

Funcionalidad familiar y calidad de vida en mujeres con menopausia en primer nivel de atención

Méndez Rojas Verónica¹, Vázquez Cruz Eduardo², Palacios Ramírez Nayelly Isabel³

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar Numero 6.

² Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar Numero 1.

³ Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar Numero 7.

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida en mujeres con menopausia y su impacto en la funcionalidad familiar.

Metodología: Investigación observacional, prospectiva, transversal y relacional realizada en la U.M.F. No. 06 de Puebla del 01 de febrero al 30 de septiembre de 2021. Fueron incluidas mujeres derechohabientes de 45 a 54 años que acudieron a la consulta externa con diagnóstico de menopausia y que aceptaran participar en el estudio, se excluyeron a aquellas con discapacidades sensorial, motora y/o cognitiva; eliminando a las que perdieron la vigencia y a las que no desearon continuar en el estudio. El muestreo fue de tipo probabilístico por conglomerado, con una muestra de 108 pacientes. Se consideraron variables como edad, calidad de vida y funcionalidad familiar. Se aplicó la Escala Cervantes, para la percepción de calidad de vida y salud en la menopausia ($\alpha=0.819$), y FACES IV, para funcionalidad familiar ($\alpha=0.7$). La información se analizó mediante el programa estadístico SPSS V26, para despejar la hipótesis se utilizó Chi cuadrada con una significancia de $p<0.05$.

Resultados: del total de mujeres incluidas, más de la mitad, un 56.48% ($n=61$) percibía una mala calidad de vida, mientras que el 25% ($n=27$) percibían buena calidad de vida. Ambos grupos presentaban una funcionalidad familiar equilibrada.

Conclusión: No existe una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida percibida en mujeres con menopausia y la funcionalidad familia.

Abstract

Objective: To determine the quality of life in women with menopause and its impact on family functionality.

Methods: Observational, prospective, cross-sectional and relational research carried out at the U.M.F. No. 06 of Puebla from February 1 to September 30, 2021. Eligible women aged 45 to 54 who attended the outpatient clinic with a diagnosis of menopause and who agreed to participate in the study were included; those with sensory disabilities were excluded. motor and/or cognitive; eliminating those that lost their validity and those that did not wish to continue in the study. The sampling was probabilistic by conglomerate type, with a sample of 108 patients. Variables such as age, quality of life and family functionality were considered. The Cervantes Scale was applied, for the perception of quality of life and health in menopause ($\alpha=0.819$), and FACES IV, for family functionality ($\alpha=0.7$). The information was analyzed using the statistical program SPSS V26, to clear the hypothesis, Chi square was used with a significance of $p<0.05$.

Results: Of the total number of women included, more than half, 56.48% ($n=61$) perceived a poor quality of life, while 25% ($n=27$) perceived a good quality of life. Both groups presented balanced family functionality.

Conclusion: There is no statistically significant association between perceived quality of life in women with menopause and family functionality.

Palabras Clave: Familia, Calidad de vida, Mujer, Menopausia.

Keywords: Family, Quality of life, Women, Menopause.

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida surgió en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, su definición actual se determinó en el proyecto transcultural de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en donde se describe que la calidad de vida es: “La percepción de un individuo en cuanto a su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. La calidad de vida es un concepto de amplio alcance que afecta de manera compleja la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y sus relaciones con las características más destacadas de su entorno [1-3].

La menopausia es un proceso en el que, durante su desarrollo, la mujer presenta un conjunto de síntomas que van afectando su calidad de vida por lo que no es posible pensar en esta etapa como un proceso exclusivamente clínico debido a que involucra una gama de aspectos somáticos, biológicos y psicológicos (incluyendo los familiares) en forma completa [4].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la menopausia natural o fisiológica como el “cese permanente de la menstruación esta, la cual se encuentra determinada por la ausencia de ciclos menstruales durante más de 12 meses [5,6].

Durante el periodo de transición que se cursa en la menopausia la mujer se encuentra sujeta a muchos cambios a nivel biológico, somático y psicosocial. En varios casos esta etapa se ve caracterizada por la presencia de síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, del estado de ánimo, urogenitales, disminución de la densidad ósea entre otros, que afectan significativamente la calidad de vida [5,7,8,9].

Biológicamente en esta etapa se presenta un descenso de las funciones ováricas productoras de hormonas, afectándose principalmente la variabilidad en la producción y concentración de estrógenos y progesterona. La alteración en la producción hormonal genera una serie de síntomas que se pueden presentar durante las diferentes etapas de transición de la menopausia, síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales son algunos de ellos. Se pueden manifestar como cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, deterioro de la memoria, pobre concentración, alteración o dificultad en el lenguaje, alteración en el patrón sueño-vigilia, en el deseo y disfrute sexual, sofocos, sudores nocturnos, dispareunia entre otros, alrededor del 20% serán molestos, los que motivara a la mujer a acudir a consulta médica por afectación en su calidad de vida [10,11].

En Latinoamérica las estadísticas revelan que las cifras más altas en cuanto a cantidad de mujeres menopáusicas la alcanzan países como: Chile con un 80%, Uruguay 67.4%, Venezuela 62.7%, Ecuador 60.10%, Panamá y República Dominicana con el 56,6% seguidos de Perú con el 51.6%, mientras que en Colombia las sumas fluctúan entre un 49.50% [8].

En México, las mujeres en edad de entre 45 a 59 años se pueden considerar en etapa de transición a la menopausia, representando casi el 13.45% del total de la población femenina, y de esta proporción, aproximadamente el 70% de mujeres sufren de síntomas vasomotores con duración de un año, pudiendo persistir hasta por más de 10 años. Aproximadamente un 67% de las mujeres presenta al menos un síntoma físico relacionado a la menopausia impactando en la calidad de vida con una asociación significativa en las relaciones familiares y de pareja [12].

La menopausia y la familia

Son muchos los factores sociales y psicológicos que inciden e influyen en la aparición de la sintomatología de esta etapa así como en la capacidad de enfrentar dicho proceso, dichos factores pueden estar representados por el nivel socioeconómico, lugar de residencia y la familia, este último, influye en forma muy importante en la mujer debido a que la funcionalidad familiar juega un rol fundamental en el proceso salud-enfermedad y en el cumplimiento de las 5 funciones básicas (cuidado, afecto, socialización, estatus y salud sexual y reproductiva), además, en la familia se debe favorecer un entorno equilibrado en cada uno de los miembros para mantener la identidad y la cohesión grupal que a su vez le permitan a la mujer a afrontar esta etapa de la mejor manera [13,14].

La menopausia es una etapa que coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, ya sea con la pareja, los hijos, la vejez de los padres, la atención de los hijos ya sea solos o con sus parejas, el cuidado de los nietos, el síndrome del "nido vacío", preocupaciones relativas a la viudez, la jubilación, la salud y los cambios físicos propios del envejecimiento, que ponen en riesgo el funcionamiento familiar logrado en etapas previas a la menopausia [13, 14,15]

Por tanto, el estudio de la familia durante esta etapa implica identificar aspectos como la tipología familiar de acuerdo con sus características sociodemográficas y la estructura sociodinámica familiar. En la actualidad el Consejo Mexicano de Medicina Familiar clasifica a la familia de acuerdo con la tabla 1.

El médico familiar cumple un rol elemental en la detección de hábitos y conductas que alteren la calidad de vida en las mujeres con menopausia, incentiva la detección temprana y oportuna de enfermedades crónicas, así como alteraciones psicológicas y sociales. La consulta de primer nivel de atención constituye una gran oportunidad para impulsar cambios de estilos de vida, mejorar hábitos higiénico-dietéticos, abandono de conductas perjudiciales, así como evaluar la funcionalidad familiar para orientar a las pacientes sobre mejoras en su familia o de ser necesario, canalizarla a un área especial para su atención [17].

Con todo lo anterior se decidió realizar la investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida en mujeres con menopausia y su relación con la funcionalidad familiar.

Tabla 1. Clasificación familiar según consejo mexicano de medicina familiar. Carvajal A, Flores M, Marín SI, Morales CG. Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. Perinatol Reprod Hum. 2016; 30 (1): 39-45

CLASIFICACIÓN FAMILIAR CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA FAMILIAR		
EJE FUNDAMENTAL	TIPO	CARACTERÍSTICA
Por Parentesco	Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
	Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
	Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
	Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior

	<p>Monoparental</p> <p>Monoparental extendida</p> <p>Monoparental extendida compuesta</p> <p>Extensa</p> <p>Extensa compuesta</p> <p>No parental</p>	<p>Padre o madre con hijos</p> <p>Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco</p> <p>Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco</p> <p>Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco</p> <p>Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco</p> <p>Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)</p>
Sin Parentesco	<p>Monoparental extendida sin parentesco</p> <p>Grupos similares a familias</p>	<p>Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.</p> <p>Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera</p>
Presencia Física En el Hogar	<p>Núcleo integrado</p> <p>Núcleo NO integrado</p> <p>Extensa ascendente</p> <p>Extensa descendente</p> <p>Extensa colateral</p>	<p>Presencia de ambos padres en el hogar</p> <p>No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar</p> <p>Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres</p> <p>Padres que viven en la casa de alguno de los hijos</p> <p>Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)</p>
Medios De Subsistencia	<p>Servicios</p> <p>Comercio</p> <p>Industria</p> <p>Agrícolas y pecuarias</p>	<p>Se elige el tipo de recursos que sea el origen esencial de la subsistencia familiar y que corresponda a lo aportado por el jefe de familia.</p>
Nivel Socioeconómico	<p>Método de Graffar</p>	<p>04-06 Estrato alto</p> <p>07-09 Estrato medio alto</p> <p>10-12 Estrato medio bajo</p> <p>13-16 Estrato obrero</p> <p>17-20 Estrato marginal</p>
Demografía	<p>Rural</p> <p>Urbana</p>	<p>Lugar de residencia en una población menos de 2.500 habitantes</p>
Desarrollo	<p>Tradicional</p> <p>Moderna</p>	<p>Aquella en la que el padre o figura paterna es el único proveedor del hogar</p> <p>Aquella familia donde la madre o figura materna labora</p>

2. METODOLOGÍA

Investigación observacional, prospectiva, transversal y relacional realizada en la U.M.F. No. 06 de Puebla. Fueron incluidas mujeres derechohabientes de 45 a 54 años que acudieron a la consulta externa. El muestreo fue de tipo probabilístico por conglomerado, con una muestra de 108 pacientes del 01 de febrero al 30 de septiembre de 2021. Aprobado por el comité local de investigación en salud 2103 U Med Familiar Num 2.

Los criterios de inclusión fueron mujeres adscritas a la U.M.F. No 6, con edad de entre 45 a 54 años, con diagnóstico de menopausia que aceptaran participar en el estudio. Se excluyeron a aquellas con discapacidades sensorial, motora y/o cognitiva, así como mujeres que no supieran leer ni escribir. Los criterios de eliminación fueron pérdida de la vigencia y no desear continuar en el estudio.

Se consideraron variables como edad, calidad de vida y funcionalidad familiar. Para la calidad de vida (CV) se aplicó la Escala Cervantes creada en el año 2001 por ginecólogos del Grupo Cervantes en España para evaluar la percepción de calidad de vida y salud en la menopausia, por medio de 31 ítems que valoran las manifestaciones o condiciones de salud en la menopausia, en las últimas cuatro semanas. Las preguntas se agrupan en cuatro dominios: menopausia/ salud (incluye tres subdominios: síntomas vasomotores, salud y envejecimiento), psíquico, sexualidad y relación de pareja. A mayor puntuación, mayor deterioro de los dominios y de la CV. Cada pregunta es de tipo Likert: 0 [no presente], 1-2-3-4 [intermedios] y 5 [mucho], siendo de mejor a peor en las preguntas negativas [1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17,18, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 31] y lo contrario en las positivas [4, 8, 13, 15, 20, 22, 26, 30]. Las sumas crean el puntaje de los dominios y entre estos el global, que va de 0 a 155. A mayor puntuación, mayor deterioro de los dominios y de la CV. El alfa de Cronbach estimado para la escala fue de 0.819. ($\alpha=0.819$) [4,18].

En cuanto al funcionamiento familiar se evaluó mediante el instrumento FACES IV, creada en 1991 por David H. Olson, Ph. D. Su última actualización fue realizada en 2011, la cual puede ser contestada por miembros de la familia >12 años. Se contesta en una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 1 es Totalmente en desacuerdo, 2 Generalmente en desacuerdo, 3 Indeciso (a), 4 Generalmente de acuerdo y 5 Totalmente de acuerdo. Cuenta con un $\alpha = .70$. Mide las dimensiones de cohesión y flexibilidad utilizando dentro del cuestionario seis escalas: dos escalas balanceadas de 7 ítems cada una (Cohesión y Flexibilidad balanceadas) y cuatro escalas desbalanceadas, también de 7 ítems cada una, que evalúan los extremos superiores e inferiores de la cohesión y la flexibilidad (Enmarañada y Desligada, Rígida y Caótica, respectivamente). FACES IV se completa con una escala que evalúa la Comunicación Familiar, compuesta por 10 ítems, y otra que indaga Satisfacción Familiar, compuesta por otros 10 ítems, sumando el paquete un total de 62 ítems. El puntaje de Flexibilidad y cohesión abarca los siguientes puntos: Rígida 0-15, Semiflexible: 16-35, Flexible: 36-25, Muy Flexible: 66-85 y caótica de 86-100.

En cuanto a la comunicación y la satisfacción familiar se califica en los ítems 43 a 52 y 53 a 62 respectivamente, se puntúa de la siguiente manera muy bajo: 10-28, bajo: 21-35, moderado 33-37, alto 38-42 y muy alto 44 a 50. De donde surgen 25 tipos de familia en tres dimensiones: equilibrada, rango medio y desequilibrada.

1) Familias Equilibradas:

a) Flexible Conectada, b) Flexible muy conectada, c) Flexible poco conectada, d) Muy Flexible Conectada, e) Muy Flexible Muy Conectada, f) Muy Flexible poco conectada, g) Poco Flexible Conectada, h) Poco Flexible Muy Conectada, l) Poco Flexible Poco conectada;

2) Familias Rango Medio:

a) Caótica Muy Conectada, b) Caótica Conectada, c) Caótica Poco Conectada, d) Muy Flexible Enmarañada, e) Flexible Enmarañada, f) Poco Flexible Enmarañada, g) Rígida Muy Conectada, g) Rígida Conectada, i) Rígida Poco Conectada, j) Muy Flexible Desacoplada, k) Flexible Desacoplada, l) Poco Flexible;

3) Desequilibrada:

a) Caótica Desacoplada, b) Caótica Enmarañada, c) Rígida Enmarañada y d) Rígida Desacoplada [19,20]

Posterior a aplicar los instrumentos se realizó el análisis estadístico mediante el programa estadístico SPSS V26, para despejar la hipótesis se utilizó Chi cuadrada con una significancia de $p < 0.05$.

3. RESULTADOS

El estudio comprendió una muestra total de 108 mujeres con diagnóstico de menopausia, de las cuales la edad media fue de 49.51 ± 2.94 años. En cuanto al análisis de las variables sociodemográficas podemos observar que el 52.78% ($n=57$) cuentan con un estado civil casada, la escolaridad con mayor porcentaje fue secundaria con un 28.81% ($n=31$), siendo la ocupación principal ama de casa, representado por un 52.78% ($n=57$) (Tabla 2).

Para las características familiares en mujeres con menopausia las de mayor predominio fueron: tipología familiar de acuerdo con el parentesco, familia nuclear simple con un 44.49% ($n=48$), presencia física en el hogar, núcleo integrado 52.78% ($n=57$), con base a medios de subsistencia, servicio con un 91.68% ($n=99$), nivel socioeconómico estrato medio bajo 47.22% ($n=51$), demografía, urbana 100% ($n=108$) y con base a su desarrollo, moderna 51.85% ($n=56$). En lo que respecta a la etapa de ciclo evolutivo familiar en la que se encuentran es etapa procreativa fase de consolidación y apertura (Tabla 3).

De los factores sociodemográficos podemos observar en la tabla 4 que con respecto a la funcionalidad familiar las mujeres con mayor edad (54 años) fueron las que presentaron una buena funcionalidad familiar, para el estado civil, las mujeres casadas obtuvieron una familia equilibrada, en lo que respecta a nivel educativo no hay una asociación significativa pues la mayoría de las pacientes contaron con nivel de escolaridad secundaria así también el 51.13% es ama de casa, en cuanto al nivel socioeconómico se puede observar que los estratos más bajos son los que cuentan con una mejor funcionalidad al tener una familia equilibrada.

En asociación de los factores sociodemográficos y calidad de vida, representada en la tabla 5, se observa que las mujeres de 54 años, las de mayor edad, y casadas fueron las que presentaron una mala calidad de vida, se puede observar que las mujeres con nivel educativo básico, es decir, primaria y secundaria fueron las que presentaron peor calidad de vida que las que contaban con un nivel medio o superior. El ser ama de casa es un factor importante para presentar una mala calidad de vida, ya que el 51.94% ($n=40$) de las mujeres predominó con trabajo en casa. Los niveles socioeconómicos más bajos, es decir estrato bajo y obrero son los que cuentan con una mala calidad de vida, es decir, que a menor nivel socioeconómico peor calidad de vida.

La evaluación general de la calidad de vida se llevó a cabo por medio de la Escala Cervantes en donde se observó una buena calidad de vida en el 28.71% ($n=31$) y una mala calidad de vida en 71.28% ($n=77$). En cuanto al puntaje

general se obtuvo una media de 62.35 puntos (DE 27.79), un mínimo de 15 puntos y un máximo de 147 puntos (Tabla 6).

La evaluación de la percepción en el funcionamiento familiar se realizó por medio del test FACES IV, de cual se obtuvo que el 81.51% (n=88) corresponde a una familia equilibrada, el 17.57% (n=19) familia en rango medio y solo el 0.92% (n=1) percibe a su familia como desequilibrada (Tabla 6).

Al relacionar la funcionalidad familiar y la calidad de vida se pudo determinar que independientemente de una buena o mala funcionalidad familiar, las mujeres cuentan con una mala calidad de vida, esto debido a que el 56.48% (n=61) cuenta con una funcionalidad familiar equilibrada pero mala calidad de vida caso contrario con las pacientes que presentan una buena calidad de vida y familia equilibrada solo representan el 25% (27) del total de las mujeres encuestadas como se muestra en la tabla 7.

De acuerdo con el programa estadístico SPSS V. 26 el valor de $X^2 = >0.05$ y de $p = 0.573$ por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en mujeres con Menopausia.

Tabla 2. Características Sociodemográficas en mujeres con menopausia

VARIABLE	N=108
EDAD, MEDIA (DE) AÑOS	49.51 (2.94)
ESCOLARIDAD, N (%)	
Primaria	21 (19.42)
Secundaria	31 (28.81)
Preparatoria	19 (17.57)
Carrera técnica	20 (18.49)
Licenciatura	16 (14.79)
Posgrado	1 (0.92)
OCUPACIÓN, N (%)	
Trabaja en casa	57 (52.78)
No trabaja en casa	21 (47.22)
ESTADO CIVIL, N (%)	
Casada	57 (52.78)
Divorciada	12 (11.09)
Soltera	18 (16.67)
Unión Libre	13 (12.07)
Viuda	8 (7.39)

Tabla 3. Características familiares en mujeres con menopausia

VARIABLE	N=108
TIPOLOGÍA FAMILIAR, N (%)	
Nuclear	1 (0.92)
Nuclear Simple	46 (42.59)
Nuclear Numerosa	3 (2.77)
Reconstruida	0 (0)
Monoparental	21 (19.44)
Monoparental Extendida	0 (0)
Monoparental Extendida Compuesta	2 (1.84)
Extensa	25 (23.19)
Extensa Compuesta	10 (9.25)
Monoparental Extendida sin parentesco	0 (0)
Grupos Similares a familia	0 (0)
PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR, N (%)	
Núcleo Integrado	57 (52.78)
Núcleo no Integrado	21 (19.42)
Extensa Ascendente	22 (20.36)
Extensa Descendente	3 (2.77)
Extensa Colateral	5 (4.67)
MEDIOS DE SUBSISTENCIA, N (%)	
Servicio	99 (91.68)
Comercio	9 (8.32)
Industria	0 (0)
Agrícolas y pecuarias	0 (0)
NIVEL SOCIOECONÓMICO, N (%)	
Estrato Alto	1 (0.92)
Estrato Medio Alto	25 (23.05)
Estrato Medio Bajo	51 (47.22)
Estrato Obrero	31 (28.81)
Estrato Marginal	0 (0)
DEMOGRAFÍA, N (%)	
Rural	0 (0)
Urbana	108 (100)
DESARROLLO, N (%)	
Tradicional	52 (48.15)
Moderna	56 (51.85)
CICLO EVOLUTIVO FAMILIAR, N (%)	
Constitutiva	0 (0)
Procreativa	63 (55.54)
a. Expansión	1 (0.92)
b. Consolidación y apertura	62 (57.38)
Desprendimiento	40 (37.03)
Final	5 (4.67)
Independencia	5 (4.67)
Disolución	0 (0)

Tabla 4. Características sociodemográficas y su relación con la funcionalidad familiar

	EQUILIBRADA n= 88	RANGO MEDIO n=19	DESEQUILIBRADA n=1
EDAD			
45	12	0	0
46	10	2	0
47	8	2	0
48	3	2	0
49	10	3	1
50	6	4	0
51	12	2	0
52	8	3	0
53	5	1	0
54	14	0	0
ESTADO CIVIL			
CASADA	43	13	1
DIVORCIADA	11	1	0
SOLTERA	16	2	0
UNIÓN LIBRE	11	2	0
VIUDA	7	1	0
ESCOLARIDAD			
PRIMARIA	15	5	1
SECUNDARIA	27	4	0
PREPARATORIA	16	3	0
CARRERA TÉCNICA	16	4	0
LICENCIATURA	13	3	0
POSGRADO	1	0	0
OCUPACIÓN			
TRABAJA EN CASA	45	11	1
NO TRABAJA EN CASA	43	8	0
NIVEL SOCIOECONÓMICO			
ESTRATO ALTO	0	1	0
ESTRATO MEDIO ALTO	22	3	0
ESTRATO MEDIO BAJO	42	9	0
ESTRATO OBRERO	24	6	1

Tabla 5. Características sociodemográficas y su relación con la calidad de vida en la menopausia

	BUENA CALIDAD n=31	MALA CALIDAD n=77
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	7	14
SECUNDARIA	6	25
PREPARATORIA	6	13
CARRERA TÉCNICA	6	14
LICENCIATURA	5	11
POSGRADO	1	0
OCUPACIÓN		
TRABAJA EN CASA	17	40
NO TRABAJA EN CASA	14	37
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
ESTRATO ALTO	1	0
ESTRATO MEDIO ALTO	7	18
ESTRATO MEDIO BAJO	13	38
ESTRATO OBRERO	10	21
TIPOLOGÍA FAMILIAR		
NUCLEAR	1	0
NUCLEAR SIMPLE	16	31
NUCLEAR NUMEROSA	1	2
MONOPARENTAL	4	16
MONOPARENTAL EXTENSA COMPUESTA	1	1
EXTENSA	7	18
EXTENSA COMPUESTA	1	9
CICLO EVOLUTIVO FAMILIAR		
CONSTITUTIVA	0	0
PROCREATIVA	18	45
DISPERSIÓN	12	28
FINAL	1	4

Tabla 6. Características calidad de vida y funcionalidad familiar

CALIDAD DE VIDA	N	%
BUENA	31	28.72
MALA	77	71.28
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	N	%
EQUILIBRADA	88	81.51
RANGO MEDIO	19	17.57
DESEQUILIBRADA	1	0.92

Tabla 7. Asociación entre funcionalidad familiar y calidad de vida

CALIDAD DE VIDA	FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
	EQUILIBRADA n= 88 (81.48)		RANGO MEDIO n=19 (17.6)		DESEQUILIBRADA n=1 (0.92)	
CON BUENA CALIDAD DE VIDA n= 31 (28.72)	27	25	4	3.72	0	0
CON MALA CALIDAD DE VIDA n= 77 (71.28)	61	56.48	15	13.88	1	0.92

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El impacto generado por parte de la menopausia en las mujeres es de gran importancia ya que involucra cambios emocionales, físicos, biológicos y psicosociales que repercuten en su funcionamiento diario y personal, calidad de vida y funcionalidad familiar.

Para el estudio titulado Calidad de vida durante la perimenopausia y posmenopausia de mujeres de 45 y más años de una universidad privada de Medellín (Colombia) Martínez L. y colaboradores durante el año 2015, muestra que el puntaje total de la Escala Cervantes fue de $38,6 \pm 26,2$ (mínimo = 0 y máximo = 116), siendo el puntaje significativamente mayor en las posmenopáusicas para todos los dominios y en los subdominios envejecimiento y sintomatología vasomotora. En este estudio se encontró que las mujeres mayores de 45 años presentan una disminución progresiva de la calidad de vida a medida que van entrando en la menopausia, es decir que ha mayor edad la calidad de vida va empeorando así mismo, el mayor deterioro se asocia con estratos socioeconómicos inferiores y menor nivel educativo, lo que corresponde con lo reportado en la literatura a nivel mundial. (21) Mientras que en esta investigación solo se tomaron en cuenta a mujeres con menopausia, el rango de edad de estas es muy similar ya que la edad mínima de este estudio fue de 45 años con una media de $49,51 \pm 2,94$ en el caso del estudio realizado en Medellín la edad media fue de $50,9 \pm 4,2$ años y en ambos se encontró que la mujer presenta una mala calidad de vida de acuerdo con su edad [21].

Según el estudio Health-related Quality of Life among Menopausal Women del año 2018 de Ganapathy y Furaikh realizado a mujeres de entre 40 y 60 años se recopiló información acerca de calidad de vida en la menopausia también reveló que la edad, la educación, el nivel socioeconómico y los factores de estilo de vida estaban significativamente relacionados con un aumento en la frecuencia, la intensidad de los síntomas de la menopausia y una mala calidad de vida relacionada con la salud física, psicológica, vasomotora y sexual entre las mujeres en el período posreproductivo. En este estudio se coincide en que a mayor edad y bajo nivel económico las mujeres presentan mala calidad de vida, sin embargo, no se encontró una asociación con el nivel de escolaridad y la calidad de vida [22].

En cuanto a la relación que puede existir con el funcionamiento familiar y la calidad de vida en mujeres con menopausia se han encontrado varios estudios en México y Cuba en donde afirman que cuando se vive en un ambiente familiar desfavorable los síntomas propios del climaterio en la mujer se acentúan, desmejorando de este modo su calidad de vida. Sin embargo, un estudio realizado en el estado de Chiapas, México por Cruz y colaboradores titulado Calidad de vida en mujeres durante su climaterio del año 2012, se encontró que sólo el 28.85% mostraron síntomas moderados a graves, mientras que el resto (71.15%) corresponde a sintomatología

leve. No se encontró una correlación entre la gravedad de los síntomas con las variables sociodemográficas y familiares, es decir que independientemente del número de integrantes en la familia, el nivel socioeconómico, estado civil o nivel escolar, estos no intervienen el aumento de la sintomatología [23]. En el presente estudio a pesar de no realizarse en el mismo grupo de mujeres climatéricas sino en mujeres ya con menopausia establecida se encontró que la calidad de vida no se ve afectada por una buena o mala funcionalidad familiar.

Por otra parte, el estudio realizado por Yolanda Contreras y Andrea González del año 2015, titulado Funcionamiento familiar en mujeres climatéricas sintomáticas usuarias del nivel primario de atención en Chile con edades de entre los 45 a 64 años observó que, a medida que aumenta el riesgo familiar es decir, al aumentar los factores que amenacen la adaptación adecuada al entorno, las familias se ven enfrentadas a una mayor disfuncionalidad familiar, es decir los riesgos a los que se expone la familia, provocan cambios en la dinámica familiar, de tal modo que aumenten la presencia de sintomatología climatérica [16]. Lo contrario a este estudio que a pesar de que fue evaluado en otro grupo de estudio, es decir, en mujeres ya con un diagnóstico de menopausia y no en mujeres climatéricas se observó que no existe una relación en el deterioro de la calidad de vida con el funcionamiento familiar. Cabe mencionar que esta investigación no pudo ser contrastada con alguna literatura publicada debido a que no se encontraron hasta el momento investigaciones que integran como variable la calidad de vida en mujeres con menopausia ya que la mayoría implemento dichas variables, pero con mujeres en otro periodo (climaterio).

En este estudio se observó que la mayoría de las mujeres a pesar de contar con una familia equilibrada, es decir, tener un buen funcionamiento familiar, percibieron una mala calidad de vida en torno a su menopausia. Por tanto, la asociación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en la menopausia no resulta ser significativa. Lo anterior se refleja en que la mujer al estar al pendiente de su familia y de mantenerla en un buen funcionamiento se olvida de ella, es decir no le da importancia a su salud, afectando su calidad de vida por ello, sería importante considerar una investigación en donde se evalúen otros factores sociodemográficos que pueden estar afectando la calidad de vida en futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- [1] Cáceres, F., Parra, LM, Pico, OJ. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 20 (2), 147-154.
- [2] Medvedev ON, Landhuis CE. Exploring constructs of well-being, happiness and quality of life. *PeerJ*. 2018 Jun 1;6:e4903. Recuperado el 1 de Agosto de 2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5985772/>
- [3] Oliva, A., García, JM., Calatayud, EF., Serrano, I., Herraiza, MA., Coronado, PA. (2019). Comparison of quality of life and resilience in menopausal women with and without a history of gynaecological cancer. *Maturitas*, 120, 35–39.
- [4] Mercado, MF., Monterrosa, A., Duran, LC. (2018). Evaluación de la calidad de vida en climatéricas con la Escala Cervantes. Influencia de la etnia. *Rev Perú Ginecol Obstet*, 64(1), 13-25.
- [5] Salazar, D., Rodríguez, N. (2019). Revisión narrativa de la evidencia actual acerca de las alternativas hormonales y no hormonales en el manejo de los síntomas vasomotores y urogenitales de la menopausia *Univer Med.*, 6(1).
- [6] Torres, AP., Torres, JM. (2018). Climaterio y menopausia. *Rev Fac Med*, 61(2), 51-58.
- [7] Arley, R. (2017). Menopausia. *Rev Med Siner*, 2(12), 7-10.
- [8] Dorador, MI., Orozco, G. (2018). Síntomas Psicológicos en la Transición Menopáusica. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 83(3), 228 – 239.
- [9] Bravo, E., Águila, N., Benítez, CA., Rodríguez, D., Delgado, AJ., Centeno, A. Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. *Medisur*. Recuperado el 1 de Agosto de 2020 4, <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4423>.
- [10] Potter, B., Schrager, S., Dalby, J., Torell, E., Hampton A. (2018). Menopause. *Prim Care Clin Office Pract*; 45:625–641.
- [11] Monsalve, C., Reyes, V., Parra, J., Chea R. (2018). Manejo terapéutico de los síntomas climatéricos. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 64(1), 43-50.

- [12] Maki, P., Kornstein, S., Joffe, H., Bromberger, J., Freeman, H., Soares, N., et al. (2018). Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 25(10), 1069-1085.
- [13] Carvajal, A., Flores, M., Marín, SI., Morales, CG. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatol Reprod Hum*, 30(1), 39-45.
- [14] Ordoñez Y, Gutiérrez RF, Méndez E, Álvarez NA, López D, De la Cruz C. (2020). Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Prim*, 52(10), 680-689. Recuperado el 1 de Agosto de 2020 en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720300743>
- [15] Vega, G., Hernández, A., Leo, G., Vega, J., Escartín, M., Guerrero, MG., et al. (2007). Incidencia Y Factores Relacionados Con El Síndrome Climatérico En Una Población De Mujeres Mexicanas. *Rev Chil Obstet Ginecol*;72(5):314-320.
- [16] Contreras, YS., González A. (2015). Funcionamiento familiar en mujeres climatéricas sintomáticas usuarias del nivel primario de atención en Chile. *Rev Cubana Obstet Ginecol*,41(4), 376-387.
- [17] Belardo, MA., Starvaggi, A., Cavanna, M., Pilnik, S. (2018). Estrategias no farmacológicas para el manejo de los síntomas vasomotores en la menopausia. *Rev Perú Ginecol Obstet*,64(1),61-67.
- [18] Palacios, S., Ferrer, J., Parrilla, JJ., Castelo, C., Marti, A. (2004). 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 (Barc)*, 122(6):205-11.
- [19] Nogales, V. (2007). *FACES IV. Ciencias Psicológicas*, 1(1), 191-198.
- [20] Costa, D., González, M., Masjuan, N., Trapaga, MA., Del Arca, D., Scafarelli, L., et al. (2009). Escala De Evaluación Del Funcionamiento Familiar *FACES IV: Proceso De Adaptación A Montevideo, Uruguay. Ciencias Psicológicas*, 3(1), 43-56.
- [21] Martínez, LM., Campo, MN., Gallego, D., Molina, J., Sarassa, V., Hormaza, MP., et al. (2017). Calidad de vida durante la perimenopausia y posmenopausia de mujeres de 45 y más años de una universidad privada de Medellín (Colombia). *Rev Obstet Ginecol Venez*;77(2): 110 - 116.
- [22] Ganapathy, T., Furaikh, S. (2018). Health related Quality of Life among Menopausal Women. *Arch Med Health Sci*, 6, 16-23.
- [23] Cruz, EA., Cruz, V., Martínez, J., Boo D. (2012). Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. *Rev Fac Med UNAM*. Recuperado el 1 de Agosto de 2020 en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v55n4/v55n4a3.pdf>

Correo de autor: veromdzclass@gmail.com