

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
DR. JOSÉ ASSEF YARA.
POLICLÍNICO DOCENTE RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ
BOLIVIA.

En Opción al título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Caracterización clínica y epidemiológica de las mujeres climatéricas pertenecientes al CMF#5 del municipio Bolivia.

Autor: Sulema Charles Morales

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

BOLIVIA

2018

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
DR. JOSÉ ASSEF YARA.
POLICLÍNICO DOCENTE RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ
BOLIVIA.

En Opción al título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Caracterización clínica y epidemiológica de las mujeres climatéricas pertenecientes al CMF#5 del municipio Bolivia.

Autor: Dra. Sulema Charles Morales.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Arelis Borges Matos.

Especialista de Primer grado en Medicina Interna.

Msc: Medicina Biogenética y Natural.

Profesor: asistente

BOLIVIA, 2018

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo para caracterizar clínica y epidemiológica las mujeres climatéricas pertenecientes al CMF#5 del municipio Bolivia en el periodo comprendido de febrero 2017 a mayo 2018. El universo estuvo constituido por mujeres en edad de 40 a 59 años (328) CMF#5 del Municipio de Bolivia que han manifestado los síntomas, que después de aplicados los criterios de inclusión y exclusión estará quedo en 164 mujeres. Como resultado tuvimos que el síntoma principal fueron los sofocos, seguidos de los epifenómenos que de estos derivan. Se diagnosticaron como afecciones crónicas más frecuentes la hipertensión arterial, el asma bronquial y la diabetes mellitus en tercer lugar

Palabras claves: Climaterio, menopausia,

ÍNDICE

PÁGINAS.

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	4
III. MARCO TEÓRICO	5
IV. MÉTODOS	18
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	22
VI. CONCLUSIONES	34
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

INTRODUCCION

Climaterio se conoce como el tiempo durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva. Según criterios actuales de la OMS y de la Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Ginecología, publicados en el Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia, esto ocurre entre los 45 y 59 años de edad. Se inicia unos años antes de la menopausia (peri menopausia) y se extiende unos años después (posmenopausia). Otros estudios entienden por posmenopausia todo el tiempo de vida de la mujer con posterioridad al cese de la función reproductiva del ovario (1).

El climaterio es una etapa en la que la mujer puede vivir con menos tensión, pues ya no tendrá el riesgo o temor del embarazo, no requerirá métodos anticonceptivos, puede despreocuparse ya de la planificación familiar, cesan las molestias menstruales, ha disminuido la atención a los hijos, que se valen por sí solos, puede compartir con los nietos y mostrarse como una adulta mayor, dispuesta a disfrutar de su vida familiar, laboral y social a plenitud (2).

El Síndrome Climatérico (SC) puede manifestarse de formas muy diversas y con un grado mayor o menor de intensidad de acuerdo a las condiciones sociales y ambientales de cada mujer y esto puede afectar el patrón biológico y variar el estado de salud de la mujer (4,5,6) por ejemplo la malnutrición por exceso puede constituir un riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus y cáncer de mama y la malnutrición por defecto condiciona la anemia por déficit de hierro y una menopausia precoz, por antelación de hasta dos años de la media nacional (1,2) .

La menopausia no es el final, sino el comienzo de una etapa que como ya se planteó, ocupa casi la tercera parte de la vida femenina. En los inicios del nuevo siglo, donde llegar a los 70 es algo cotidiano, el climaterio debe ocupar el centro de atención. Por tal motivo con la realización de este trabajo pretendemos profundizar en los elementos conceptuales e históricos del climaterio y la menopausia que resultan importantes para su adecuado manejo, en la atención integral, por los profesionales de la salud (3).

Aunque se usan de manera indistintas las palabras menopausia y climaterio, no significan lo mismo. La primera se refiere a la desaparición definitiva de la menstruación por un periodo aproximado de 12 meses, producto del fallo de la función ovárica. Antes de los 40 años, su aparición se denomina menopausia precoz (3).

Según los conceptos de salud, salud mental y salud sexual de la OMS, nada debe impedir que la mujer climatérica sea mental y sexualmente sana. Es por eso que se deben estudiar y recomendar todos aquellos elementos que permitan la plenitud de sus posibilidades físicas, psíquicas y sociales en esta etapa de la vida.

Los distintos autores plantean que esa etapa de la vida de las mujeres presenta diversas características fisiológicas y clínica que dependen, en muchas ocasiones de sus condiciones de vida; por ejemplo, Krymskaya plantea que el desgaste del eje hipotálamo – hipófisis es más intenso en las mujeres intelectuales, por tanto, estas percibirán con mayor intensidad los síntomas climatéricos (4).

En Cuba se han formulado estrategias para abordar los problemas de salud de la mujer, pero han estado restringidas al área reproductiva; y es evidente la necesidad de atención específica de este grupo de mujeres y su observación, no solo por la importancia en sí; sino también por el rol que tienen las mujeres para los demás miembros de la familia y sociedad. (5)

La novedad científica en nuestro país fue en este sentido la puesta en marcha a partir del año 1999 del *“Modelo de atención a la mujer climatérica”*, (MACLI) con una consulta de Climaterio y menopausia del hospital “Ramón González Coro” para realizar una atención especializada bajo una nueva concepción medico social; y bajo la condición de reconocer el carácter fisiológico de esta etapa de la vida femenina, se concibió un enfoque donde el diagnostico medico social se integraba al esquema tradicional de atención médica (5,6) siendo este el primer paso de atención con un enfoque social en Cuba y en aquellos momentos con pocas posibilidades de diversidad en el tratamiento hormonal de

reemplazo; sucesivamente, se fueron organizando a través de los miembros de la sección de climaterio y menopausia de la Sociedad cubana de Obstetricia y Ginecología una serie de consultas en los distintos hospitales del país y en la atención primaria de salud (APS) en un número menor. Gauld plantea que es necesario abordar el problema de salud de la mujer de edad mediana con un enfoque globalizado que permita analizar el comportamiento del síndrome climatérico tomando en consideración las condiciones de vida, en ocasiones determinantes de la expresión fenoménica de lo biológico, y abrir una nueva perspectiva a los estudios epidemiológicos de la mujer climatérica. (7)

En estudios anteriores realizados por la Dra. En Ciencias de la Salud, Leticia Artilles Visbal, ha planteado que las condiciones de vida son un determinante en el proceso salud – enfermedad en la mujer cubana y señala que la mujer que se acerca a la edad mediana tiende a tener un estado biológico más lábil (EBL) por causas de las variaciones fisiológicas naturales del climaterio; distinto a cuando era una adolescente con un estado biológica óptimo (EBO). (8)

En el municipio de Bolivia el grupo femenino comprendido entre los 40 y 59 años existe 2534 que no recibe una atención particular a pesar de la alteración endocrino metabólica que le ocasiona la disminución en la producción estrogénica; y es insuficiente aun el conocimiento sobre el periodo climatérico y si la asociación a los problemas sociales, su estilo de vida saludable, incrementan o no sus síntomas; por lo que es necesario iniciar investigaciones que permita evaluar su influencia en la mujer y de esta forma poder trazar políticas de salud con las particularidades de cada país. (9)

En el CMF # 5 del municipio Bolivia existen 328 mujeres climatéricas que no reciben atención médica individualizada, además presentan insuficiente nivel de conocimiento sobre el periodo climatérico o menopaúsico por el que transitan en esta etapa de la vida.

Problema Científico: ¿Cuál será el comportamiento del climatérico en la población de mujeres climatéricas pertenecientes a la población del CMF # 5 del municipio Bolivia?

En nuestra investigación, Caracterización clínica y epidemiológica de las mujeres climatéricas pertenecientes al CMF # 5. Nos proponemos acercarnos al problema de salud de las pacientes climatéricas desde la atención primaria de salud (APS) y reflexionar sobre la importancia de la atención integral e individualizada en esta etapa de su vida al concurrir a los servicios de salud especializados o aquellas que el médico de la familia les recomiende una atención diferenciada por encontrarse ante un climaterio muy crítico. (10,11, 12); Se realizó esta investigación, para determinar algunas características clínica y epidemiológica de las mujeres climatéricas pertenecientes al CMF # 5 del municipio Bolivia.

OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar una caracterización clínica y epidemiológica de las mujeres climatéricas pertenecientes al CMF # 5 del municipio Bolivia.

Objetivos específicos:

1. Distribuir la población de mujeres climatéricas según variable sociodemográfica.
2. Distribuir la población de mujeres climatéricas según variable clínico epidemiológica.

I. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

A pesar de haber sido subestimada por mucho tiempo y hasta ignorada, tanto por las propias mujeres como también por muchos profesionales de la salud y de la especialidad, desde principios del pasado siglo XX y hasta la fecha, la etapa del climaterio y la menopausia ha sido motivo de interés creciente para los investigadores. Mucho se ha citado acerca de la relación entre esta etapa y el fin de la reproducción, pero no fue hasta fecha más reciente que comenzó a hacerse referencia a la morbilidad y a los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles presentes en la misma, 13,14, como podrá verse más adelante.

En el año 1816 Gardanne, investigador francés, escribió el libro titulado —L'age critique de la femme," 1 y después fueron apareciendo numerosas referencias a la condición de la mujer y a su comportamiento durante el climaterio y la menopausia. En la tercera década del siglo XX se inicia la era de la endocrinología ginecológica con el descubrimiento, síntesis y producción sintética de las hormonas ováricas que marcó un hito en el desarrollo de la Ginecología con el uso de estas hormonas como anticonceptivos orales desde principios de la década de los años 60 del pasado siglo XX. 3 Más tarde, se comienzan las investigaciones con la administración de extractos ováricos a mujeres postmenopáusicas para aliviar diversos síntomas considerados en esa época de índole afectivos y sexuales exclusivamente; sin embargo, los resultados fueron contradictorios y más adelante se descubre que un extracto ovárico no posee actividad estrogénica y que, por tanto, algunos de los beneficios esperados eran simplemente de tipo placebo.³ Este aspecto puede señalarse como el comienzo de las contradicciones existentes aún en la actualidad, en cuanto al beneficio o no que han caracterizado al uso las hormonas femeninas en la etapa del climaterio. A finales de la década de los años 40, también del pasado siglo XX, hacen su aparición varios científicos que se convierten en los que fueron llamados en su época <los apóstoles del evangelio> que predicaban acerca de la importancia del estudio de la menopausia y su valor para la salud de las mujeres y disertan sobre el efecto

beneficioso de la terapia de reemplazo hormonal, fundamentalmente con los estrógenos.(15)

Entre ellos se destacan Robert Benjamín Greenblatt y Fuller Albright, que demuestran por primera vez que los estrógenos no solo ejercen su acción sobre la esfera ginecológica, sino también fuera del aparato reproductivo.

Este descubrimiento fue trascendental desde el punto de vista clínico y preventivo, lo que motivó que Greenblatt hiciera una interesante reflexión —...una buena pierna cojeará, una espalda recta se encorvará, una ensortijada cabellera encanecerá, un cutis terso se arrugará, un ojo pleno se ahuecará, pero un buen corazón es el sol y la luna, lo que ha sido considerado como la primera referencia científica sobre los efectos de los estrógenos sobre el aparato cardiovascular y que, sin lugar a dudas, resultó de enorme importancia por su certeza y valor irrefutable del mismo (16).

EXPECTATIVA DE VIDA

Ya en pleno siglo XXI y desde el precedente la expectativa de vida de la población mundial y también de nuestro país se ha ido incrementando en sentido general y la población femenina no ha estado exenta de eso lo que ha traído como consecuencia que alrededor de un tercio de la vida de la mujer transcurra después de la menopausia. 9 Alfonso ha referido que: —la mujer vive su salud más quebradiza que los hombres 10 y Artilles señala que: —las determinantes sociales resaltan su papel,11 fundamentalmente la educación, la cultura y las interacciones familiares.(17) Estas consideraciones son muy importante tenerlas en cuenta en todo momento en que se atiende a una mujer de la edad mediana para poder orientarlas de manera adecuada.

En los países considerados como económicamente industrializados, a finales de la década del 90, la población entre 60 y 75 años constituía cerca de 13% del total y se ha calculado que para el año 2030 será de 18%. En Latinoamérica, durante el mismo decenio, la población entre 60 y 75 años representaba 6%, lo cual se espera que se incrementará hasta 14% para el año 2020.12 Estos datos permiten conocer que, al considerar solamente a la población femenina, el número de mujeres en la etapa del climaterio y la menopausia se ha

incrementado y seguirá haciéndolo significativamente en los próximos años.
(18)

EDAD DE APARICIÓN DE LA MENOPAUSIA

Otra consideración que debe señalarse es la variabilidad en la edad de aparición de la menopausia ya que depende de la interacción de varios factores sociales y biológicos y de las regiones geográficas en que habite la mujer. 18 La menopausia se presenta entre los 45 a 50 años de edad, con variaciones entre países y etnias, aceptándose los 50 años como edad promedio.¹³ En nuestro país, ocurre entre los 47 y 48 años en las mujeres sanas; en las diabéticas entre 45 y 46 años, ^{2,12} lo que evidencia un adelanto de la misma en este grupo de pacientes y resulta un elemento de importancia, dado que se produce el cese más temprano de la actividad estrogénica acelerando la presencia de la aterosclerosis.^(19,20)

Resulta incuestionable el conocimiento que se tiene sobre esta etapa del climaterio y la postmenopausia y de los cambios que se inician desde varios años antes de la amenorrea definitiva, casi desde que la mujer se encuentra a mediados de la cuarta década de la vida. Hoy se sabe que hay un hipoestrogenismo progresivo que no sólo afecta el aparato reproductivo, sino también involucra otras funciones como: el metabolismo general y lipídico, la eficiencia nutricional y la síntesis de lipoproteínas, entre otros aspectos.⁽²¹⁾

También se conoce con certeza que el déficit de estrógenos impacta sobre el estado cardiovascular y la presión arterial, así como también sobre la respuesta inmunológica, entre otras ⁽²¹⁾

El hecho de que la mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad. Ya en el Génesis se menciona la pérdida de la impureza mensual y en los papiros egipcios se señala a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban. También *Abraham*, en el Génesis, conocía el fallo de la reproducción cuando consideraba las pocas posibilidades de descendencia en las parejas que tenían mucha edad ⁽²²⁾.

Hipócrates menciona en sus escritos el cese de las menstruaciones y *Aristóteles* en el año 322 a.n.e. describió en su historia *Animalium* que la menstruación cesa alrededor de los 50 años. En el siglo VI a.n.e. *Aecio de Amida* describe que la menstruación cesa en la mujer en un periodo nunca anterior a los 35 años y por lo común hacia los 50. Otros escritos coinciden con esa etapa, como por ejemplo *John Freind* que en 1729 describió que el cese de la menstruación se llevaba a cabo alrededor de los 49 años. Esto, ya de por sí señala que la edad de la menopausia que muchos autores modernos creían que se iba haciendo más tardía, se ha mantenido invariable desde tiempos remotos (22).

Desde entonces la edad de presentación de la menopausia no ha cambiado significativamente. Esta se produce de forma fisiológica entre los 40-59 años de edad. El promedio de menopausia, en la mayoría de los países que llevan registros de salud, es de 48 años. En Venezuela es de 48,7 años $\pm$ 4,6 años al igual que en Cuba y en la mayoría de los países de América Latina. En España según estudios, es a partir de los 50 años (23).

Asimismo, en las sociedades árabes las familias conforman un grupo fuertemente jerarquizado, cuya autoridad reposa en el hombre. La mujer cumple un rol subordinado y limitado a las tareas domésticas y a la procreación hasta que finaliza su ciclo fértil. Este es el momento en el cual, adquiere poder y predominio frente a las otras mujeres más jóvenes de su familia, que quedan a partir de ese momento subordinadas a sus decisiones (24)

En otras culturas, priman las concepciones sobre regulación y equilibrio de fluidos corporales, o ideas de contaminación y pureza que demuestran la presencia de tabúes en relación con la menstruación que colocan a la mujer en situación de "peligrosidad" e impureza. Tal es el caso de las mujeres amenorréicas del África negra, que en virtud de una concepción humoral hipocrática ligada a la teoría frío-calor -que hace referencia al carácter esencial del elemento- se les ubica en una posición escandalosa al asociarlas con los hombres, ya que las mujeres sin sangre menstrual no producen por ellas mismas calor, condición que consideran propia del ser femenino. (25)

En Taiwán las mujeres hacían referencia al sentimiento de exposición al que se enfrentaban mientras tenían su periodo, a partir del cual se generaban ritos de pureza e impureza. Era incorrecto permanecer frente a los dioses o concurrir a los casamientos mientras la mujer menstruaba, dado que el cuerpo se consideraba sucio y contaminante (26).

Hacia mediados de la década de los años 70, la medicina buscaba demostrar el carácter universal del llamado síndrome menopáusico y sus manifestaciones sintomatológicas. En este modelo los datos provenían de poblaciones occidentales que concurrían a la atención clínica. Los primeros trabajos interculturales, con una perspectiva opuesta, planteaban la diversidad de síntomas y su correlación con las influencias individuales y culturales en un contexto socio-económico-político determinado (27, 28)

La antropóloga *Margaret Lock* considera que los síntomas asociados con la menopausia, pueden estar contruidos culturalmente o basados en la genética. Es decir, pueden ser biológicamente experimentados pero no percibidos o elaborados culturalmente, o pueden no estar físicamente presentes, incluso no ser reconocidos ni experimentados. Por ejemplo, la cesación de la menstruación no es para algunas culturas el momento a partir del cual la mujer considera que ha entrado en la menopausia. En Japón es vista como un complejo conjunto de cambios fisiológicos ligados al envejecimiento, entre los que puede encontrarse la amenorrea, pero la mujer japonesa puede no haber menstruado por más de 12 meses y no percibir el proceso menopáusico(29)

Pero las consecuencias del envejecimiento ovárico se han estudiado en todos los órganos y sistemas de la mujer. Los cambios demográficos en la población mundial, específicamente en los países industrializados y en vías de desarrollo, han conducido a un incremento sostenido de la proporción de ancianos. Una vez controlados los problemas ginecológicos neoplásicos, genitales y mamarios, la mujer se enfrenta a más años de vida, pero con otros problemas no menos importantes que el cáncer. La esperanza de vida se ha extendido, pero también ha aumentado el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, osteoarticulares, y neurodegenerativas. Las investigaciones clínicas y epidemiológicas indican que a partir de la menopausia, la mujer tiene

una especial vulnerabilidad por la insuficiencia ovárica propia del climaterio. Un tercio de la vida de la mujer ocurre bajo esa insuficiencia ovárica, cuando el envejecimiento se manifiesta de una forma más evidente (30)

En las sociedades latinoamericanas también se ha acelerado el cambio poblacional. En las décadas pasadas ha crecido apreciablemente la proporción de personas mayores de 60 años, y en este grupo, es mayor la cantidad de mujeres. El resultado general de este proceso es la conformación de una población fundamentalmente adulta, con los efectos que esto tiene en la modificación de las necesidades sociales y el consecuente cambio en los roles y funciones de la mujer. Por otra parte, la mayor longevidad femenina conlleva el riesgo de asociarse a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas. La discapacidad puede representar una tragedia a escala personal, y un desafío para la sociedad que debe proveer servicios de salud y de previsión adecuados, en una marca biológica de vejez, donde se espera que la energía decline y la salud se deteriore (31)

2.2. CLIMATERIO

El término climaterio proviene del griego Climater (peldaños o escalones de escaleras) y connota una transición gradual con cambios psicológicos y biológicos determinados a su vez, en gran medida, por cambios sociales. Así puede definirse entonces el climaterio como un período de transición, de carácter involutivo en el que desaparecen las menstruaciones al tiempo que aparecen signos de desfeminización, debido a la disminución progresiva de las hormonas ováricas. Dicho período se inicia alrededor de los 40 años y finaliza a los 64 años y dentro de él se incluye la llamada "edad mediana" que abarca desde los 40 hasta los 59 años (32).

La privación estrogénica se asocia a signos y síntomas secundarios que se presentan en porcentajes elevados de la población y que alteran su bienestar: efectos como las oleadas de calor, sudoración profusa, trastornos del sueño e inestabilidad socioemocional, además de sequedad de piel, mucosas y genitales como resultado de la atrofia de los epitelios, generan a veces en las pacientes, disminución de su autoestima y dificultades en la relación consigo mismo, con su pareja, la familia y su entorno social.

Los trastornos que se presentan durante esta época se pueden clasificar en nueve grupos:

- I. Neurovegetativos: oleadas de calor, sudoración y palpitaciones.
- II. Sicológicos: depresión, irritabilidad y ansiedad.
- III. Del sueño: insomnio y fragmentación del sueño.
- IV. Urinarios: incontinencia y urgencia.
- V. Manifestaciones articulares: artralgias y lumbalgias.
- VI. De piel y mucosas: atrofas y sequedad.
- VII. Cambios en el peso: aumento y alteraciones en la distribución de la grasa.
- VIII. Alteraciones en los lípidos y enfermedades cardiovasculares.
- IX. Osteoporosis

El climaterio es un período fisiológico que caracteriza la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva de la mujer, comprende 2 a 8 años antes y después de la menopausia. Los cambios que se producen durante el climaterio son esencialmente neuroendocrinos, y potencian la sensibilidad biológica al impacto del entorno que rodea a la mujer en esta etapa. Coincide con un período complejo en la vida de la mujer debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales, que en él se presentan (32,33)

Las mujeres de edad mediana, si bien pueden haber concluido con el ciclo reproductivo biológico, mantienen un importante rol social que se expresa a través de su activa participación en la vida comunitaria, sin abandonar las responsabilidades asumidas en el hogar y la familia, lo que contribuye a que los síntomas climatéricos se exacerben en intensidad y frecuencia, en correspondencia con determinantes sociales que recaen sobre la mujer en razón de su sexo (33)

La satisfacción personal en mujeres de edad mediana puede adquirir una expresión particular en el punto medio de la vida. En este momento se replantea el sentido de la vida, se revisan los valores propios y los de las personas significativas; frecuentemente los sujetos se cuestionan qué han

logrado en las diferentes esferas de realización personal y valoran sus aciertos y errores en función de su nivel de aspiraciones. Este es un proceso de revalorización de la propia vida, que los textos de psicología describen como la segunda crisis de identidad (34)

2.3. CALIDAD DE VIDA Y SALUD

La calidad de vida es un concepto extenso y complejo que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como: “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”

El concepto de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida (35).

Es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, porque debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, caracterizando la experiencia del paciente con los resultados de los cuidados médicos o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes (35).

Se debe considerar en la medición de la CVRS las diferencias en las expectativas individuales, las cuales variarán dependiendo de factores sociales, psicológicos, socioeconómicos, demográficos y otros factores culturales. Se debe tener en cuenta que una persona puede estar en diferentes etapas de enfermedad cuando es evaluada y que además la respuesta a la enfermedad no es estandarizada, sino altamente individual. Se debe considerar que los valores de referencia para la evaluación de la enfermedad cambian a través del tiempo, es decir, el problema del “response shift” debe profundizar en los procesos cognitivos vinculados a la evaluación de la calidad de vida (36)

2.4. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER CLIMATÉRICA

En la edad mediana se afrontan diversos problemas socio biológicos como la vejez de los padres, la atención de los hijos –solas o con sus parejas– y de los nietos, los conflictos familiares por enfrentamientos de diferentes generaciones, preocupaciones relativas a la viudez, la jubilación y a la salud, así como a los cambios físicos propios del envejecimiento que se van presentando, con sus inevitables consecuencias en la calidad de vida, todo lo cual puede contribuir a aumentar la vulnerabilidad de la mujer en esta etapa de la vida (37).

Otros elementos a tener presente son: la condición de salud previa, las enfermedades emergentes, sus características psicológicas, su historia de vida, su estilo de vida y factores ambientales, los cuales pueden contribuir a deteriorar la calidad de vida e incrementar el riesgo de desarrollar o agravar enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial; el cáncer ginecológico es más frecuente, fundamentalmente el de endometrio y mama, y el comportamiento sexual aunque no debe modificarse, sufre algunos cambios ocasionados por la presencia de sequedad vaginal, la presencia de prolapsos, la aparición de las enfermedades crónicas a las que hace referencia, así como disfunciones en la relación de pareja, y el desconocimiento que tienen las mujeres acerca de estos cambios las lleva, entre otras cosas, a la disminución de la libido, la dispareunia, la anorgasmia(35;37).

También hay disminución de la satisfacción personal con sentimientos de minusvalía y devaluación en el contexto familiar y hasta laboral, al acercarse la edad de la jubilación. Entre las expresiones psicoconductuales se presenta un tema relevante como es el nido vacío, que es uno de los eventos vitales de esta etapa. Esto se evidencia cuando la mujer siente que el hogar está solo, que sus hijos crecieron e hicieron vida independiente y que ella ha perdido su papel protagónico socialmente. Muchas veces se sienten solas, y están preocupadas por su futuro y el de la familia y muestran desinterés por el porvenir (38).

Por otra parte, el hombre, con frecuencia, se aparta y se aleja de ella, porque ante un sexo decadente necesita excitarse con la juventud de una nueva pareja y con el encanto de lo desconocido e inaccesible (39)

Algunos autores señalan que este síndrome se ve con más frecuencia e intensidad en mujeres con hijos que en las que no los tienen; y aún en aquellas, las que tienen un trabajo fuera del hogar, lo perciben en menor escala. El hecho de que este síndrome esté presente también en mujeres sin hijos es para algunos difícil de comprender, y ha hecho dudar a algunos de la existencia real de este cuadro; pero no hay que olvidar todos los aspectos que se señalan y que acompañan, están todos presentes en mayor o menor medida en estas pacientes. También existe en las viudas; algunos autores refieren que en menor grado, pues estas toman las riendas del hogar, y hasta consiguen lo que el marido no había logrado: restaurar una familia y enderezar unos hijos mal encaminados (40).

Un gran aspecto a considerar es el papel social de la mujer, que no termina con el climaterio, sino que puede aumentar su influencia según el trabajo que realiza; no obstante, es bueno no olvidar que los trastornos que se presentan en esta etapa de la vida, pueden repercutir, desfavorablemente, tanto física, como emocional y socialmente (41).

En este contexto, también se reconoce que otro elemento central que pudiera estar influyendo en esta etapa es la estructura familiar, referida a la composición o características de sus integrantes. Se mide a través del tipo de familia y el ciclo familiar que se identifica en cada grupo familiar.

El tipo familiar, se reconoce en base al número de miembros que la conforman y por ende el tipo de relaciones entre estos. La clasificación utilizada corresponde a:

- Familia nuclear: Formada por padre, madre e hijo(s).
- Familia monoparental: Sólo hay un padre o madre e hijo(s).
- Familia reconstituida: Dos adultos con o sin matrimonio formalizado con hijos de uno de ellos o de ambos o con hijos propios.

- Familia ampliada: En casa viven personas familiares y no familiares.
- Familia extensa: Familia nuclear que comparte hogar con otros miembros en línea troncal.

El ciclo vital familiar, permite describir la secuencia de etapas y tareas esperadas que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución.

- Formación: Matrimonio -Nacimiento del primer hijo
- Extensión: Nacimiento del Primer hijo- Primer hijo sale del hogar
- Contracción: Primer hijo sale del hogar - Muerte del primer cónyuge
- Disolución: Muerte del primer cónyuge -Muerte del segundo cónyuge

La familia cumple funciones vitales, que ningún otro grupo logra reemplazar de manera eficaz: Dichas funciones incorporan: la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia (42).

En esta organización se encuentran entrelazados el interés social y el interés personal, puesto que en tanto es célula central de la sociedad, contribuye a su desarrollo y es transcendental en la formación de nuevas generaciones.

No es fácil estudiar las funciones familiares, puesto que no son inmunes al contexto socio-histórico en que se desarrollan. Situación que además incorpora elementos como la etnia, clase social, cultura y etapa del ciclo vital en la que se transita.

En el funcionamiento familiar se reconocen clásicamente tres áreas:

1. Las funciones psicobiológicas, que incorpora: la reproducción, el desarrollo y crecimiento de los niños(as) y adolescentes, y la adquisición del sentido de la identidad familiar.
2. Las funciones socioculturales y educativas, que involucran: la transmisión de conocimientos y habilidades, la transmisión de valores y creencias.
3. Las funciones económicas que se refieren a: la capacidad de producción y la capacidad de consumo.

Clásicamente para evaluar el funcionamiento familiar se recomienda analizar las seis funciones básicas de todas las familias, que corresponden a:

- Comunicación: Considerada la función primordial puesto que en base a ellas, todas las demás funciones se pueden cumplir. Para ello crean su propio código de comunicación, incluyendo lenguaje verbal y no verbal. Elementos que le permiten transmitir afecto, ayuda, autoridad, comprensión, entre otros.
- Afectividad: Expresión del cariño o amor existente entre sus miembros. Es fundamental ante la necesidad de apoyo frente a crisis.
- Apoyo: Presencia de soporte efectivo que realizan los miembros de la familia, que permiten resolver situaciones conflictivas o abordar situaciones de crisis individuales o familiares. Estos recursos tienen directa relación con los roles previamente establecidos y dan cuenta del sentimiento de pertenencia que comparte el grupo, tales como: creencias, proyectos y afectos comunes.
- Adaptabilidad: La familia reconocida como un grupo dinámico, al mantener relaciones internas y externas por lo que se expone a cambios. Necesita cierta flexibilidad para dar una respuesta la más equilibrada posible a estos estímulos permanentes a los que se ve expuesta, ya sea de manera normativa o no normativa (referida a una situación esperada según etapa del ciclo vital o no esperada).
- Autonomía: Todos y cada miembro de la familia necesita cierto grado de independencia que le facilite su crecimiento y madurez. Para ello la familia, debe marcar límites entre la dependencia-independencia, no solo dentro del grupo sino en su relación con el entorno social. En la medida que se ejerce de manera satisfactoria esta función, se mantiene la integridad de cada individuo, existiendo un reconocimiento entre lo permitido y lo prohibido, lo aceptado y lo rechazado, entre la dependencia y la independencia.
- Reglas y normas: Las familias las establecen con el fin de mantener un orden y armonía entre la conducta de sus miembros. Cada familia las

reconoce e identifica, aunque no están escritas, y adhieren a ellas. Estas normas facilitan las relaciones, identifican los roles y tienen injerencia en reconocer y respetar la autoridad.

- Frente a lo expuesto, la familia no es un recipiente pasivo, sino un sistema intrínsecamente activo. Así, todo tipo de tensión, sea originada por cambios que ocurren dentro de la familia (la independencia de un hijo, una muerte, etc.) o que proceden del exterior (mudanzas, pérdida del trabajo, etc.) repercute en el sistema y en el funcionamiento familiar. Frente a estos cambios se requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones y de las reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros. Este doble proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, tendencia homeostática y capacidad de transformación. En este proceso actúan circuitos retroactivos a través de un complejo mecanismo de retroalimentación (feedback) orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa) o bien hacia el cambio (retroalimentación positiva). La flexibilidad es necesaria para garantizar el cambio y el desarrollo en una situación de crecimiento, envejecimiento y condiciones ambientales cambiantes, mientras que la estabilidad lo es para lograr un espacio familiar interno bien definido con reglas aceptadas que proporcionan a cada miembro de la familia un marco de orientación afectivo y cognitivo (43).

II. MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo para caracterizar la población de mujeres climatéricas en edad comprendida entre 40 a 59 por ausencia de menstruación o síntomas del climaterio, en el periodo comprendido de febrero 2017 a mayo 2018 perteneciente al consultorio No. 5 del municipio Bolivia.

El universo estuvo constituido por 328 mujeres en edad de 40 a 59 años CMF#5 del Municipio de Bolivia que han manifestado los síntomas, que después de aplicado los criterios de inclusión y exclusión quedo en 164 mujeres.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 40 a 59 años CMF#5 del Municipio de Bolivia que presenten los síntomas propios del climaterio y que accedieron a participar del estudio, previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con menopausia artificial. (quirúrgica, radio o quimioterapia)
- Mujeres residentes temporales en el área de salud.
- Participantes que presentan algún impedimento físico o mental que impiden responder a las preguntas de la investigación.

Métodos de obtención de información

La fuente de obtención de la información fueron las historias clínicas individuales de cada mujer, así como también las historias de salud familiares del consultorio.

Los datos obtenidos, se codificaron, y se procesaron. Se confeccionó una lista en EXCEL, del paquete de aplicaciones Microsoft Office 2007, en la cual se teclearon todos los datos obtenidos según variables del estudio, en la cual se realizó la validación de la entrada de datos. Se realizó la revisión y computación de los mismos. El análisis de los resultados se dividió en tres partes, que responden globalmente a los mismos objetivos, pero siguen vías analíticas diferentes. Se podrá apreciar redundancia en los resultados, pero se resolvió presentarlos de esta manera como modo de reforzar, mediante aproximaciones analíticas diferentes, la exposición de las evidencias favorables a las conjeturas básicas de este estudio.

Fundamentación ética de la investigación:

Se les solicito el consentimiento por escrito a los pacientes después de ser informados sobre lo que se va a realizar durante el estudio. Se garantizó no divulgar los datos personales de los pacientes al informar o publicar los resultados de esta investigación. (Anexo 1)

Durante el proceso de la investigación se cumplieron con principios éticos y de máxima confiabilidad, pues la información ha sido utilizada únicamente con fines científicos. Consideramos que la investigación tiene valor científico social, realizándose una revisión bibliográfica de documentos científicos actuales y reconocidos internacionalmente.

Operacionalización de las Variables

- Variable Independiente: Climaterio: periodo de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la vida femenina. Se divide en dos etapas perimenopausia y posmenopausia.
- Variable dependiente: Factores de riesgo

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad de aparición de la menopausia	Cuantitativa continua interval	40-44	Edad en años según Carné de Identidad	Número y porcentaje según grupo de edad.
		45-49		
		50-54		
		+55		
Funcionamiento familiar	Cualitativa Ordinal	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Cumplimiento de las funciones de la familia según Test de FF-SILL cuestionario que consta de 14 proposiciones y 7 categorías:	Número y porcentaje según funcionamiento familiar.

Síntoma principal	Cualitativa nominal politómica	Sintomatología	Número y porcentaje según Síntoma principal	Número y porcentaje según Síntoma principal
Ocupación	Cualitativa nominal Dicotómica	Si o no	Trabajadora Ama de casa	Según grupo de edad
Nivel de escolaridad vencido	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Educación alcanzada hasta el momento	Por ciento de mujeres climáticas según nivel de escolaridad vencido
Número de compañeros sexuales	Cualitativa nominal	1 2 A 5 6 A 10 11 A 15 >15	Según número de compañeros sexuales	Según número de compañeros sexuales
Estado civil	Cualitativa Nominal Dicotómica	Casada, acompañada Soltera, viuda	Número y Porcentaje	Número y Porcentaje
Grupo Dispensarial	Cualitativa Ordinal	Grupo I Grupo II Grupo III Grupo IV	Es el registro de agrupamiento y control de las personas y familias a él asignadas: personas supuestamente sana, sanas, enfermas y con secuelas	Por ciento de mujeres climática según grupo dispensarial

Factores de riesgo de ECNT	Cualitativa Nominal politómica	Sedentarismo Obesidad Estress Drogadicción Hábito de Fumar	Según Antecedentes patológicos personales	Número y Porcentaje según factores de riesgo
Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Cualitativa nominal politómica	HTA, AB, DM tipo II Hipotiroidismo Hipertiroidismo Dislipidemia Osteoporosis Neoplasia	Según Antecedentes patológicos personales	Número y Porcentaje según enfermedad

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Distribución de la población climatérica según edad de aparición de la menopausia, pertenecientes al consultorio médico de familia 5 del municipio Bolivia, Provincia Ciego de Ávila. De febrero 2017 a mayo de 2018.

Edad de aparición de la menopausia	Total	
	Nº	%
40-44 años	23	14.0
45-49 años	37	22.5
50-54 años	74	45.1
+55	30	18.2
TOTAL	164	100.0

Fuente: Encuesta

En la presente investigación la edad que predominó fue de 50-54 años lo que representa un 45.1%, constituyendo alrededor de la mitad de la población del grupo estudiado, lo que se corresponde con estudios acerca de la edad de presentación de la menopausia que no ha cambiado debido a que esta se produce de forma fisiológica entre los 40-59 años de edad. El promedio de menopausia, en la mayoría de los países que llevan registros de salud, es de 48 años. En Venezuela es de 48,7 años $\pm$ 4,6 años al igual que en Cuba y en la mayoría de los países de América Latina. En España según estudios, es a partir de los 50 años (23).

Según la literatura se presenta entre los 45 a 50 años de edad, con variaciones entre países y etnias, aceptándose los 50 años como edad promedio. En nuestro país, ocurre entre los 47 y 48 años en las mujeres sanas; en las diabéticas entre 45 y 46 años, 2,12 lo que evidencia un adelanto de la misma en este grupo de pacientes y resulta un elemento de importancia, dado que se produce el cese más temprano de la actividad estrogénica acelerando la presencia de la aterosclerosis (19,20).

Tabla 2. Clasificación del funcionamiento familiar en la población climatérica según FF-SIL

Funcionamiento familiar	Total	
	Nº	%
Funcional	46	28.0
Moderadamente funcional	98	59.7
Disfuncional	14	8.5
Severamente disfuncional	6	3.6
TOTAL	164	100.0

Fuentes: TEST FF-SIL de funcionamiento familiar

Se observa que el 59.7% de las mujeres en edad climatérica viven en familias moderadamente funcionales y 28% en familias funcionales cifra que nos alienta sobre un alta incidencia de familias funcionales que apoyan a nuestras mujeres como familia unificada. Solo se presenta un 8.5% de familias disfuncionales y un 3.6% de familias severamente disfuncionales, y se obtuvo que la condición de disfuncionalidad estuvo asociada con las condiciones materiales limitadas, con la estructura multigeneracional y con riñas matrimoniales e intergeneracionales.

Con similitud sucedió en la población del Consultorio popular Pariapan del municipio Juan Germán Roscio estado Guárico en la república bolivariana de Venezuela con una funcionalidad del 47.2% y riesgo de disfuncionalidad un 42.3% y solo el 10.2% disfuncional. (44)

La funcionabilidad de la familia no es solo el cumplimiento de las funciones familiares sino, el proceso resultante del conjunto de interacciones entre las familias y de estas con los grupos sociales que le rodean (extra-familiares), por lo que decidimos reflejar el Funcionamiento Familiar de cada uno de la población climatérica estudiada (45).

Síntoma Principal	Nº	% N=164
-------------------	----	---------

Sofoco	164	100.0
Sudoración	152	92.6
Ansiedad	104	63.4
Depresión	116	70.7
Insonnio	87	53.0
Sequedad vaginal	65	39.6
Problemas. Sexuales	74	45.1
Molestias musculares	113	68.9
Molestias cardiovasculares	51	31.0

Tabla 3. Describir la sintomatología presente en mujeres de 40 a 59 años según la etapa climática que se encuentre.

Fuente: Encuesta

En la tabla #3 se puede observar que el síntoma principal que predominó en la mayoría de las mujeres climática son los sofocos y las sudoraciones lo que representa el 100% y el 92.6%

El grado de percepción de los síntomas se le preguntó a cada paciente para que ella misma calificara ese síntoma principal y el conjunto de éstos como ella era capaz de sentirse en esos momentos o en los días que precedieron su llegada a la consulta.

Los sofocos y las sudoraciones que son los síntomas más reportados en todas las literaturas consultadas del mundo occidental se consideran como trastornos de la termorregulación central en el termostato hipotalámico; ante el déficit de producción de estrógenos ocasionaría a nivel hipotálamo - hipófisis un desequilibrio entre los neurotransmisores hipotalámicos (catecolamina, dopamina y endorfinas) los cuales son capaces de estimular a este centro termorregulador aumentando la temperatura corporal y se produce la vaso dilatación y sudoración para resolver o ajustar la temperatura corporal que se encuentra elevada por la activación del simpático cervical; además de activar las neuronas del núcleo productor de la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropina GnRH la que aumenta los niveles de LH. La Dra. Navarro en su libro plantea que estos síntomas no se reportan en las mujeres mayas y en el Japón no existe esta palabra en su idioma (46). El síntoma principal por el cual

concurrieron las mujeres a la atención médica en el grupo de estudio fueron los sofocos o fogajes (100%); seguida por los síntomas de insomnio, depresión, irritabilidad de carácter y ansiedad agrupados como los denominados epifenómenos o trastornos psicológicos del climaterio. En todos los estudios e investigaciones sobre el climaterio el síntoma principal son los sofocos; seguidos de las sudoraciones que fue, en nuestro estudio, el 92.6%.

Según Arteaga en el libro de Ginecología del Dr. Pérez Sánchez en el capítulo de Climaterio plantea que estos síntomas de bochornos, fogajes, palpitaciones y sudoraciones se presentan alrededor del 80% de las pacientes y su frecuencia es mayor en el primer año de posmenopausia y declina progresivamente; aunque pueden reaparecer años después de la menopausia. (47)

Lugones plantea en su capítulo de enfoque integral de la mujer climatérica que resulta muy importante la comparación que muchas veces hace la mujer con la auto percepción de su vida en las diferentes etapas en que se desenvuelve y refieren que han disminuido sus rasgos de belleza, del rol que tenían en la familia y de su capacidad física y mental y estos elementos contribuyen a alterar su estado de salud del 20 al 40 %. (48).

Tabla 4. Distribución de la población climatérica según ocupación.

Ocupación	Total	
	Nº	%
Trabajadora	116	70.7
Amas de Casa	48	29.2
TOTAL	164	100.0

Fuente: Encuesta

El 70.7% de las mujeres climatéricas que componen nuestro estudio son trabajadoras, y solo son amas de casa el 29.2% siendo su distribución

porcentual muy similar en este estudio: el 27% de amas de casas; las profesionales reportadas fueron del 26% y el 24,4% técnicas. Estos resultados no coinciden con los estudios de la Dra. Díaz Sánchez que refiere el 40,9% de amas de casas ni con el estudio de la Dra. Valdés en el cual el por ciento de amas de casas fue del 50,5% mujeres (48) (50).

No hubo significación estadística cuando se correlacionó el síntoma principal referido por cada una de las 164 mujeres con su ocupación actual. Al predominar en este estudio las mujeres trabajadoras sobre las amas de casas encontramos que influye como en todos los grupos poblacionales de acuerdo al desarrollo socio – económico sobre la historia obstétrica de las mujeres estudiadas siendo la media de gestaciones del 3,6 pero predominó la relación de abortos sobre los partos, siendo la media de 2,0 abortos contra el 1,6 de partos. Los estudios de la Dra. Valdés y Díaz Sánchez (78, 81) en donde predominaron las amas de casas es mayor la media de partos sobre la decisión del aborto. La tasa de fecundidad específica en Cuba es baja de 46,7 por 1000 mujeres en edad fértil (MEF) y Cuba ocupa el primer lugar entre los países latinoamericanos y un lugar entre los 30 del orbe por su baja natalidad. (51)

Tabla 5. Distribución de la población climatérica según nivel de escolaridad vencido.

Nivel de escolaridad vencido	Total	
	Nº	%
Primaria	0	0
Secundaria	39	23.7
Pre-universitario	82	50.0
Universitario	43	26.2
TOTAL	164	100.0

Fuente: Encuesta

La escolaridad predominante en este estudio fue el nivel medio, 50%; que es actualmente la realidad del país en escolaridad; y se observó que las mujeres que solicitaron ayuda médica el 26.2% eran universitarias; a pesar de sus

conocimientos generales la percepción de los síntomas del climaterio sobre todo los sofocos nocturnos le produce a todas la misma ansiedad, independientemente de su escolaridad. Esto puede estar en relación con lo planteado por la autora rusa Krymskaya en lo referente al desgaste del eje hipotálamo – hipófisis de las mujeres intelectuales (4) .

El grado de escolaridad en el nivel medio fue similar, el 72,2% y del 62, 6%, respectivamente, en los estudios realizados en Cuba por las Dras. Mayté Valdés y María E. Díaz Sánchez mientras que ambos estudios el nivel universitario fue más bajo (14,7% y 9,8%, respectivamente) (49,50); reportando la Dra. Valdés un mayor por ciento de mujeres asintomáticas.

Tabla 6. Distribución de la población climatérica según el número de compañeros sexuales.

Compañeros sexuales	Total	
	Nº	%
1	43	26.2
2 A 5	97	59.1
6 A10	16	9.7
11 A 15	5	3.0
> 15	3	1.8
TOTAL	164	100.0

Fuente: Encuesta

Las 164 mujeres no se opusieron a responder sobre el número de compañeros sexuales y se encuentra que el rango de 2 a 5 compañeros fue el más frecuente para el 59.1%; y el 26.2% declara haber tenido una sola pareja sexual. Solo 3 mujeres del total declaran haber tenido más de 15 compañeros sexuales y otras 5 refieren entre 11 a 15 parejas. No se encontró ninguna referencia sobre este factor que puede contribuir a determinar grado de estabilidad emocional de la mujer en edad mediana y su personalidad ante los efectos adversos de la disminución en la producción hormonal de esta etapa y de acuerdo a las variables socioeconómicas actuales.

Lugones plantea en su experiencia que el 29,9% arriban a la perimenopausia sin pareja y que esto se incrementa al 39,9% en la posmenopausia (52); cifras superiores a las encontradas en nuestro estudio. El autor plantea que esta ausencia de pareja está asociada a la depresión de estas mujeres; que al encontrarse “solas” se les exacerban los síntomas.

La calidad de las relaciones sexuales es regular o mala en el 63,3% de las mujeres que concurren espontáneamente a consulta pero no declaran que éste sea el motivo fundamental de su consulta; por lo cual se puede diferir que a pesar de plantear otro (s) síntoma(s) del climaterio, de forma indirecta, a veces lo que prima en muchas mujeres son los trastornos con su pareja en lo referente a la sexualidad.; Lugones en su estudio con 202 mujeres perimenopáusicas plantea que las relaciones sexuales son malas o regulares en el 60,3% y en el 73,3% de las posmenopáusicas por lo cual sus cifras son similares a las encontradas en nuestro estudio. La Dra. C. Sarduy plantea que la demanda de atención sexológica es baja; realidad que contrasta con una alta morbilidad oculta por malestares sexuales y disfunciones en las mujeres en consultas de Psicología y Psiquiatría en APS (53).

Solo declaran una buena calidad de la relación sexual el 31,7% de las mujeres casadas; mientras que las mujeres con una pareja estable el porcentaje es mayor (46,7%). La calidad regular o mala de la relación sexual con el estado conyugal es evidente que ocurre con mayor frecuencia en las mujeres casadas (33,1 y 29,7%) que en aquellas que mantienen una pareja estable (28,3% y 23,3%) sin permanencia del cónyuge en el hogar. La Dra. Hernández en su tesis de maestría (54) plantea que las relaciones sexuales se ven en muchas ocasiones afectadas por las discusiones frecuentes, falta de comprensión y comunicación que se inician a partir de la sobrecarga física de la mujer por los quehaceres del hogar y la falta de cooperación de esposo e hijos.

Tabla 7. Distribución de la población climatérica según estado civil.

	Total
--	-------

Estado civil	Nº	%
Soltera	59	35.9
Casada	23	14.0
Acompañada	78	47.5
Viuda	4	2.4
TOTAL	164	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla 7 se observa que predomina el grupo mujeres acompañadas (47.5%) y cifras similares entre las que refieren estar solas (35.9%) La Dra. Díaz Sánchez (50) refleja en su estudio que el 41,6% mujeres peri menopaúsicas son casadas, en el municipio Centro Habana; muy por debajo de los datos de nuestro estudio; pero similar a las cifras obtenidas por el grupo del policlínico “Héroes de Girón” donde se encontró que el 20% de las mujeres solteras, no refieren tener compañeros sexuales ocasionales, lo que nos plantea un nuevo problema social que es la soledad. (49)

Tabla 8. Distribución de la población climatérica según grupo dispensarial.

Grupo Dispensarial	Nº	%
I	26	22.7
II	53	29.9
III	85	37.5
IV	0	0
TOTAL	164	100.0

Fuente: Encuesta y Análisis de documento.

En la tabla # 8 se determina que el grupo que predomina es el grupo III, con un 37.5%, siendo la población que presenta alguna enfermedad. Siendo la población a la cual se le debe dar seguimiento para el control de las enfermedades.

Continuando el grupo II con un 29.9%; Siendo la población que presenta factores de riesgo, así mismo se determina que solo el 22.7% de la población de adultos mayores está en el grupo I.

Estudios realizados en consultorios médicos de Venezuela en el año 2013 se encuentra con grandes semejanzas, prevaleciendo ampliamente el grupo III con un 53%.(55).

Tabla 9. Distribución de la población climatérica según algunos factores de riesgo de ECNT.

Factores de riesgo de ECNT	No.	% N=164
Sedentarismo	112	68.2
Obesidad	82	50.0
Drogadicción	96	58.5
Hábito de Fumar	143	87.1
Estado depresivo	159	96.9

Fuente: Encuesta

En la tabla # 9 se identifica que el principal factor de riesgo que afecta a nuestra población es el estado depresivo con un 96.9%.

En cuanto al predominio de factores de riesgo, se manifiesta en segunda frecuencia el hábito de fumar con un 87.1%. Por otra parte, debe recalcar que la mayoría de ellas fuma cigarro, esto hace que el riesgo referido anteriormente sea 14 veces superior.

Considerándose, además que la prevalencia del tabaquismo, aumentará significativamente, el número de personas afectadas por dicha enfermedad en los próximos años, y en el 2020 se cree que será la tercera causa de muerte en el mundo.(56,57)

El sedentarismo fue el tercer factor de riesgo con un 68.2% lo que implica que una vez que la mujer a esta edad deja de ser activa debido a que no realiza ninguna actividad en el hogar.

Tabla 10. Distribución de la población climatérica según antecedentes de ECNT.

Enfermedades crónicas	No.	% N=164
Hipertensión arterial	115	70

Asma bronquial	79	48.1
Diabetes mellitus tipo II	65	39.6
Hipertiroidismo	8	4.8
Hipotiroidismo	5	3.0
Dislipidemia	22	13.4
Osteoporosis	16	9.7
Neoplasias	3	1.8

Fuentes: Encuesta

En la presente investigación la enfermedad crónica de mayor aparición que afecta a las mujeres climatéricas es la Hipertensión arterial con un 70%, seguido del asma bronquial que representa un 48.1 %, y en tercer lugar la diabetes mellitus tipo II ya diagnosticada con un 39,6%; superior al reportado por la Dra. O. M. Colete (3% de la población cubana) con una frecuencia mayor en las mujeres y con aparición entre los 40 a 50 años de edad (58). Siendo estas tres enfermedades crónicas no transmisibles la de mayor frecuencia de dispensarización en la APS. Se conoce que en esta etapa de la vida predomina la hipertensión arterial, la obesidad y la cardiopatía isquémica como causa de mayor morbilidad en los países desarrollados siendo también en Cuba los rubros que producen la mayor morbilidad y mortalidad en mujeres mayores de 50 años de edad (59,60). En EE. UU., la hipertensión arterial es la causa directa de 4,7% de las muertes en mujeres blancas y los 22,8% en las afro americanas. La Dra. Navarro plantea que es la hipertensión arterial el factor más relevante para el riesgo cardiovascular por tener un carácter modificable, porque su prevalencia e incidencia es mayor que la D.M. y el tabaquismo, y existe una interrelación bidireccional con la aterosclerosis y porque el envejecimiento favorece su aparición. (58)

Pero antes de comenzar dicho análisis es necesario destacar que la población estudiada presenta una o más enfermedades, correspondiéndose con los estudios realizados por el Dr. Enrique Vega García, quien expone que dos de cada tres personas mayores en América Latina y el Caribe tienen una de las enfermedades crónicas. (61)

Por otra parte, se puede constatar que los resultados referidos anteriormente se corresponden con los resultados de Marelys Yanes Quesada y colaboradores en un estudio de 329 pacientes con hiperglicemia previa, la frecuencia general de la HTA fue de 59.9%, por lo que se concluyó que los pacientes con trastornos metabólicos tiene mayor prevalencia de HTA. (62).

Así mismo se obtuvo correspondencia con el estudio realizado por P. Padilla Frías y colaboradores 29, en 160 pacientes diabéticos de tipo 2, donde 60.6% se reportaron como hipertensos y el 51.3% de los pacientes estudiados presentaron trastorno lipídico; lo que constituye una frecuencia más alta que la que se obtuvo en esta investigación, dicho comportamiento puede deberse a una menor frecuencia, en el grupo poblacional estudiado de la obesidad. (63). Lo mismo sucede en un estudio realizado por Idolina Sánchez Rosales en 331 pacientes, se obtuvo una frecuencia de DM de 77.6%, reportándose además la presencia de otras alteraciones como la obesidad y los antecedentes de HTA, comportamiento similar al obtenido en esta investigación. (64)

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la existencia de una clara relación entre la obesidad y la diabetes tipo 2, manifestando que más del 70% de los diabéticos tipo 2 son también obesos, dicha relación es superior a la encontrada en la presente investigación, aun cuando se analizan ambos tipos de diabetes; la no semejanza en dicha correspondencia puede deberse al largo período de evolución de la enfermedad en la mayoría de los pacientes que la padecen, lo que ha permitido la corrección del peso corporal; igualmente debe destacarse que aun cuando la frecuencia de la obesidad no sea elevada, casi todos presentan un sobrepeso corporal por encima del que debían tener.

IV. CONCLUSIONES

En la población climatérica del consultorio 5 del Área de Salud Norte del municipio Bolivia se pudo observar que las características socio culturales que predominaron del grupo estudiado son: el nivel de escolaridad medio – superior, nivel económico medio para satisfacer sus necesidades y la ocupación profesional y técnica. El síntoma principal fueron los sofocos, seguido de los epifenómenos que de éste se derivan. Se diagnosticaron como afecciones crónicas más frecuentes la hipertensión arterial, el asma bronquial y la diabetes mellitus en tercer lugar.

La relación médico – paciente fue estrecha por lo cual se pudo observar rasgos de la personalidad de la paciente, manejar la percepción de la criticidad de la sintomatología, trabajar los aspectos desfavorables socio- económicos – culturales. La Atención Primaria de Salud (APS) es el escenario por excelencia para mejorar las condiciones materiales y técnicas porque enmarca en la principal política de salud de Cuba.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfonso Fraga J.C. Cuba: Características demográficas de las mujeres de edad mediana. Artiles Visbal L. Climaterio y menopausia. 1 ed. Ciudad de la Habana: Científico Técnica; 2016. p. 21-37.
2. Sección climaterio y menopausia. Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. II Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. Ciudad Habana, Ed. CIMEQ, 2015
3. Prado Martínez, C. La menopausia: síndrome menopaúsico y factores socio-ambientales de influencia, Estudios de Antropología. Universidad Autónoma de Madrid. España, 2016:346-360.
4. Krymskaya, M. El período climatérico. 1 Ed. Moscú, Editorial MIR; 2015
5. Guerra Macedo C. Género y salud en las América OPS/OMS [monografía en Internet]. Washington D.C.: OPS; 2017 [citado 1 Enero 201]5. Disponible en: [http://www.paho.org/genero y salud](http://www.paho.org/genero_y_salud)
6. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud de las América. Washington D.C.: OPS/OMS; 2015.
7. Gauld R. Etapas de la vida. Rev. Ciencia y vida. (2):135-137,2016.
8. Artiles Vistal L, Navarro Despaigne, D., Manzano Ovies B.R. Consideraciones epidemiológicas y psicosociales. González Campos, O.; Arteaga Urzúa, E.; Contreras Castro, O. Menopausia y longevidad. Chile, Ed. Bywaters, 2015. p 27 -40
9. Hammond CB, Maxson WS. Estrogen replacement therapy. Clin. Obstet. Gynecol. 2016; (29):407-30
10. Ordoñez B. La salud de la mujer en México: panorama general. Revista Mexicana de Pediatría. 2016; 1 (52): 7-10.
11. Restrepo H. Notas para la discusión sobre la atención y la promoción de la salud de la mujer adulta en las América en género, mujer y salud en las América. O.P.S. Pub. Cient. No.541. O.P.S. /O.M.S. Washington D.C., 2015; 1(255):87-89.
12. Botella Llusia J. La edad critica. Climaterio y menopausia. 4 ed. Barcelona, España: Salvat S.A.; 2017.

13. Zunzunegui M.V. Epidemiología del envejecimiento. Marcos Becerro J.F., Marcos, Frontera W, Santoja Gómez R. La salud y la actividad física en las personas mayores. 1 ed. Madrid: IMPRESION S.A.; 2015. P.15-27
14. Manzano Ovies, B.R. Modelo de atención a la mujer climatérica. Su valor como modelo de prevención. Artiles Vistal L; Navarro Despaigne, D. y Manzano Ovies, B.R. Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2017. p. 327 – 335.
15. Santisteban Alba, Stalina. Climaterio y menopausia: factores sociales que inciden en este problema de salud. [Trabajo filosófico] Referata. Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas “Dr. S. Allende” C. Habana, Julio 2016.
16. Novak Edmund R.; Jones Georgeanna S.; Jones Jr. Howard W. Tratado de Ginecología. Novena edición. Ciudad Habana, Ed. Cient. Técnica, 2017.
17. Alfonso FJC: Características sociodemográficas de las mujeres de edad mediana. En: Artiles VL, Navarro DD, Manzano OB. Climaterio y menopausia: un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2017.p.336-54.
18. Cicinelli E., Mazzotta N., Borraccino V., Pharmacokinetics and endometrial effects of vaginal administration of micronized progesterone in an oil solution to postmenopausal women. Fertil Steril 2016; (65): 860-862
19. Colectivo de autores. II Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia. Editorial CIMEQ. 2017:15-58. Disponible en: p.pdf
20. Zárate A: Longevidad y Menopausia. En su: Menopausia y cerebro. Aspectos psicosociales y neurohormonales de la mujer climatérica. México. Editorial Trillas.2017:1-13.
21. Writing Group for the WHI. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women’s Health Initiative randomized controlled trial. JAMA Julio 17, 2015, 288 (3):321 – 333.
22. Pérez-López F, editor. Climaterio y Envejecimiento. Medicina basada en la evidencia. Edita SEISGE, Zaragoza, España [en Internet]. 2004. [Consultado: 11 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.unizar.es/gine/mbe2.htm>

- 23-. Lugones M, Navarro D. Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. Rev. Cubana Obst. Gine. (Cuba) 2016; 32(1):123-5.
- 24-. Vega G., Hernández A., Leo G., Vega J., Escartin M., Luengas J. Incidencia y Factores relacionados con el Síndrome Climatérico en una población de mujeres Mexicanas. Rev. chil. obstet. ginecol. (Chile). 2017;72(5):314-320.
- 25-. Yanes M., Benítez Y., Alfonso I. Síndrome climatérico: caracterización clínica y socio-epidemiológica. Rev. Cubana Med. Gen Integr. (Cuba). 2015; 20(4).
- 26-. Aedo S., Schiattino I, Cavada G, Porcile A. Quality of life in climacteric Chilean women treated with low-dose estrogen. Maturitas. (Chile) 2018; 61(3):248-51.
- 27-. Brantes S. MRS y otras puntuaciones para caracterizar clínicamente el climaterio. II Chilean board school on the menopause. XXXIII Congreso Chileno de Ginecología y Obstetricia. Certificado por SOCHICLIM - IMS – SOCHOG. (Chile). 2017.
- 28-. Lugones M, Valdés S, Pérez J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (I). Rev. Cubana Obst. Gine. (Cuba) 2016; 27(1):16-21
- 29-*Margaret Lock* antropóloga. Menopause Research: The Korpilompy Workshop. Soc. Sci. and Med. 2015;22:11.
- 30-. Aedo S, Porcile A, Irribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. Rev. Chilena Obst. y Gine. (Chile) 2016; 71(6):402-9
- 31-. García I., Navarro D. Influencia del entorno familiar en la mujer en etapa climatérica. Rev. Cubana Medicina General Integral. (Cuba) 2017; 27(2): 143154. Disponible en:
- 32.- Ministerio de Salud, Chile. Orientaciones Técnicas para la Atención Integral de la Mujer en edad del Climaterio, Programa Nacional Salud de la Mujer. MINSAL 2017

- 33-. Yanes M, Chio I, Perez R. Satisfacción personal de la mujer de edad mediana y su relación con otros factores de la vida cotidiana. Rev. Cubana de Gin. y Obst. (Cuba). 2015; 38(2):199-213
- 34-. González A, Veá B, Visbal A. Construcción de un instrumento para medir la satisfacción personal en mujeres de mediana edad. Rev. Cubana Salud Pública (Cuba) 2015; 30(2).
- 35-. Yañez M, Chio I. Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana. Rev. Cubana Med. Gral. Integral (Cuba) 2018; 24(2) (online). Acceso 10/07/2013. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n2/mgi05208.pdf>
- 36-. URZÚA A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. Méd. Chile. (Chile) 2017; 138: 358-365
- 37-. Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla J, Castelo-Branco C, Manubens M. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. Med clin. 2015; 122:205-11
- 38-. López F, Soares D, D'Andretta A. Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la Menopause Rating Scale (MRS). Rev. Chilena Obst. Gine. (Chile) 2017; 75(6): 375 – 382
- 39-. Lugones M. El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. Rev Cubana Medicina General Integral. (Cuba) 2016; 17(2): 206-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000200017&lng=es
- 40-. Cuba M., Jurado A., Romero Z., Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. Rev. Medica Herediana. (Perú) 2016; 24(1):12-16.
- 41.- Aedo S., Porcile A., Irribarra C. Calidad de vida relacionada con el Climaterio en una población chilena de mujeres saludables. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2016; 71(6): 402-409

- 42-. De Revilla Luis. Conceptos e instrumentos de la atención familiar Ediciones Doyma 2014. Barcelona España. ISBN 84-7592-590-1
- 43-. Smilkstein, Gabriel .The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. The Journal of Family Practice, Vol 6(6),2015
- 44-. De Almeida N., Ayres J. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Rev. Salud Colectiva (Venezuela). 2017; 5(3): 323-344
- 45-. López Sutil V. Validación de la prueba de funcionamiento familiar a escala comunitaria. Tesis en opción al grado de especialista en psicología de la salud 2016. Facultad "Calixto García"
46. Manzano Ovies, B.R. Modelo de atención a la mujer climatérica. Su valor como modelo de prevención. Artilles Vistal L; Navarro Despaigne, D. y Manzano Ovies, B.R. Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2017. p. 327 – 335.
47. Arteaga, E.; Bianchi, M.; Climaterio femenino: aspectos patológicos y terapéuticos. Pérez Sánchez Alfredo. Ginecología. Tercera Edición. Santiago de Chile. Ed. Mediterráneo, 2016. p.317 - 35
- 48.Lugones Botell Miguel. Enfoque integral de la mujer climatérica en el nivel primario. Artilles Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. 1 ed. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2017. p.336 – 354.
- 49.Valdés Pérez, Mayté. "Caracterización de las mujeres climatéricas". [tesis] Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende". Ciudad de La Habana. ISCMH; 2015
- 50.Díaz Sánchez, M. E.; Carménate Moreno, M. M.; Toledo Borrero E.M.; Moreno López, V.; Moreno López R.; Wong Ordoñez I. Algunos factores sociales y del estilo de vida relacionados con la menopausia. Artilles Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. Climaterio y menopausia un enfoque desde lo social.1 ed. C. Habana: Editorial Científico Técnico; 2017. p. 95 – 105

- 51.Sosa Marín Miguel R. Salud Sexual y Reproductiva en Cuba. Avances. Minsap. Año 2015. Publicado en soporte electrónico. Tema 1 del curso 7 de la Maestría “Atención Integral a la Mujer”. (UCI) Febrero 2016.
- 52.Lugones Botell Miguel. Enfoque integral de la mujer climatérica en el nivel primario. Artilles Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. 1 ed. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2017. p.336 – 354.
- 53.Sarduy Sánchez Celia. La sexualidad de la mujer de edad mediana. Realidades y reto. Artilles Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. 1 ed. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2017. p.119 -131.
- 54.Hernández Méndez María L. La sexualidad en la mujer climatérica. [tesis de maestría] Soporte electrónico. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Manuel Fajardo. C. Habana, ISCMH.; Julio 2017
55. Manson JE., Hsia J., Jhonson K.C et als. WHI publishes data analysis regarding CHD effects with EPT. N Engl J Med 2015; 349: 523 – 524 NAMS. [http:// www.menopause.org/news.htm](http://www.menopause.org/news.htm) www.menopause.org/news.htm # aug 1
- 56.Greendale GA, Lee NP, Arriola ER. The menopause. Lancet 2016; (353):1062-1071
- 57.Fraser IS, Mansour D. Delivery systems for hormone replacement therapy (HRT) Expert Opin Deliver 2016 Mar;3(2): 191 – 204
58. Manzano Ovies, B.R. Modelo de atención a la mujer climatérica. Su valor como modelo de prevención. Artilles Vistal L; Navarro Despaigne, D. y Manzano Ovies, B.R. Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2017. p. 327 – 335.
59. Arteaga, E.; Bianchi, M.; Climaterio femenino: aspectos patológicos y terapéuticos. Pérez Sánchez Alfredo. Ginecología. Tercera Edición. Santiago de Chile. Ed. Mediterráneo, 2015. p.317 - 35

60. Shoupe D.: Contraindications to THR En Lobo RA (Ed) Treatment of the postmenopausal woman: Basic and clinical aspects. New York: Raven Press, 2015, p. 415 -418
61. Vega, G.E.; Lanchares, J.L.; Cuidados preventivos de la salud de las mujeres hasta los 65 años de edad. Rev. Iberoam Menopausia 4(2):1122, 2015
62. Organización Panamericana de la Salud. Frecuencia de los síntomas de menopausia y riesgos asociados en Ecuador. Rev Panam Salud Publica Rev Panam Salud Pública /Pan Am J Public Health. 2017; 21(5):331.
63. Padilla F.P. Características clínicopatológicas del endometrio sometido a diferentes pautas de tratamiento. [Tesis Doctoral]. [Monografía en Internet]. España: Editorial de la Universidad de Granada. 2005. [Consultado: 11 de abril de 2016].
64. Menopausia. [Monografía en Internet] [Consultado: 16 de junio de 2017]. Disponible en:

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para participar en la investigación: Caracterización clínica y epidemiológica de las mujeres climatéricas pertenecientes al CMF # 5 del municipio Bolivia.

Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la Dra. _____ quien me ha informado que:

Esta investigación tiene como objetivo principal realizar una caracterización clínica y epidemiológica de las mujeres climatéricas pertenecientes al CMF # 5 del municipio Bolivia.

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud. Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 201_.

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

Anexo II

ENCUESTA

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a caracterizar clínica y epidemiológicamente las mujeres climatéricas pertenecientes al CMF # 5 del municipio Bolivia.

Esperamos, como siempre, su colaboración. GRACIAS.

1. Señale con una x el grupo de edad en que presentó la aparición de los primeros síntomas de la menopausia.

- ☐ 40-44
- ☐ 44-49
- ☐ 50-54
- ☐ +55

2. Marque con una x los síntomas que presentó:

- ☐ Sofocos ☐ Sudoración ☐ Ansiedad ☐ Depresión
- ☐ Insomnio ☐ Sequedad vaginal ☐ Problemas sexuales
- ☐ Molestias musculares ☐ Molestias cardiovasculares

3. Diga cómo se desempeña:

- ☐ Ama de casa ☐ Trabajadora

4. Señale con una x el nivel de escolaridad vencido que presenta:

- ☐ Primario
- ☐ Secundario
- ☐ Pre-universitario
- ☐ Universitario

5. Señale con una x el número de compañeros sexuales que ha tenido:

- ☐ 1 ☐ 2-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ +15

6. Diga su estado civil:

- ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Acompañada ☐ Viuda

7. Diga si padece alguna enfermedad: _____

8 .Señale con una x si:

- ☐ practica ejercicios periódicamente
- ☐ no practica ejercicios
- ☐ consume algún tipo de drogas
- ☐ fuma

9 .Señale con una x si se siente deprimida:

- ☐ en ocasiones
- ☐ siempre
- ☐ nunca

Anexo III

TEST FF-SIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Instrucciones: marque con una cruz donde corresponda

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
		1	2	3	4	5
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar					

	diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Resultado del TEST FF-SIL

Criterio diagnóstico	Puntaje
Familia severamente disfuncional	14-27 puntos
Familia disfuncional	28-42 puntos
Familia moderadamente disfuncional	43-56 puntos
Familia funcional	57-70 puntos