40 a 45 años), durante la cual sus manifestaciones pueden permanecer latentes o ser muy sintomáticas o en muchos casos ser muy difícil de diferenciarlos del componente ansioso depresivo que suele acompañar a este grupo de personas. (Salvador 2008).

El 84% de las mujeres tiene al menos uno de los síntomas clásicos durante el climaterio o posteriormente; el 45% considera que los síntomas son importantes 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. (Salvador 2008).

II.3 TRATAMIENTO

II.3.1 Farmacológico

La terapia farmacológica se iniciará si la paciente refiere síntomas. La principal indicación terapéutica son los síntomas vasomotores (bochornos), con la finalidad de mejorar la calidad de vida. (Pérez 2011).

El tratamiento debe ser individualizado para las condiciones de cada paciente. Se podrá ofrecer tratamiento hormonal sustitutivo y no hormonal. (Pérez 2011).

II.3.1.2 Tratamiento hormonal sustitutivo

El tratamiento hormonal sustitutivo se deberá iniciar cuando se considere la mejor opción terapéutica para los síntomas dentro de los primeros 10 años de la menopausia o mujeres menores de 60 años que no tengan contraindicaciones.

No se aconseja que se utilicen por un periodo prolongado. Existe mayor riesgo de usar THS en mayores de 60 años, aunque la mayoría de las mujeres que reportan más síntomas tienen en promedio 40 a 50 años. También se ha visto que existe bajo riesgo de presentar efectos adversos en menopáusicas tempranas con uso de terapia hormonal por 5 años. (Pérez 2011)

El mecanismo de acción de los estrógenos y progestágenos es la unión a receptores intracelulares, con efecto en la transcripción o represión génica. En el caso de la menopausia disminuyen los síntomas menopáusicos como bochornos y resequedad vaginal. Las vías de administración de estrógenos disponibles son oral, transdérmica, tópica (gel, cremas o tabletas) y se deberá ajustar a las necesidades de la paciente. (Pérez 2011)

Se ha comprobado que todas las vías de administración son efectivas y se deberá elegir de acuerdo con la sintomatología a tratar; por ejemplo, para síntomas genitourinarios se prefiere el uso tópico por sus buenos resultados, a diferencia del alivio de los bochornos, en los que se deberá optar por un tratamiento sistémico. A menor dosis empleada, disminuyen los efectos adversos como sangrado vaginal, y hay un menor riesgo de tromboembolia venosa. (Torres 2018).

La terapia combinada de estrógenos y progestágenos se debe prescribir a pacientes con útero intacto, para disminuir el riesgo de hiperplasia endometrial con alto riesgo de enfermedad cardiovascular y trombosis venosa. (Alvarado 2015)

Las contraindicaciones para iniciar terapia hormonal son cáncer de mama, condiciones malignas dependientes de estrógenos, cardiopatía isquémica, sangrado uterino anormal de causa desconocida, hiperplasia endometrial no tratada, tromboembolismo venoso idiopático o previo, enfermedad tromboembólica arterial, hipertensión arterial no controlada, enfermedad hepática aguda e hipersensibilidad a algunos de los compuestos. (Alvarado 2015).

II.3.1.3 Tratamiento farmacológico no hormonal

Los inhibidores de la recaptura de serotonina (IRS) como la paroxetina, venlafaxina y fluoxetina han demostrado en estudios aleatorizados doble ciego y controlados con placebo, ser eficaces al reducir la intensidad y frecuencia con la que se presentan los bochornos. Además, los IRS mejoran la sintomatología relacionada con eventos depresivos y labilidad emocional. La gabapentina es un agonista del ácido γ aminobutírico, y ha sido comprobada su eficacia en la disminución de la intensidad de los bochornos, en comparación a pacientes tratadas con placebo. (Torres 2018)

II.3.2 Tratamiento no farmacológico

Consiste en un cambio en el estilo de vida, por lo que se deberá hacer énfasis en:

1. Dieta terapia.
 - a) Disminuir el consumo de grasas saturadas.
 - b) Evitar el consumo de azúcares refinados.
 - c) Aumentar la ingesta de fibra y agua.

- d) Consumir una adecuada cantidad de calcio y vitamina D.
- 2. Control del peso e índice de masa corporal (IMC).
- 3. Hacer ejercicio.
 - a) Aéreo, por lo menos 30 minutos, 3 veces a la semana.
- 4. Evitar el alcohol y las bebidas que contengan cafeína.
- 5. No fumar.
- 6. Fitoestrógenos.

II.4 SATISFACCION MARITAL

Según se ha descrito por diversos autores, se pueden observar tres modelos de acercamiento al concepto de satisfacción marital, estos son los modelos: unidimensional, bidimensional y multidimensional. (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007).

El modelo unidimensional, parte de la consideración de una dimensión valorativa: placer-displacer. Bajo este modelo han trabajado autores como Locke y Wallace (1959), quienes señalan que la satisfacción es producto de un balance entre aspectos positivos y negativos del matrimonio. (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007).

Por su parte, el modelo bidimensional plantea que la felicidad en la vida marital no es unidimensional, sino que es un estado complejo resultante de dos dimensiones independientes: satisfacciones e insatisfacciones; por lo que la felicidad sería el resultado del balance entre ambas dimensiones. Y finalmente, el modelo multidimensional, define la satisfacción como una actitud multidimensional hacia el cónyuge y la relación marital, donde existen aspectos como: interacción, expresión de afectos, aspectos de organización y estructura diádicos. (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007).

Así a partir de dichos modelos, se comienzan a esgrimir diversas definiciones de satisfacción marital. Diferentes autores, la definen como la evaluación global y subjetiva que un individuo hace de su cónyuge y su relación, por lo que se encuentra sujeta a las percepciones personales de cada miembro de la diada (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007).

Por su parte Burr (2015), la define como la evaluación de aspectos específicos de la vida matrimonial. Mientras que Boland y Follingstad (2017), señalan que la satisfacción marital es una descripción general de actitudes, sentimientos y auto reportes del matrimonio que se enmarcan en polaridades dicotómicas como felicidad Vs. infelicidad, satisfacción Vs. insatisfacción.

Así se puede observar que la satisfacción marital como concepto, es una entidad multidimensional que incluye en la pareja aspectos personales como ajuste y felicidad, además de niveles interpersonales como: consenso y cohesión. (Boland y Follingstad, 2017).

Al hablar de satisfacción marital, se debe tener en cuenta que ésta es una característica propia de cada individuo. Por esta razón, en un matrimonio puede existir un miembro satisfecho con su relación y otro no. Diferentes estudios indican que aunque existe una tendencia a que los esposos felices tengan esposas felices, satisfechas, etc. y viceversa, también existen mezclas de ambos casos. Pero aun cuando, la satisfacción marital es considerada una variable individual existen ciertos factores y características que la describen como responsabilidad de dos. Esto debido a que se desarrolla cuando existe un proyecto de vida en común que brinda a los cónyuges armonía, placer y descanso (Rojas, 2007).

Existen muchos factores que inciden sobre la satisfacción marital, entre ellos se puede mencionar el afecto, el cual es una variable subjetiva que ayuda a comprender mejor la experiencia matrimonial. En general, entre más satisfechas estén las personas en cuanto al amor, el afecto, la amistad, el interés, la satisfacción sexual y la complacencia positiva de las necesidades personales y

comunicacionales, más satisfechas se sentirán con su relación (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007).

Otras investigaciones precisan, que la satisfacción/insatisfacción marital repercute directamente en esferas de la vida como: salud, integración social y psicológica de los hijos, trabajo, entre otras, ya que asumen que si uno de los miembros de la diada se siente insatisfecho consigo mismo o con su relación será imposible que desarrolle un sentimiento de bienestar, felicidad y satisfacción con respecto a la vida (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007).

II.4.1 SATISFACCION MARITAL Y MENOPAUSIA

Una de las principales preocupaciones de las mujeres en el período de la menopausia es el impacto negativo de la disfunción sexual en la satisfacción conyugal. Un estudio cualitativo demostró que varias mujeres en la menopausia creían que la disminución de su actividad sexual era responsable de los conflictos e insatisfacción conyugal. (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007, consultado noviembre 2018).

Una de las variables más estudiadas es el componente del esposo, debido a que las mujeres presentan miedo a ser abandonadas por otra mujer más joven debido a que secundario a la menopausia la mujer pierde la capacidad de reproducción lo que la supone menos atractiva. (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007, consultado noviembre 2018).

II.4.2. Inventario Multifacético de satisfacción marital

El inventario multifacético de satisfacción marital (IMSM) (Cortés, Reyes, Díaz, Rivera-Aragón y Monjaraz, 2014) contiene 48 reactivos, con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de 1 (me disgusta mucho) a 5 (me gusta mucho) distribuidos en seis factores: interacción conyugal, físico-sexual, organización-funcionalidad, familia, diversión, hijos. Tiene un alpha de 0.85.

II.4.2.1 Validez y confiabilidad.

Autor(es): Sofía Rivera Aragón

Año de la publicación: 2000

Versión original: Basado en Cañetas, Rivera y Díaz Loving (2000)

Propósito de la escala: Mide la evaluación que hacen los cónyuges de los aspectos de su vida matrimonial.

Reactivos y opciones de respuesta: Escala satisfacción/gusto: 48 afirmaciones
De Nunca (1) a Siempre (5)
Escala satisfacción/frecuencia: 25 afirmaciones
De Me disgusta mucho (1) a Me gusta mucho (5)

Índices psicométricos de validez y confiabilidad: Para la escala satisfacción/actitudes se obtuvieron cinco factores que explicaron 55.9% de la varianza; para la escala satisfacción/gusto, cuatro que explicaron 56.6%, y para la escala satisfacción/frecuencia, cuatro que explicaron 71.1%.
Los índices de confiabilidad obtenidos para las subescalas fueron desde $\alpha = 0.70$ hasta 0.94.

Ejemplo de reactivos:

- Me gusta cómo se arregla mi pareja
- Siento que tenemos buena comunicación
- A mi pareja le desagrada mis logros
- La frecuencia con la que mi pareja me demuestra su apoyo

- La forma en la que mi pareja me expresa su interés en que tengamos relaciones sexuales

II.5 CALIDAD DE VIDA

De manera general, calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios. (Fernández -López 2010)

Más recientemente el constructo calidad de vida se ha asimilado al de bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo (Fernández -López 2010)

La utilización del concepto de Calidad de Vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. (Shin 2012)

Su uso se extendió a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en calidad de vida recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes, dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la calidad de vida individual. (Shin, 2012).

Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la calidad de vida de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza. (Shin 2012).

El hecho que desde sus inicios haya estado vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, ha posibilitado

que, a la fecha, aún muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta. (Urzúa 2012).

Muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, auto reporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar calidad de vida, agregando además que muchos autores no definen lo que para ellos significa calidad de vida, introduciendo confusión acerca de lo que intentan referir. (Urzúa 2012).

II.5.1 Cuestionario específico de calidad de vida.

Para valorar la CV en el climaterio y menopausia se deben considerar los fenómenos que ocurren tanto en el área física como en las áreas psicológica, sexual, social y familiar de la mujer. Tradicionalmente, la evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene sobre la mujer se ha hecho a partir de escalas clínicas; las cuales han pretendido proporcionar una cuantificación numérica que pueda ser usada para la evaluación de la eficacia de las intervenciones médicas (Lugo, García, 2016).

Según Zollner Y (2015), mencionaron que el cuestionario específico de calidad de vida, conocida por sus siglas en inglés MENQOL (menopause quality of life), en el que se identifica 29 síntomas agrupados en 4 dominios: vasomotor, psicosocial, físico y sexual. Se explora la intensidad del síntoma percibido colocando una puntuación entre 0 cuando no hay molestias, y 6, si es que le molesta mucho. Este es un instrumento especialmente concebido para valorar calidad de vida en el climaterio, desde la perspectiva propia de las mujeres. No es lo mismo evaluar calidad de una paciente coronaria que presenta angina o disnea, y que su temor es la muerte súbita, que evaluar a una mujer climatérica que presenta trastornos del ánimo y tiene una percepción negativa de la vida. Por tanto, son necesarios instrumentos específicos para evaluar el impacto climatérico en la calidad de vida de la mujer.

II.5.2 RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CLIMATERIO

El entorno familiar influye en forma importante, ya que esta etapa coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con la pareja, los hijos y con los padres, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia en etapas previas al climaterio. (Shin 2012)

El climaterio y la menopausia no se deben considerar como una crisis, sino como una etapa normal en la mujer, tratando de buscar una mejoría al estilo y calidad de vida que implica valerse por sí misma en lo físico, intelectual y económico; es decir, que no se sienta desplazada ya que es un ser pleno y productivo. La calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción de la persona con su aspecto físico, emocional, vida familiar, amorosa y social. La calidad de vida relacionada al climaterio es un concepto multidimensional que se basa en la percepción subjetiva de la paciente. (Shin 2012)

El incremento del período de vida en la tercera edad está acompañado de una pérdida en la calidad de vida, debido al desarrollo de deficiencias y enfermedades crónicas, algunas de las cuales se encuentran asociadas con los cambios hormonales y por consecuencia al climaterio.(Mirhaghjou 2016)

Se han aplicado varias herramientas validadas para determinar la influencia del climaterio sobre la calidad de vida, entre ellas, el cuestionario de calidad de vida específica de la menopausia (MENQOL), que se basa en la propia perspectiva de las mujeres. Esta herramienta ha sido validada en una población climática chilena y se utilizó para determinar que la menopausia causa un deterioro de la calidad de vida. Sin embargo, el estudio de la calidad de vida en la posmenopausia se ha convertido en un componente esencial en las prácticas clínicas. (Abedzadeh 2011)

La mayoría de los estudios que evalúan la calidad de vida asociada con los síntomas de la menopausia se han centrado en el impacto de los tratamientos

como la terapia hormonal. Sólo unos pocos estudios han abordado la contribución de factores sociodemográficos de la asociación entre los síntomas de la menopausia y la calidad de vida. (Abedzadeh 2013)

Además, la mayoría de los estudios se realizaron en países desarrollados con diferentes realidades socioculturales, que pueden influir no solo en la percepción de la calidad de vida sino también en la experiencia de los síntomas de la menopausia, porque la experiencia de la menopausia difiere extraordinariamente entre los diferentes grupos étnicos. Existe muy poca información sobre la calidad de vida de las mujeres menopáusicas en los países en desarrollo por lo que es fundamental la búsqueda de el sin fin de variables que orbitan ante tan importante proceso biopsicosocial. (Abedzadeh, 2013)

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio transversal descriptivo, en mujeres climatéricas, de la UMF No.16, IMSS, Querétaro.

El tamaño de la muestra correspondió 173 mujeres, calculada con la fórmula para una población infinita.

Tamaño de la muestra=

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p \cdot q}{d^2}$$

Donde:

Z_{α} = Nivel de confianza con el cual se trabaja (1.64)

P= Proporción (prevalencia) establecida en la hipótesis (0.80)

q= Corresponde a la no ocurrencia del evento 1-p (0.20)

d= Margen de error (0.05)

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{(1.64)^2(0.80)(0.20)}{(0.025)^2} = \frac{0.6724}{0.0025} = 173$$

Tamaño de la muestra= 173.

Muestreo no probabilístico por conveniencia, previo consentimiento informado se estudiaron las variables: síntomas de climaterio de 40 a 59 años (intervalo de edad correspondiente a presentación del síndrome climatérico y menopausia).

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición

Se registraron edad, ocupación, estado civil, bochornos, clasificación, tiempo de evolución, calidad de vida, satisfacción marital.

El cuestionario de calidad de vida específica para la menopausia con un alpha de cronbach de 0.85 (MENQOL), tiene una estructura de 4 dominios: vasomotor, físico, psicosocial y sexual, se saca el puntaje de cada área o dominio en particular también colocar los criterios de inclusión.

Posteriormente se aplicó el instrumento Inventario multifacético de satisfacción marital (IMSM) (Cortés, Reyes, Díaz-Loving, Rivera-Aragón & Monjaraz, 1994) contiene 48 reactivos, con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de 1 (me disgusta mucho) a 5 (me gusta mucho) distribuidos en seis factores: interacción conyugal, físico-sexual, organización-funcionalidad, familia, diversión, hijos.

III. 3 Estrategia de recolección de datos

La técnica muestral fue no probabilística por conveniencia, empleando como marco muestral la relación de pacientes del sistema de información de medicina familiar (SIMF) y que acudieron a solicitar servicio a la unidad médica.

Se les solicitó que contestaran los instrumentos mencionados previo consentimiento informado.

Se aplicó en los dos turnos en los que tiene establecido la unidad de medicina familiar.

III. 4 Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a la reglamentación ética vigente al someterse a un Comité de Investigación Local en Salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Para este protocolo se consideró la declaración de Helsinki y las recomendaciones para la investigación biomédica en seres humanos, la cual se adaptó en la 18ª Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki en 1964, revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial en 1975 en Tokio y su última actualización en el 2013. Se respeta el artículo 11 “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. Así como el artículo 23 que refiere “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Se dio a firmar la carta de consentimiento informado previa explicación de la investigación y objetivos a cumplir respecto a los instrumentos aplicados. Se les explicó a las participantes el derecho de no concluir con el estudio en el momento que lo decidieran y que esto no afectaría la atención médica dentro del instituto.

III.5 Análisis estadístico

Se realizó mediante estadística descriptiva para la población general con promedios, desviación estándar y frecuencias absolutas y relativas.

Los resultados fueron incluidos en una base de datos y su análisis se determinó con el paquete estadístico SPSS versión 21.

Los resultados se plasmaron en cuadros.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron a 173 pacientes de las cuales el promedio de edad de la población estudiada de 55.30 años (IC 95%; 54.24-56.36), el grado de escolaridad que más destaca en el grupo es la de secundaria con 31.8% (IC 95%; 24.9-38.7.), trabaja en el hogar el 59.5.8% (IC 95%; 52.2-66.8), los hijos viven con la familia en el 89.6.2% (IC 95%; 85.1-94.1). Cuadro IV.1.1

La religión que predominó en el grupo fue la católica con 96% (IC 95%; 93.1-98.9). Cuadro IV.1.5

El 53.2% (IC 95%; 45.8-60.6) de las mujeres entrevistadas se ubicaron en la categoría “perfecta” cuando se les cuestionó sobre su calidad de vida. Cuadro IV.2.1

Dentro de los síntomas vasomotores que más manifiestan las pacientes entrevistadas son: Sequedad de la piel 96% (IC 95%; 93.1-98.9), Bochornos 95.4% (IC 95%; 92.3-98.5), Sequedad vaginal 93.6% (IC 95%; 90.0-97.2), dispareunia 93.1% (IC 95%, 89.3-96.6), cambios en el deseo sexual 91.9% (IC 95%; 87.8-96.0), Evita las relaciones sexuales 83.2 % (IC 95%; 77.6-88.8). Cuadro IV.3.1

El 59.5 % (IC 95%; 52.2-66.8) de las mujeres están insatisfechas a nivel marital. Cuadro IV.4.1

El 83.2 % (IC 95%; 76.6-89.8) de las mujeres entrevistadas para se ubicaron en la categoría “ni me gusta, ni me disgusta” cuando se les cuestionó sobre la satisfacción marital. Cuadro IV.4.2

En la categoría “me gusta” el porcentaje más alto es de 38.4 % y corresponde a la dimensión hijos, en el resto de las dimensiones el porcentaje en esta categoría es menor. La categoría que predominó en todas las dimensiones es “ni me gusta ni me disgusta”. Cuadro IV.4.3

IV.1 Características sociodemográficas

Cuadro IV.1.1 Grado escolar

Grado escolar	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95% n=173	
			Inferior	Superior
Primaria	45	26.0	19.5	32.5
Secundaria	55	31.8	24.9	38.7
Preparatoria	22	12.7	7.7	17.7
Carrera técnica	5	2.9	0.4	5.4
Licenciatura	41	23.7	17.4	30.0
Posgrado	5	2.9	0.4	5.4
Total	173	100		

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de las pacientes participantes de la estrategia en la UMF 16, IMSS, Querétaro. Mayo 2018.

Cuadro IV.1.3 Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Ama de casa	103	59.5	52.2	66.8
Obrera	5	2.9	0.4	5.4
Empleada	45	26.0	19.5	32.5
Desempleada	16	9.2	4.9	13.5
Pensionada o jubilada	4	2.3	0.1	4.5
Total	173	100.0		

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de las pacientes participantes de la estrategia en la UMF 16, IMSS, Querétaro. Mayo 2018.

Cuadro IV.1.4 Personas que viven en la misma casa

n=173

Personas que viven en la misma casa	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Padre	5	2.9	13.0	29.0
Madre	13	7.5	1.0	5.0
Hijos	155	89.6	85.1	94.1
Total	173	100		

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de las pacientes participantes de la estrategia en la UMF 16, IMSS, Querétaro. Mayo 2018.

Cuadro IV.1.5 Religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95% n=173	
			Inferior	Superior
Católica	166	96	93.1	98.9
Evangelista	6	3.5	1.0	5.0
Protestante	1	0.5	0.6	1.6
Total	173	100		

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de las pacientes participantes de la estrategia en la UMF 16, IMSS, Querétaro. Mayo 2018.

IV. 2 Calidad de vida

Cuadro IV.2.1

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95% n=173	
			Inferior	Superior
Perfecta	92	53.2	45.8	60.6
Sustancial	42	24.3	17.9	30.7
Suficiente	18	10.4	5.9	14.9
Deficiente	18	10.4	5.9	14.9
Pobre	3	1.7	0.2	3.6
Total	173	100		

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de las pacientes participantes de la estrategia en la UMF 16, IMSS, Querétaro. Mayo 2018.

IV. 3 Signos y síntomas vasomotores.

Cuadro IV.3.1

Signos y síntomas vasomotores	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Bochornos	165	95.4	92.3	98.5
Transpiraciones Nocturnas	151	87.3	82.3	92.3
Transpiración más de lo normal	155	89.6	85.1	94.1
Contenta vida personal	142	82.1	76.4	87.8
Nerviosismo/Ansiedad	122	70.5	63.7	77.3
Pérdida Memoria	119	68.8	61.9	75.7
Hacer menos cosas	107	61.8	54.6	69.0
Se siente Deprimida	118	68.2	61.3	75.1
Impaciente con otros	118	68.2	61.3	75.1
Necesidad estar sola	109	63	55.8	70.2
Inflamación Intestinal	141	81.5	75.7	87.3

Signos y síntomas vasomotores	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Dolores Musculares	149	86.1	80.9	91.3
Se siente agotada	156	90.2	85.8	94.6
Dificultad para dormir	135	78.0	71.8	84.2
Dolor de cabeza o nuca	157	90.8	86.5	95.1
Disminución de la fuerza	109	63.0	55.8	70.2
Resistencia Disminuida	106	61.3	54.0	68.6
Falta de Energía	159	91.9	87.8	96.0
Sequedad de la piel	166	96.0	93.1	98.9
Aumento de peso	145	83.8	78.3	89.3
Aumento vello en cara	95	54.9	47.5	62.3
Manchas/arrugas de la piel	161	93.1	89.3	96.9

Signos y síntomas vasomotores	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Retiene líquidos	112	64.7	57.6	71.8
Tiene dolor de cintura	105	60.7	53.4	68.0
Orina frecuentemente	137	79.2	73.2	85.2
Orina al toser o reír	136	78.6	72.5	84.7
Cambios deseo sexual	159	91.9	87.8	96.0
Sequedad vaginal	162	93.6	90.0	97.2
Evita relaciones sexuales	144	83.2	77.6	88.8
Dispareunia	161	93.1	89.3	96.9

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de las pacientes participantes de la estrategia en la UMF 16, IMSS, Querétaro. Mayo 2018.

IV. 4 Satisfacción marital.

Cuadro IV.4.1.

Satisfacción Marital	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Insatisfacción	103	59.5	52.2	66.8
Satisfacción	70	40.5	33.2	47.8
Total	173	100		

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de las pacientes participantes de la estrategia en la UMF 16, IMSS, Querétaro. Mayo 2018.

Cuadro IV.4.2 **Satisfacción marital por categoría**

Satisfacción marital por categoría	Porcentaje	Intervalo de confianza 95% n=173	
		Inferior	Superior
Me disgusta mucho	0.0	0.0	0.0
Me disgusta	7.2	2.7	11.7
Ni me gusta ni me disgusta	83.2	76.6	89.8
Me gusta	9.6	4.4	14.8
Me gusta mucho	0.0	0.0	0.0

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de las pacientes participantes de la estrategia en la UMF 16, IMSS, Querétaro. Mayo 2018.

Cuadro IV.4.3 **Satisfacción marital: Relación por categoría y dimensión**

n= 173

Categoría	Dimensión					
	Interacción conyugal	Físico-Sexual	Organización-Funcionalidad	Familia	Diversión	Hijos
Me disgusta mucho	0.8	0.0	1.6	0.0	0.8	0.0
Me disgusta	31.2	16.0	28.8	25.6	16.0	9.6
Ni me gusta ni me disgusta	52.8	71.2	47.2	65.6	76.4	51.2
Me gusta	15.2	12.8	22.4	8.8	16.8	38.4
Me gusta mucho	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8

Fuente: Hoja de recolección de datos e instrumentos de medición obtenida de las pacientes participantes de la estrategia en la UMF 16, IMSS, Querétaro. Mayo 2018.

V. DISCUSIÓN

Uno de los factores que socialmente están relacionados con la satisfacción marital es la percepción de satisfacción sexual, en el estudio de (Jafarbegloo, 2017) donde se comparó la satisfacción en dos grupos de mujeres uno con satisfacción sexual y otro sin la misma, no hubo diferencias significativas en relación a si se lograba la satisfacción marital ($t= 1.19$, $p=0.526$), en comparación con los resultados obtenidos donde en un 91 % de las pacientes presento cambios en el deseo sexual (IC 95%; 87.8-96.0), con una marcada tendencia a evitar las relaciones sexuales con un 83.2 % de las pacientes estudiadas (IC 95%; 77.6-88.8), siendo uno de los condicionantes la presencia de dispareunia hasta en un 93% de las pacientes.

En cuanto al grado de escolaridad siendo uno de los factores que han sido estudiados en relación con lograr o no la satisfacción marital, los resultados obtenidos mostraron la mayor prevalencia de la población estudiada fue de un grado de secundaria con 31.8% (IC 95%; 24.9-38.7.). Lo anterior también estudiado por (Tagengn, 2017) donde se encontró que un 22% de un total de 234 mujeres presentaba nivel educativo de secundaria, siendo la prevalencia más alta de nivel educativo el no saber leer ni escribir. (Tagengn 2017) realizo asociación entre la escolaridad de ambos componentes de la pareja encontrando una diferencia significativa entre aquellas parejas con educación media superior o mayor y escolaridad primaria fue la combinación con más alto logro de satisfacción marital ($\alpha= 0.023$, $p=0.05$).

Como parte de las interacciones biopsicosociales la ocupación de la mujer juega un rol importante, se encontró que un 59.5.8% trabaja en el hogar (IC 95%; 52.2-66.8). En comparación con (Tagengn 2017) que estudio población en Etiopia el porcentaje de mujeres amas de casa de 17% ya que por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas el porcentaje más elevado correspondió al trabajo en el campo con un 31%. Aun sin establecer cómo afecta

la ocupación de la mujer en el grado de satisfacción marital siendo materia para futura investigación.

La calidad de vida durante el climaterio de la población estudiada un 53.2 % (IC 95%; 45.8-60.6) de las mujeres entrevistadas se ubicaron en la categoría “perfecta” cuando se les cuestionó, siendo solo una proporción de las participantes, en comparación con los resultados obtenidos por (schneider 2017) identifico afección en la calidad de vida en un 69.3% de 2703 mujeres que se encontraban en la perimenopausia, lo cual genera un contraste en cuanto los resultados expuestos, debido al contexto de la población de comparación que es la europea, los estándares para calificar la calidad de vida son muy heterogéneos así como la herramienta que se utilizó para obtener los resultados.

Los síntomas asociados al climaterio constituyen un factor fundamental ya que puede afectar en gran medida tanto la satisfacción marital como la calidad de vida, en la población estudiada se encontró que los bochornos se presentaron en un 95.4% (IC 95%; 92.3-98.5). En 2005, se realizó un estudio a 4116 mujeres con síntomas durante el periodo de menopausia se encontró una frecuencia para los bochornos de 87% para un total de 3767 mujeres, que debido a la diferencia de población entre ambos estudios hace que los datos obtenidos en la población mexicana sean representativos, así como concordantes para la población femenina de américa del norte. Otro de los síntomas reportados con alta prevalencia fue Sequedad vaginal estando presente en un 93.6% (IC 95%; 90.0-97.2) de la población en comparación con lo encontrado por donde la prevalencia fue de 34.2% con un total de 1476 mujeres.

Una de las estrategias para el manejo de los síntomas en el climaterio es el uso de fármacos, siendo la principal opción la sustitución con hormonas femeninas, en este estudio se encontró que 62% de las mujeres se encontraba bajo tratamiento de sustitución hormonal que es comparable con los resultados de (Salazar, 2015) en población chilena, donde el 52% de las mujeres consumía fármacos para el manejo de los síntomas pero solo 2.8% se encontraba con

reemplazo hormonal, lo que abre la puerta a comparación en cuanto al tipo de fármaco empleado para futuras investigaciones.

Dentro de las limitaciones que se presentaron fue que no se pudo establecer una relación de la presencia de síntomas del climaterio con repercusión en la calidad de vida, debido que no se pudo establecer una asociación estadística pero se cuenta con resultados como los de (Whiteley 2015) donde la presencia de síntomas en el climaterio fue asociado significativamente con una disminución de la calidad de vida en los rubros físico (46.8 vs 48.6, $p < 0.05$) y mental (45.8 vs 47.4, $p < 0.05$) en comparación con las mujeres que no experimentaron síntomas.

VI. CONCLUSIONES

La calidad de vida de la mujer en etapa de climaterio y menopausia resultó ser buena a pesar de la sintomatología vasomotora que manifestaron al ser entrevistadas.

Sin embargo la satisfacción marital resultó ser mala, ya que les da igual la atención que su pareja les ofrece, y prefieren que sus hijos sean mejor atendidos por ellos. La comunicación deteriorada resultó ser parte fundamental para llegar a esta última conclusión.

VII. PROPUESTAS

Facilitar la información a los médicos familiares de las distintas unidades de la delegación IMSS Querétaro, a través de sesiones informativas semanales o mensuales, proponiendo la estrategia de aplicación del instrumento de satisfacción marital sintetizada, para así identificar las redes de apoyo con la que cuentan nuestras pacientes en etapa de climaterio y menopausia

Identificar con mayor facilidad y de manera oportuna padecimientos relacionados con la etapa que experimentan a través de un segundo instrumento sintetizado para determinar la calidad de vida, facilitando así su tratamiento que corresponde a dicha etapa si así lo necesitaran.

Crear un grupo de autoayuda a través de las redes de apoyo con las que se cuenta en las diferentes unidades de medicina familiar otorgando ayuda psicológica, charlas, actividad física.

VIII. LITERATURA CITADA

- Abedzadeh, M. (2011). Assessment of Quality of Life in Menopausal Periods: A Population Study in Kashan, Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13 (11), 811-817. Consultado 31 Octubre 2018.
- Abedzadeh, M.(2013). Strategies for improvement quality of life in menopause. *Nurs Midwifery Stud*, 2 (2), 240-241. Consultado 1 Noviembre 2018
- Acevedo, V., & Restrepo de Giraldo, L., & Tovar, J. (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la ciudad de Cali .*Pensamiento Psicológico*, 3 (8), 85-107. Consultado 07 Noviembre 2018
- Alvarado, A. (2015). Diagnostio y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. *Revista medica instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (2), 214-225.
- Hernández, N., Alberti, M., Núñez, J., & Samaniego, M. (2011). Relaciones de género y satisfacción marital en comunidades rurales de Texcoco, estado de México. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 21(1), 39-64. Dsponible de: <http://www.redalyc.org/pdf/654/65421407003.pdf>
- López A, González R (2017). Actualización en menopausia: abordaje desde atención primaria. *Revista Valenciana de Medicina de Familia*. 2017;15:4-9.
- Lugo LH, García HI, Gómez Carlos. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 2016;24(2):37-50.
- Lugones M, Quintana T, Cruz Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención a nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2017;13(5):494-503.

magnitud de la satisfacción marital. *International Journal of Psychological Research*, 2(1), 35-43.

Mirhaghjou S.N. (2016). Quality of life and its determinants in postmenopausal women: a population-based study. *Applied Nursing Research*, 30, 252-256.

Rojas, D. (2015). Caracterización del matrimonio ¿Es o no un contrato? *Nuevo Derecho*, 7(9), 25-37. Disponible de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5549122.pdf>

Salvador J. (2008). Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología. *Revista Peruana de Ginecología Obstetricia*. 54. 61-78. Consultado 05 Noviembre 2018.

Shin, H. Shin, H. (2012). Measurement of Quality of Life in Menopausal Women: A Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 34 (4), 475-503. Consultado 06 Noviembre 2018

Torres, A.P. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*, 61(2), 51-58.

Urzua, A. Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71. Consultado 07 Noviembre 2018.

Zollner Y, Acquadro C, Shaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual Life Res* 2015;14:309-27.

IX. ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN QUERETARO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Satisfacción marital y calidad de vida que presenta la población femenina en su etapa de climaterio o menopausia que asiste a consulta externa de atención primaria en la Unidad de Medicina Familiar No. 16, IMSS, Querétaro.

Folio: _____

Edad: _____ años		Grado escolar 1. Primaria 2. Secundaria 3. Carrera técnica 4. Licenciatura 5. Maestría 6. Doctorado
Trabaja 1. Si 2. No Ocupación: _____	Estado civil 1. Soltero 2. Casado	Personas viven en tu casa 1. Padre 2. Madre 3. Hermanos 4. Abuelos 5. Tíos 6. otros
Tipología familiar Desarrollo; a) moderna b) tradicional c) arcaica		Religión 1. Católica 2. Evangelista 3. Protestante 4. Testigos de Jehová 5. Adventista 6. Mormón 7. Judaísmo

INSTRUMENTO QUE SE APLICARON

CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA, CONOCIDA POR SU SIGLAS EN INGLES MENQOL

<p align="center">(MENOPAUSE QUALITY OF LIFE)</p>									
FECHA									
I. FILIACION:	NOMBRE (S) Y APELLIDOS				EDAD	PROCEDENCIA			
GESTACIONES	PARTOS	FUR	EDAD DE LA MENOPAUSIA			MENARQUIA			
ANTICONCEPCION ACTUAL	NO	SI	¿CUAL?		¿DESDE CUANDO?				
MENSTRUA	NO	SI	REGULAR		IRREGULAR				
		CICLOS LARGOS			CICLOS CORTOS				
ANTECEDENTES PATOLOGICOS									
ANTECEDENTES QUIRURGICOS									
DIAGNOSTICO ACTUAL:									
PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA NATURAL		POSMENOPAUSIA QX			
OSTEOPOROSIS	OSTEOPENIA		DISLIPIDEMIA	OTROS					
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL:		NO	SI	¿CUAL?		¿TIEMPO?			
I. INSTRUCCIONES:	LEAL COMPLETO EL TEXTO NO SALTE LINEAS								
	CADA UNA DE LAS PREGUNTAS VIENE DE LA SIGUIENTE FORMA:								
1. ¿TIENE BOCHORNOS?	NO	SI	SI UD NO HA TENIDO EL PROBLEMA EN EL ULTIMO MES MARQUE "NO"						
	SI UD HA TENIDO EL PROBLEMA EN EL ULTIMO MES MARQUE "SI"... Y PONGA NOTA A LA INTENSIDAD DE LAS MOLESTIAS								
	NO MOLESTA							MOLESTA MUCHO	
	0	1	2	3	4	5	6		
PARA CASA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, INDIQUE SI UD A SENTIDO O TENIDO LA MOLESTIA EN EL ULTIMOS MES. SI LA HA TENIDO COLOQUE UNA NOTA A LA INTENSIDAD DE LA MOLESTIA ENTRE 0 (NO MOLESTA NADA) Y 6 (MOLESTA MUCHO)									
¿TIENE BOCHORNOS?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿TRANSPIRACIONES NOCTURNAS?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿TRANSPIRACION MAS DE LO NORMAL?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿ESTA CONTENTA CON SU VIDA PERSONAL?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
NERVIOSISMO, ANSIEDAD	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿PÉRDIDA DE MEMORIA?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿HACE MENOS COSAS DE LAS HABITUALES?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿SE SIENTE DEPRIMIDA O TRISTE?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿ES IMPACIENTE CON OTRAS PERSONAS?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿SIENTE NECESIDAD DE ESTAR SOLA?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿TIENE INFLAMACION INTESTINAL?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿TIENE DOLORES MUCULARES Y/O HUESOS?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿SE SIENTE AGOTADA FISICAMENTE?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿TIENE DIFICULTAD PARA DORMIR?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿DOLORES DE CABEZA O DE NUCA?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿DISMINUCION DE LA FUERZA FISICA?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿DISMINUCION DE LA RESISTENCIA FISICA?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿SENSACION DE FALTA DE ENERGIA?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿TIENE SEQUEDAD DE LA PIEL?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿HA AUMENTADO DE PESO?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿AUMENTO DE VELLO EN LA CARA?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿ARRUGAS O MANCHAS EN LA PIEL?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿RETIENE LIQUIDOS?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿TIENE DOLOR DE CINTURA?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿ORINA FRECUENTEMENTE?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6
¿ORINA AL TOSER, REIR O ESFORZARSE?	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6

RESULTADOS:

De acuerdo a la puntuación obtenida en el cuestionario

Pobre: 121-150

Deficiente: 91-120

Suficiente: 61-90

Sustancial: 31-60

Perfecta: 0-30

INVENTARIO MULTIFACÉTICO DE SATISFACCIÓN MARITAL

Apéndice B

Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM)
(Cañetas, Rivera y Diaz-Loving, 2002; validado por Rivera, 2002).

Sexo:

Edad:

Tiempo en la relación:

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que se relacionan con su pareja. Por favor, marque el número que más se acerque a su realidad.

Me gusta mucho (5)
Me gusta (4)
Ni me gusta, ni me disgusta (3)
Me disgusta (2)
Me disgusta mucho (1)

1. La forma en que mi pareja me abraza	1	2	3	4	5
2. La frecuencia con que mi pareja me abraza	1	2	3	4	5
3. La forma en que mi pareja me besa	1	2	3	4	5
4. La frecuencia con que mi pareja me besa	1	2	3	4	5
5. La forma en que mi pareja me acaricia	1	2	3	4	5
6. La frecuencia con que mi pareja me acaricia	1	2	3	4	5
7. La forma en que mi pareja me trata	1	2	3	4	5
8. La frecuencia en que mi pareja me trata	1	2	3	4	5
9. La forma en que mi pareja me expresa su interés en que tengamos relaciones sexuales	1	2	3	4	5
10. La frecuencia en que mi pareja me expresa su interés en que tengamos relaciones sexuales	1	2	3	4	5
11. La forma en que mi pareja me demuestra su amor	1	2	3	4	5
12. La frecuencia en que mi pareja me demuestra su amor	1	2	3	4	5
13. La forma en que mi pareja se interesa en mi	1	2	3	4	5
14. La frecuencia en que mi pareja se interesa en mi	1	2	3	4	5
15. La forma en que mi pareja me protege	1	2	3	4	5
16. La frecuencia en que mi pareja me protege	1	2	3	4	5
17. La forma en que mi pareja me demuestra su comprensión	1	2	3	4	5
18. La frecuencia en que mi pareja me demuestra su comprensión	1	2	3	4	5
19. La forma en que mi pareja me demuestra su apoyo	1	2	3	4	5
20. La frecuencia en que mi pareja me demuestra su apoyo	1	2	3	4	5
21. La sensibilidad con que mi pareja responde a mis emociones	1	2	3	4	5

22. La frecuencia con que mi pareja responde en una forma sensible a mis emociones	1	2	3	4	5
23. La forma en que mi pareja se interesa en mis problemas	1	2	3	4	5
24. La frecuencia en que mi pareja se interesa en mis problemas	1	2	3	4	5
25. La forma en que mi pareja presta atención a mi apariencia	1	2	3	4	5
26. La frecuencia con que mi pareja presta atención a mi apariencia	1	2	3	4	5
27. La manera en que mi pareja soluciona los problemas familiares	1	2	3	4	5
28. La frecuencia en que mi pareja soluciona los problemas familiares	1	2	3	4	5
29. La forma en que mi pareja participa en la toma de decisiones	1	2	3	4	5
30. La frecuencia en que mi pareja participa en la toma de decisiones	1	2	3	4	5
31. La forma en que mi pareja propone que se distribuyan las tareas familiares	1	2	3	4	5
32. La frecuencia con que mi pareja propone que se distribuyan las tareas familiares	1	2	3	4	5
33. La forma en que mi pareja participa en la realización de tareas hogareñas	1	2	3	4	5
34. La frecuencia en que mi pareja participa en la realización de tareas hogareñas	1	2	3	4	5
35. Las diversiones que mi pareja propone	1	2	3	4	5
36. La frecuencia con la que mi pareja propone diversiones	1	2	3	4	5
37. La forma en que se divierte mi pareja	1	2	3	4	5
38. La forma en la que mi pareja distribuye el dinero	1	2	3	4	5
39. La contribución de mi pareja en los gastos familiares	1	2	3	4	5
40. La forma en que mi pareja platica conmigo	1	2	3	4	5
41. Los temas que mi pareja aborda en nuestras conversaciones	1	2	3	4	5
42. La frecuencia con la que mi pareja platica conmigo	1	2	3	4	5
43. La educación que mi pareja propone para los hijos	1	2	3	4	5
44. La forma en que mi pareja educa a nuestros hijos	1	2	3	4	5
45. La frecuencia con la que mi pareja participa en la educación de los hijos	1	2	3	4	5
46. La manera en la cual mi pareja presta atención a nuestros hijos	1	2	3	4	5
47. La forma en la cual mi pareja presta atención a nuestros hijos	1	2	3	4	5
48. La frecuencia con la que mi pareja presta atención a nuestros hijos.	1	2	3	4	5

RESULTADOS:

Esto de acuerdo al puntaje sumado de las preguntas a realizar:

Insatisfacción: 48-144 puntos

Satisfacción: 145-240 puntos.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Satisfacción marital y calidad de vida en mujeres en etapa de climaterio de la Unidad de Medicina Familiar No. 16, IMSS, Querétaro

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Unidad de Medicina Familiar No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Querétaro.

Número de registro:

Pendiente

Justificación y objetivo del estudio:

El impacto que tiene el climaterio sobre las mujeres es de gran importancia, ya que involucra cambios en lo emocional, físico, biológico, psicosocial y sexual, con ello tiene repercusiones en el deterioro en su funcionamiento diario y personal, de ahí la importancia de medir la calidad de vida de las mujeres en esta etapa de la vida, sobre todo, cuando en la actualidad el promedio de vida de las mujeres se ha incrementado. Los estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado que el estrógeno ejerce una influencia positiva no sólo en la inestabilidad vasomotora, al reducir el número e intensidad de los bochornos y las sudoraciones, sino también en los trastornos psicológicos como la depresión, las enfermedades de la conducta sexual y afectiva y la disfunción cognitiva. Se pueden experimentar varios trastornos psicológicos durante el climaterio: depresión involutiva, cambios en el humor, trastornos del sueño, nerviosismo, ansiedad y pérdida de la concentración. Por lo tanto el objetivo del estudio es Identificar la satisfacción marital y calidad de vida en mujeres en etapa de climaterio de la Unidad de Medicina Familiar No. 16, IMSS, Querétaro

Procedimientos:

La estrategia de aplicación del instrumento dará inicio en la UMF No. 16 IMSS delegación Querétaro con seguimiento personalizado de manera individual, donde participarán un mínimo de 172 pacientes con en las edades de 45 a 60 años clínicamente en etapa de climaterio a las cuales se les brindará información sobre dicha estrategia educativa.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Aprendizaje en el tema

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Identificar se la paciente se encuentra satisfecha en su vida y a nivel marital

Participación o retiro:

Si aplica.
Se podrá retirar cualquier momento que lo desee sin que repercuta en la aplicación de los cuestionarios pertinentes

Privacidad y confidencialidad:

Los resultados se mantendrá la confidencialidad, los cuales solo serán usados con el propósito de dicho estudio.

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

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):

Si aplica

Beneficios al término del estudio:

Si aplica

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

Investigador Responsable:

MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 16
Correo electrónico: luz.dalid@hotmail.com
Teléfono celular: 442 185 9386
Matrícula: 11048859

Colaboradores:

Carlos Alberto Leal Cruz
Residente de Segundo año de la especialidad en Medicina Familiar IMSS-Querétaro.
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 16 "Dr. Arturo Guerrero Ortiz"
Teléfono: 7661029154
Matrícula: 99237091
Correo: charlylee5103633@gmail.com

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

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

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