



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES CON
SINTOMAS DE ANDROPAUSIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 47 DE SAN LUIS POTOSÍ**

PRESENTA:

**KARLA MONTSERRAT TORRES VELA
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

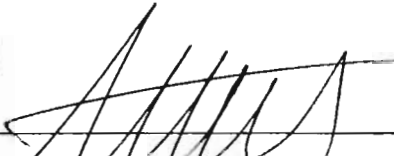
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P

2008

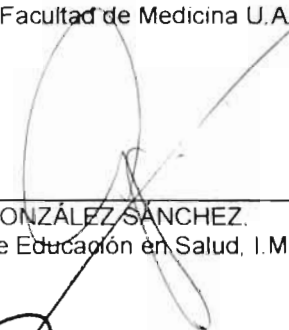




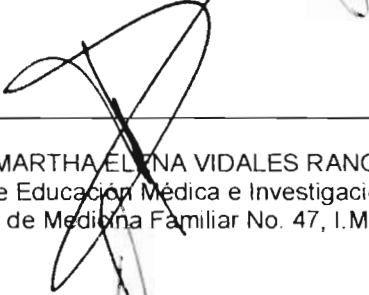
AUTORIZACIONES




DR. GUILLERMO E. STEVENS AMARO.
Secretario de Postgrado de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.
SECRETARIA DE POSGRADO



DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ SANCHEZ.
Coordinador Delegacional de Educación en Salud, I.M.S.S.



DRA. MARTHA ELINA VIDALES RANGEL.
Coordinador de Educación Médica e Investigación en Salud,
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



DRA. MARÍA GUADALUPE ALVARADO RODRÍGUEZ.
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar,
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



DRA. LOURDES VELASCO ROJAS
Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar,
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES CON
SINTOMAS DE ANDROPAUSIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 47 DE SAN LUIS POTOSÍ

Número de Registro

R-2007-2402-3

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

KARLA MONTSERRAT TORRES VELA

ASESORES:


DRA. LOURDES VELASCO ROJAS

Asesor Clínico

Médico Familiar, Diplomado Metodológico en Docencia Nivel 1 y 2
Médico Adjunto de la Residencia en la Especialidad de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.


DR. SILVERIO HIPOLITO CANO GOMEZ

Asesor Metodológico y Estadístico

Maestría en Epidemiología y Administración en Salud
Jefe del Servicio de Epidemiología en el Hospital General de Zona con
Medicina Familiar No. 1, I.M.S.S.

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2006 – 2009

ÍNDICE

	PAGINA
I. MARCO TEORICO	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
III. JUSTIFICACIÓN	19
IV. OBJETIVOS	20
V. HIPÓTESIS	21
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	22
1. Tipo y Diseño de Estudio	22
2. Población de Estudio.	22
3. Muestra.	22
4. Criterios de Selección.	23
5. Variables de Estudio.	23
6. Procedimientos.	26
7. Plan de Análisis.	26
8. Instrumentos de Recolección de Información.	27
9. Consideraciones Éticas.	28
10. Productos esperados.	29
11. Administración de Trabajo de Investigación.	29
a) Personal participante de la Investigación.	29
b) Recursos Físicos y Materiales.	29
c) Cronograma de actividades	31
VII RESULTADOS	32
VIII DISCUSIÓN.	56
IX. CONCLUSIÓN	58
X. SUGERENCIAS	60
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
XII. ANEXOS	65

I. MARCO TEORICO

INTRODUCCION

LA ANDROPAUSIA

La mejora de los servicios sanitarios y de salud, el avance médico y tecnológico mundial, han llevado progresivamente a prolongar la esperanza de vida por lo que se dice que "el planeta ha envejecido" Esto vuelve imperativo el conocimiento de muchas patologías que se ven en la edad adulta.¹

A diferencia de la mujer, en la que existe un acontecimiento perceptible (cese de la menstruación) que marca cronológicamente el fin de la función gonadal, en el hombre que envejece, la declinación androgénica no ocurre de una forma clara y definida en tiempo, su progreso no es uniforme,² y no es igual en todos los hombres.³

El climaterio masculino ha sido denominado andropausia. Empero, este término está mal empleado debido a que el hombre no experimenta una rápida declinación de la función del testículo, ni una irreversible interrupción de la capacidad reproductiva, como sucede en las mujeres.

La búsqueda de un término apropiado para denominar el envejecimiento masculino como entidad clínica ha originado múltiples debates, por lo que podemos encontrarlo en la literatura con las siguientes denominaciones: *ADAM* (de las siglas en inglés *Androgen Decline of Aging Male*): declinación androgénica en el hombre maduro, *PADAM* (de las siglas en inglés *Partial Androgen Decline of Aging Male*): disminución parcial androgénica en el hombre maduro, *PEDAM* (de las siglas en inglés *Partial Endocrine Deficiency of the Aging Male*): declinación endocrina parcial en el hombre

maduro, *LOH* (de las siglas en inglés *Late Onset Hypogonadism*): hipogonadismo de inicio tardío.²

La función reproductiva del hombre depende de la secreción intermitente por la hipófisis de la hormona luteinizante (LH) y la foliculo estimulante (FSH).

LH estimula las células de Leydig para secretar testosterona de manera pulsátil y en un ritmo diurno.³

La mayoría de la testosterona (95% o más) circula unida a proteínas, en especial globulina fijadora de hormonas sexuales (GFHS) y albúmina.

La testosterona unida a GFHS está unida con fuerza, no es disociable con facilidad⁴ y la testosterona libre (2%) es la biológicamente activa.⁵

La declinación es lineal, de 1 a 2% por año y comienza en la adultez temprana (4ª década). En los estudios prospectivos, el descenso de la testosterona total ha oscilado entre 3,4 y 11 ng/dl por año.⁶

La disminución de la testosterona y el porcentaje de depuración con la edad es multifactorial como respuesta a los numerosos cambios anatómicos que ocurren en el testículo, éstos incluyen: tamaño testicular y peso, disminución de las células de Leydig, defectos en los túbulos seminíferos con degeneración posterior.³

La insuficiencia de las células de Leydig y de la producción de testosterona se denomina hipogonadismo masculino. El hipogonadismo puede ser consecuencia de una insuficiencia testicular primaria o secundaria.

La insuficiencia testicular primaria (hipogonadismo hipergonadotrópico) es provocado por una patología testicular, mientras que la insuficiencia testicular secundaria (hipogonadismo hipogonadotrópico) por lo general es consecuencia de una disfunción hipotalámica o hipofisiaria.¹

Manifestaciones clínicas del dimaterio masculino.

Existe una disminución de la concentración intelectual y de la memoria, así como cambios en el humor, depresión y ansiedad; disminución de la masa corporal con la consecuente disminución en la fuerza (los andrógenos son hormonas anabólicas que estimulan la mitosis en los mioblastos.)^{7,8} incremento de la grasa visceral, disminución de la densidad mineral ósea con la consecuente osteopenia y osteoporosis, disminución del volumen testicular, disminución de la libido y alteraciones de la erección (El síntoma más comúnmente reportado es la disfunción eréctil y ha sido tomada como el eje fundamental de la fisiopatología del envejecimiento en el varón)², menor energía, fatiga, menor gozo por la vida, cefalea, bochornos, palpitaciones, somnolencia posprandial ⁴, desaliento⁷, disminución del vello corporal y alteraciones en la piel.

Estas manifestaciones no se presentan necesariamente al mismo tiempo y pueden ser de intensidad variable y son debidas a la disminución de la testosterona (hipogonadismo bioquímico) y que originara junto con otras alteraciones hormonales adversas alteraciones en: El hígado, en el perfil de lípidos y enfermedades cardiovasculares, en la eritropoyesis, la próstata, alteraciones en el sueño.⁹

Antecedentes como el alcoholismo, tabaquismo y sedentarismo son factores importantes de relación con el síndrome de deficiencia parcial de andrógenos en el hombre que envejece.¹

El consumo de alcohol, aún sin cirrosis hepática asociada, puede intensificar la disminución de los niveles de testosterona asociado con la edad, por disminuir la testosterona libre y aumentar la unida a la globulina transportadora.

Las enfermedades crónicas están relacionadas con déficit de testosterona.

Así se ha encontrado en pacientes ancianos con diversas categorías de intolerancia a los hidratos de carbono y Diabetes Mellitus tipo 2, correlación inversa entre los niveles de testosterona y la glicemia plasmática.

Las afecciones crónicas hepáticas se acompañan por disminución de la testosterona libre y aumento de la GFHS.¹ La insuficiencia renal crónica generalmente induce a hipogonadismo hipogonadotrópico por fallo en la liberación de LH por la hipófisis. La aterosclerosis coronaria también se ha reportado asociada con niveles bajos de testosterona.²

Se describen otros cambios clínicos importantes como una reducción de la secreción de tirotrópina y disminución en la conversión periférica de testosterona.³

En la gran mayoría de los casos los síntomas no aparecen en forma simultánea, varían en su intensidad y, sobre todo, que en algunos hombres nunca se hacen evidentes aunque estos individuos lleguen a una edad avanzada.¹⁰

El hipogonadismo es causa establecida de osteoporosis masculina. Los andrógenos inhiben la expresión de IL-6, también conocida como factor de activación de los osteoclastos.

El diagnóstico clínico debe confirmarse de manera bioquímica.⁴ La medición de alguno de los componentes de la testosterona sérica debe ser parte de la evaluación de la carencia de andrógenos.¹¹

El objetivo principal de la terapia de reemplazo hormonal (THR) es mejorar la calidad de vida de estos pacientes al restablecer la libido, la función sexual y la sensación de bienestar, así como optimizar la densidad ósea y restaurar la fuerza muscular.²

LA FAMILIA Y EL SUBSISTEMA CONYUGAL.

La idea de que el hombre está influido por el contexto social y éste, a su vez, es influido por el individuo es algo frecuentemente aceptado.

La conducta de un individuo está relacionada con la de los otros. Un individuo es un todo y, a la vez, parte del sistema donde está incluido. Nuestra conducta influye en los miembros familiares y, por otra parte, lo que ellos hagan determinará nuestra respuesta.¹²

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos).¹³

El clima emocional dentro de la familia depende del tipo y expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como del interés mutuo y la calidad de la vida sexual. En una familia se considera funcional la expresión de sentimientos tales como ambivalencia, rechazo, tristeza, y angustia, que son normales en cualquier relación humana, sin sentir que se corre el riesgo de perder el cariño, pues se tiene la confianza básica de ser aceptado.¹⁴

Desde el pensamiento sistémico, los cambios no son ni más ni menos que las crisis a las que debe someterse cualquier sistema que pretende evolucionar. Las crisis sociales, entonces, promueven desacomodaciones del sistema, llevando en un proceso paulatino, a una nueva acomodación de dicho sistema a esas nuevas formas, en vías de retornar la seguridad de la estabilidad social.

Las funciones que desarrollan cada uno de sus miembros, producen un acople estructural del que deviene la funcionalidad o disfuncionalidad del sistema.

S. Minuchin (1982), señala que una familia funcional se define como un sistema constituido por varias unidades en relación, que posee una interacción dinámica y constante de intercambio con el mundo externo.

Un factor relevante en el crecimiento del sistema, muestra a las crisis como las protagonistas del cambio. Este estado de máxima tensión que origina la crisis, puede ser ocasionado a través de cambios intrasistémicos.

En este sentido, la aparición de una patología individual puede emerger en situaciones de crisis intra o inter sistémicas correspondientes a las fases evolutivas de la familia, y de esta manera se garantiza el equilibrio funcional adquirido.¹⁵

El subsistema conyugal se forma en el momento en que dos adultos deciden unirse con ese propósito. Cada compañero trae un conjunto de valores y expectativas, trae su propio mapa de la realidad, compuesto de costumbres, pequeños rituales y reglas, creencias, la mayor parte aportados por la propia familia de origen. Cada cónyuge perderá individualidad y ganará, a cambio, pertenencia.¹²

Una pareja puede definirse como una relación entre dos personas, hetero u homosexuales, unidas por el erotismo y el placer en sentido amplio; esto es, el placer derivado del estar juntos, del compartir, del afrontar y solucionar las dificultades, conflictos y problemas del vivir como par¹⁶

En la pareja suele producirse una tendencia a una mayor dependencia: los matrimonios se vuelven más cerrados y puede comenzar una etapa de armonía fructífera o, por el contrario, un desencuentro total que desemboque en divorcio. También un cónyuge puede convertirse en *enfermero* del otro, cuidarle, "ocuparse" de él, oferta que generará más demanda patológica.¹²

También hay diferencias en cuanto la integración social, la mujer considera a sus amigos más cercanos como sus confidentes, mientras que el hombre tiene a su esposa como única persona en quien confiar. Por lo que el

divorcio disminuye la salud e incrementa la mortalidad y una disfunción conyugal es más deprimente para el hombre que para la mujer ¹⁷

Los individuos no casados tienen elevadas tasas de mortalidad en comparación con los casados. Los pacientes con niveles altos en la calidad marital reportan menos síntomas de enfermedades físicas. ¹⁸

Las desavenencias matrimoniales afectan a todas las etapas del ciclo vital. Como indica Paerson (1996), la mediana edad suele traer nuevos retos incluso a las relaciones que han sobrevivido 40 años o más: jubilación, enfermedades crónicas, muerte de amigos o familiares, pérdida de hijos. ¹⁹ Con frecuencia, entre los 40-55 años aparece la llamada crisis de la media vida, en la que el varón es particularmente vulnerable en el plano sexual, lo que alcanza a la familia, y a su vez recibe de ella, así como del medio, estímulo no siempre positivo. En algunos casos, la crisis de la pareja en esta etapa coincide con la partida de los hijos, quienes abandonan el hogar, y con la menopausia en su cónyuge. ²

Si el matrimonio no es estable, la etapa del nido vacío del ciclo de la vida familiar causa a veces crisis personales o conyugales. Los cónyuges se percatan de que ya no es necesario mantener el vínculo matrimonial por amor a los hijos y se preguntan si quieren pasar juntos el resto de su vida. ²⁰ La pareja vuelve a reencontrarse y muchas veces ya no tienen nada en común.

Parecería ser que estaban unidos por los hijos, y al desaparecer éstos, la pareja se queda sin proyecto compartido. El nido vacío no es la causa sino un desencadenante, que desenmascara un proceso de distanciamiento paulatino.

En esta etapa del ciclo vital se dan varios cambios dentro del sistema familiar nuclear y extendido. Los hijos salen de casa, los maridos se jubilan,

los padres envejecen y necesitan más cuidado, hay cambios hormonales que muchas veces afectan el carácter y las relaciones sexuales.

Todo este conjunto de factores pueden influir en la relación de pareja.¹⁶

El desarrollo de la investigación médica y epidemiológica sobre calidad, riesgo y expectativa de vida, muestra la gran influencia que un conflicto de pareja sostenido, tiene en la salud física y mental de los cónyuges.

Así se observa un aumento del riesgo de enfermedades, en cerca de un 35% de las parejas disfuncionales. La expectativa de vida de las parejas infelices cae en cinco años. La influencia de un conflicto conyugal en la salud física y mental de los hijos es ampliamente conocida. Los conflictos de pareja entonces se convierten en un problema no solo familiar y social sino también de salud pública.²¹

Ahora, más matrimonios terminan en divorcio, pero las parejas que permanecen juntas a menudo pueden esperar 20 años o más de vida matrimonial después de que el último hijo abandona el hogar.

La falta de comunicación o la mala comunicación en las parejas, es una de las primeras causas de divorcio. Las necesidades al no ser expresadas producen frustración e insatisfacción; las mismas que se van acumulando hasta llegar un momento en que el conflicto es tan grande que se hace muy difícil manejarlo. También la forma de educación y el medio en el que se desarrollaron cada uno de los cónyuges influye en las creencias y puede producir desacuerdos sobre roles masculinos y femeninos en general, como los conyugales en particular.¹⁶

En casi todos los estudios, la satisfacción matrimonial sigue una curva en forma de U: después de los primeros años de matrimonio, la satisfacción parece disminuir y luego, en algún momento de la edad madura, vuelve a aumentar hasta la primera parte de la edad adulta tardía.²²

Una de las formas en que las parejas pueden resolver sus dilemas de la mitad de la vida y encontrar nuevos estímulos y significados para las décadas siguientes es "renegociar" los roles tradicionales.¹⁹

Cabe aclarar que las crisis que se producen en el paso de un ciclo vital de la persona y de la familia a otro, son esperadas y no son la causa de la ruptura de la relación, pero lo que hacen es agudizar conflictos ya existentes en la pareja.¹⁶

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad.¹³

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar el Subsistema conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja.¹³

LA ANDROPAUSIA Y LA PAREJA.

Desde una perspectiva histórica, el hecho constituye un escenario donde actuamos, soñamos y nos esforzamos para cumplir nuestros deberes ante la pareja, un mecanismo potente para mantener la novedosa percepción colectiva de la autoestima masculina.²³

Los datos más recientes apoyan la teoría de que los andrógenos tienen un efecto benéfico en la función sexual.²⁴ La Testosterona es necesaria para las erecciones espontáneas, libido normal y eyaculación.^{7, 24}

Así, entre los humanos, los andrógenos cumplen un papel en la función sexual, pero no son el elemento determinante.²³

Es evidente que en el hombre que envejece ocurren alteraciones progresivas de la función gonadal y aparecen manifestaciones cuyo origen, en ocasiones, no puede precisarse. Dichos cambios tienen una influencia negativa en la calidad de vida, que nos obliga a profundizar en el conocimiento de esta, así como en el modo de intervenir satisfactoriamente.²

A medida que aumenta la edad de la pareja, la importancia que se le da a la vida en pareja incrementa, ya que los atributos que acompañan la relación son ayuda por parte del otro cónyuge, compañía familiar, seguridad, afecto y sexo.²⁵

Los cambios hormonales de la etapa adulta media suelen dar por resultados cambios en el interés, la conducta y la capacidad sexual. Amistad, confianza, apoyo emocional y moral, compañerismo y otras dimensiones de las relaciones sociales pueden adquirir mayor importancia a medida que la pierde la sexualidad.¹⁹

Sobre el aspecto emocional, la depresión viene acompañada muchas veces de pérdida de libido, de interés en la relación sexual y, a veces, hasta de dificultad en ejecutar la actividad íntima.²⁶

Para muchos adultos, la sexualidad se redefine en esta etapa de la vida y se da mayor importancia a la sensualidad. En las mujeres, los cambios fisiológicos de la menopausia no eliminan la capacidad para la función sexual. Pero quizá necesiten más tiempo para alcanzar el orgasmo. Algo semejante ocurre en los hombres, quienes tal vez tarden más en lograr la erección y el orgasmo.

Un aspecto negativo consiste en que, a menudo, aumentan la ansiedad y la insatisfacción sexuales en los hombres de edad madura. Además del estrés relacionado con el trabajo y del aburrimiento con una pareja sexual de

muchos años, una mala condición física puede afectar la actividad sexual del hombre.²⁰

Por todo lo anterior se puede afirmar que los cambios surgidos conllevan las expectativas del papel sexual asignado culturalmente al hombre y en oportunidades no está preparado para afrontar la situación que generan los cambios biológicos. Este proceso permitió replantear a los hombres lo que hasta el momento era su vida sexual, llevándolos a una plenitud sexual.

Se establece el ayer (la juventud) y el hoy (la senectud). El ayer en donde sólo pensaban en su disfrute, en poder tener el mayor número de eyaculaciones, en donde se presentaba la ansiedad por quedarle bien a la pareja, la urgencia por eyacular y el hoy cuando el hombre se siente en el declinar biológico y sexual, busca sacarle partido a otros aspectos de la sexualidad, a los que durante la juventud les restó importancia, como la ternura, la comunicación, el preocuparse ahora por el disfrute y satisfacción sexual de la pareja.²⁷

Y precisamente la obsesión por eyacular, es el desencadenante de muchas crisis sexuales. Crisis, que en el peor de los casos puede llegar a arrastrar a la pareja, o cuanto menos a ser el origen de numerosos malentendidos por parte de ambos.²⁸

Es menester comprender la dinámica de las parentelas y de los ciclos de desarrollo de sus grupos domésticos constitutivos, en distintos ambientes sociales.

El estudio del parentesco puede mostrar cómo la parentela influye durante la andropausia en la estabilidad de las parejas establecidas, en el proceso de reclutamiento de nuevas parejas y en el amortiguamiento de diversas crisis con la parentela existente (parientes consanguíneos y afines cercanos).²³

Es importante promover mejoras en las relaciones interpersonales del hombre donde cede a sí mismo la oportunidad de dar y recibir afecto, aún en edades anteriores, para que cuando el climaterio se presente y deba transitarlo cuente con bases que le garantizaran una red social de apoyo fuerte para los momentos de angustia que pueda llegar a experimentar, y una vez culminada esta etapa, pueda encontrar nuevos horizontes y actividades que le sirvan.²⁹

Para el logro de un envejecimiento exitoso es necesario acciones de promoción de salud tales como: incrementar la conciencia del fenómeno, prevención y promoción de un ambiente sano, cambios en el estilo de vida que incluya una nutrición adecuada, práctica de ejercicios, eliminar el tabaquismo y evitar el empleo de drogas y alcoholismo, además del control de enfermedades crónicas no transmisibles. Si se realizan estas acciones de salud, disminuirán sus costos y también los sociales, mientras se incrementará la esperanza y la calidad de vida del hombre, quien se mantendría activo y contribuiría al bienestar de la sociedad.²

El Equipo básico de salud debe transmitir fundamentalmente, que la forma de asumir los cambios que se producen en el climaterio es a través de la toma de conciencia de que el bienestar depende de la decisión personal de buscarlo:

- Realizando un profundo balance de su vida.
- Recuperando el valor de los aspectos positivos y los logros alcanzados.
- Proponiéndose mejorar o modificar aquello que no sirvió hasta ahora.
- Planteándose nuevos proyectos y logros.
- Incrementando la comunicación con los amigos y con la pareja; permitiéndose el intercambio y la expresión de sentimientos y necesidades.

Tener presente que involucrar a la familia es muy importante para el manejo del climaterio.³⁰

Dentro de los errores más frecuentes que ocurren en el equipo de salud están el no reconocer esta etapa de la vida y por tanto no brindarle la atención que requiere, el uso de terapia hormonal de reemplazo sin estudio previo y sin agotar otras alternativas de tratamiento, y restar importancia a la esfera psicoafectiva en esta etapa de la vida.²⁵

El estudio y manejo del climaterio masculino ha tenido poco interés para los clínicos y para la salud pública, sin embargo, el proceso de envejecimiento también compromete al hombre, es por ello que debe ser un enfoque de la medicina del siglo XXI.³

ANTECEDENTES

La OMS reveló que en el año 2002 existían seis mil millones de personas en todo el mundo, con una proyección de nueve mil millones de personas para el año 2025. Hoy, 80% de las personas mayores de 65 años viven en países en vías de desarrollo y representan unos 400 millones, con un incremento del 400% de ese grupo de edad, para alcanzar unos 1500 millones de personas mayores para el año 2050, debido a que las poblaciones se han estabilizado en los países desarrollados. Se espera este aumento en los países en vías de desarrollo.¹

En la Entidad de San Luis Potosí, el proceso de envejecimiento de la población continúa, la población de 60 años y más se incrementó de 186 mil 868 en 2000 a 221 mil 334 en 2005.³¹

Algunos médicos en los decenios de 1930 a 1939 y de 1940 a 1949, comenzaron a hablar de la andropausia, descrita de manera clásica como un síndrome del hombre de edad media, caracterizado por una variedad de síntomas sexuales, constitucionales y emocionales parecidos a la menopausia femenina. Luego del descubrimiento de la testosterona como la principal hormona masculina, su empleo fue defendido por algunos, como tratamiento de la andropausia. Los estudios clínicos y reportes de casos anecdóticos, por lo general, no controlados, sugerían beneficios importantes.⁴

En Massachussets Male Aging Study, estudio de tipo transversal de 1700 hombres con edades comprendidas entre 39 y 70 años, se demostró que las concentraciones de testosterona total disminuyen cerca del 0.5% cada año. De modo global, las concentraciones de testosterona libre fueron cerca de un tercio inferiores en hombres de 70 años de edad, comparado con hombres de 40 años.⁴

Alvin M. Matsumoto, concluyó en sus estudios que el varón declina los niveles de testosterona 1% por año después de los 40 años. Muchos hombres pierden 20% de estos niveles a los 60 años y 50% a los 80, en comparación con pacientes normales.^{1, 32}

Morley y cols. realizaron un estudio en el año 2000 en el que evaluaron los síntomas en hombres con bajos niveles de testosterona con un cuestionario para la deficiencia de andrógenos en el hombre maduro (ADAM, androgen deficiency/decline in aging males), encontrándose una sensibilidad de 88% y una especificidad de 60% al ser validado entre 316 médicos canadienses.³³

Se realizó un estudio descriptivo y exploratorio mediante encuesta confeccionada para este propósito a 208 hombres de 30 y más años, quienes laboran en un centro de trabajo enclavado en el área del policlínico "Rampa", del municipio Plaza de la Revolución, Cuba, teniendo en cuenta el elevado número de hombres con alto nivel de escolaridad existente. La disminución o pérdida de la erección, la disminución del deseo sexual y la depresión, son los principales síntomas de la declinación androgénica reconocidas por los encuestados. La mayoría de los entrevistados prefieren buscar ayuda y consejería en el nivel de atención primaria.⁵

De la Cruz Trejo y cols en el 2006 (Hospital Juárez de México) realizaron un estudio clínico, prospectivo, observacional, con una muestra de 100 pacientes de entre 40 y 70 años de edad, se dividieron en tres grupos: el primero de 40 a 50 años, el segundo de 51 a 60 años y el tercero de 61 a 70 años. Se les realizó el test de ADAM. En el primer grupo la prevalencia fue de 8.8%, en el segundo de 41.67% y en el tercero de 52.5%, la prevalencia total fue de 34%. El síndrome de deficiencia parcial de andrógenos clínicamente se presenta en el 75% de los casos, y desde el punto de vista bioquímico en el 34%.¹

Datos estadísticos sobre la tasa de separaciones y divorcios entre hombres y mujeres profesionales en México sugieren de manera contundente una correlación entre andro y menopausia y la desarticulación de parejas.²

Sería prematuro atribuir alguna causalidad a esta correlación entre la frecuencia de divorcios en el rango de edad que corresponde a esta condición de cambios metabólicos entre los seres humanos de ambos géneros.²³

Particularmente con los hombres, existe aún falta de información acerca de la declinación androgénica durante el envejecimiento. Por eso se debe continuar realizando estudios en esta área de investigación, lo que permitirá establecer un programa que garantice la prevención y la detección precoz de este creciente e importante aspecto de salud asociado al envejecimiento poblacional.⁵

En entrevistas con una muestra de 1749 mujeres y 1410 hombres de 18 a 59 años, 43% de las mujeres y 31% de los hombres reportaron alguna forma de disfunción sexual. Entre las mujeres, la disfunción sexual disminuye con la edad; en los hombres sucede lo opuesto. Los hombres en sus 50 tienen una probabilidad tres veces mayor que los hombres de 18 a 29 años de informar de problemas de erección y bajo deseo. Por desgracia, de acuerdo con este estudio, sólo el 10% de los hombres y 20% de las mujeres que tienen el problema buscan tratamiento médico.²²

De acuerdo con una encuesta aplicada por correo a 1384 adultos de 45 años y mayores, consideran que aunque las relaciones sexuales satisfactorias son imprescindibles para la calidad de vida, las relaciones sociales son todavía más importantes. Cerca de nueve de cada diez hombres y mujeres dicen que una buena relación con el cónyuge o compañero es determinante para su calidad de vida.²²

Rollins y Feldman (1981) examinaron la satisfacción matrimonial de 850 parejas a lo largo de las etapas de Duvall y, al igual que otros investigadores, descubrieron que la mayoría (alrededor del 80%) de los esposos y esposas pensaban que su matrimonio "iba bien" todo o casi todo el tiempo; pero también encontraron que la felicidad y la satisfacción solían estar en su punto máximo en la primera etapa del ciclo, y que comenzaba a declinar, en el momento de fase del nido vacío, la felicidad y la satisfacción volvían a aumentar y seguían haciéndolo hasta los años de la jubilación ¹⁶

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional es un aspecto que va en aumento, se estima un incremento en mayores de 65 años del 400% para el año 2050, ya que se han llevado a cabo avances médicos y tecnológicos para prolongar la esperanza de vida, actualmente es de 75.1 años en nuestro país.

El Estado de San Luis Potosí ocupa el 26vo.lugar en cuanto a las separaciones y divorcios, en el 2006 se registraron 13,649 matrimonios y 1,205 divorcios, por lo que es importante investigar si en la relación de pareja existe la participación del envejecimiento del hombre.

Se tiene mucho conocimiento sobre el envejecimiento en la mujer en cuanto al climaterio y la menopausia, sin embargo, se ha dejado a un lado el del hombre, siendo, como la mujer, una parte muy importante en la base de toda familia. Este envejecimiento poblacional aumenta el tiempo de relación entre las parejas, sobre todo cuando llega la etapa del "nido vacío" y se lleva a cabo el reencuentro entre ellos, enfrentándose a situaciones biológicas propias de esa etapa y que pueden llegar a causar alteraciones en la relación conyugal.

El climaterio y menopausia de la mujer, que en caso de contribuir a una disfunción de la pareja, se puede llegar a controlar, en cambio, en el caso del hombre, no se ha tenido el interés por investigar el grado en que esa situación biológica pudiera ser la causa de la disfunción conyugal, situación que es susceptible de recibir apoyo por el equipo de salud.

Por lo anteriormente escrito, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con síntomas de andropausia de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 de San Luis Potosí?

III. JUSTIFICACION

La esperanza de vida va en aumento debido a los avances en la medicina lo que lleva a un incremento en la población de adultos mayores y con ello aparición de enfermedades asociadas, así como el tiempo de relación de pareja.

El estudio de la andropausia no ha sido de gran interés en la clínica, como lo ha sido la menopausia, y que siendo un problema que afecta a los hombres con el aumento de la edad, puede influir sobre la dinámica familiar, principalmente sobre el subsistema conyugal.

Es importante investigar la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes que tienen síntomas de andropausia, principalmente el conocer cuáles son los aspectos más importantes que mantienen una relación estable, cuáles son los más afectados o susceptibles de cambiar, para valorar una intervención sobre éstos y mejorar su dinámica familiar

IV. OBJETIVOS

GENERAL

1. Conocer la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con síntomas de andropausia de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 de San Luis Potosí.

ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de síntomas de andropausia en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 de San Luis Potosí.
2. Determinar el rango de edad donde se presenta el mayor número de sintomatología de andropausia.
3. Conocer la funcionalidad del subsistema conyugal en los pacientes con síntomas de andropausia y sus parejas.
4. Conocer que aspectos de la Evaluación del Subsistema Conyugal son los determinantes del grado de funcionalidad obtenido por la puntuación de las respuestas.
5. Conocer los aspectos de la Evaluación el Subsistema Conyugal que difieren entre las parejas.

V. HIPÓTESIS

Al tratarse de un estudio observacional, descriptivo, transversal no comparativo; no es necesario contar con una hipótesis.

VI. MATERIAL Y METODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

Observacional o de No Intervención.

DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo.

Transversal no comparativo.

2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Hombres de 40 a 70 años de edad y su pareja derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del turno vespertino, del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí, S.L.P

3. MUESTRA

La técnica de muestreo será No Probabilística Por Conveniencia

Hombres derechohabientes de 40 a 70 años de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del turno vespertino: 10,343

Utilizando la fórmula para población finita:

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

Teniendo un nivel de confianza de 95% y un error muestral de 5% se obtiene un tamaño de la muestra de: 187 pacientes.

Se realiza el aumento del 10% por las posibles pérdidas estimado a 207 pacientes.

4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 47.
2. Hombres de 40 a 70 años de edad.
3. Hombres que acudan a la Unidad con su pareja.
4. Pareja que acepte participar y contestar las encuestas bajo el formato de consentimiento informado.
5. Pacientes del turno vespertino.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes analfabetas.
2. Pacientes imposibilitados para contestar la encuesta.
3. Pacientes que no acepten participar en la aplicación de los cuestionarios.

Criterios de Eliminación:

1. Pacientes o sus parejas que contesten de manera incompleta los cuestionarios.

5. VARIABLES DE ESTUDIO.

Independiente: Síntomas de andropausia.

Dependiente: Funcionalidad del subsistema conyugal.

De control: edad, sexo, comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACION
SINTOMAS ANDROPAUSIA	Independiente	Fenómeno revelador de una enfermedad, en este caso, propio del climaterio masculino.	Según el número respuestas afirmativas se define la presencia de síntomas de andropausia.	Nominal	Test de Adam
FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL	Dependiente	La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas. El subsistema conyugal se forma en el momento en que dos adultos deciden unirse.	Según la puntuación obtenida de clasifica en pareja funcional, disfunción moderada o disfunción severa.	Ordinal	Evaluación del subsistema conyugal
EDAD	Control	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Años cumplidos al momento del estudio	Razón	Test de Adam Evaluación del subsistema conyugal
SEXO	Control	División del género humano en dos grupos: hombre y mujer.	Determinación del género al que pertenece.	Nominal	Evaluación del subsistema conyugal
COMUNICACIÓN	Control	Transmisión de información de un sujeto a otro. Se fundamenta en el comportamiento humano y en	En base a la respuesta NUNCA, OCASIONAL O SIEMPRE se otorga puntuaciones.	Nominal	Evaluación del Subsistema Conyugal.

		las estructuras de la sociedad.			
ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES	Control	Asignar algo a una persona, aceptarlo y tomar conciencia de ello.	En base a la respuesta NUNCA, OCASIONAL O SIEMPRE se otorga puntuaciones.	Nominal	Evaluación del Subsistema Conyugal.
SATISFACCIÓN SEXUAL	Control	Juicio respecto a la actividad sexual, resultado de la combinación de juicios respecto a dos ámbitos relacionados: Físico y Emocional.	En base a la respuesta NUNCA, OCASIONAL O SIEMPRE se otorga puntuaciones.	Nominal	Evaluación del Subsistema Conyugal.
APECTO	Control	Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera.	En base a la respuesta NUNCA, OCASIONAL O SIEMPRE se otorga puntuaciones.	Nominal	Evaluación del Subsistema Conyugal.
TOMA DE DECISIONES	Control	Se refiere al proceso entero de elegir un curso de acción.	En base a la respuesta NUNCA, OCASIONAL O SIEMPRE se otorga puntuaciones.	Nominal	Evaluación del Subsistema Conyugal.

6. PROCEDIMIENTOS

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el comité local de investigación y ética con el número de registro R-2007-2402-3, se solicita a las autoridades de educación de la Unidad Médica Familiar N° 47 para realizar el trabajo de investigación.

Se aplica la evaluación Test de ADAM (Androgen Decline of Aging Male) a los hombres de 40 a 70 años de edad, solicitando previamente su consentimiento.

Se aplica encuesta de evaluación del subsistema conyugal a la pareja en la que el hombre tenga positividad a la encuesta del Test de Adam.

Se recolectan las encuestas aplicadas. Posteriormente codificar las respuestas, analizar e interpretar los resultados obtenidos y reportarlos.

7. PLAN DE ANALISIS

En el análisis de resultados, se utilizó la estadística descriptiva en base a la operacionalización de variables.

Se elaboraron base de datos de los instrumentos de medición en Programa Excel.

El análisis estadístico se realizó con apoyo del Programa SPSS.

8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Test de ADAM (Androgen Decline of Aging Male), encuesta que determina la presencia de andropausia, la cuál consta de 10 preguntas.

La positividad de la encuesta se verifica contestando la 1 o la 7 positiva o tres preguntas positivas, y es un instrumento que ofrece una guía de posibilidad de diagnóstico de déficit hormonal importante.

Cuenta con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 66% y una variabilidad, entre dos aplicaciones cercanas del cuestionario al mismo sujeto, de un 11.5%.

Evaluación del subsistema conyugal, de Chávez-Velasco, que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja, donde al tener puntuación de 0 a 40 se califica como pareja severamente disfuncional, 41 a 70 disfunción moderada y de 71 a 100 funcional.

Consta de 5 apartados que evalúan comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

9. CONSIDERACIONES ETICAS

Según la Declaración de Helsinki la salud del paciente es la primera consideración de los médicos, el progreso médico en los aspectos terapéuticos, profilácticos, etiológicos y patogénicos de la enfermedad, se basa en la investigación clínica y biomédica en seres humanos, la finalidad de las investigaciones debe aplicarse para la ayuda de los humanos. Los médicos de todo el mundo deben tomar en cuenta estas recomendaciones, que no están relegadas de las responsabilidades éticas, civiles y criminales de sus países.

La Declaración enuncia 12 principios básicos que tienen que existir para iniciar trabajos de investigación, la competencia y total responsabilidad de los médicos que participan, la supervisión clínica, el diseño del experimento a través del protocolo aprobado por un comité de expertos, la predicción de riesgos, el respeto a la integridad y privacidad del sujeto para minimizar el impacto del estudio sobre la personalidad del sujeto.

También se refiere a la investigación clínica combinada con cuidados profesionales por el médico, la finalidad de los estudios, la obtención del consentimiento informado o no y la existencia de la relación médico-paciente.

En relación con la investigación biomédica no terapéutica con humanos, se analiza el cuidado que los investigadores deben tener para preservar la integridad física de los sujetos de experimentación voluntarios, sanos o enfermos, y que los intereses de la sociedad y la ciencia, no deben anteponerse a la seguridad y bienestar del sujeto.

En nuestro país algunos de estos aspectos son tomados en cuenta a través de los artículos 5°, 6°, 7° y 10° del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y en los artículos 7° y 12° del Reglamento Interior del Consejo de

Salubridad General, complementados por medio de la publicación de un acuerdo en el Diario Oficial, del martes 26 de enero de 1982, apoyado en la Declaración de Helsinki y donde se establece, con carácter de obligatoriedad la formación de Comisiones de Investigación y de Ética en todos los establecimientos donde se efectúa investigación biomédica.

10. PRODUCTOS ESPERADOS

1. Tesis de postgrado para obtener el título en la especialidad en Medicina Familiar
2. Presentación de la tesis en foros de investigación local o nacional.
3. Publicación en revista médica.

11. ADMINISTRACION DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

A) PERSONAL PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN.

Médico Residente del tercer año de Medicina Familiar.

Médicos asesores Clínico y Metodológico/Estadístico.

Personal de Trabajo Social turno vespertino de Unidad de Medicina Familiar
No, 47

Personal de Enfermería del turno vespertino de Unidad de Medicina Familiar
No, 47

B) RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES.

ECONOMICOS: Propios del Investigador.

DISPOSICIÓN DE TIEMPO: 2 horas diarias en realizar investigación en red o en biblioteca, 4 horas diarias en realizar los cuestionarios durante dos meses.

MATERIALES:

RECURSO	COSTO
Computadora	\$15,000.00
Impresora	\$1,000.00
Cartucho tinta negra para impresora	\$750.00
Papel Bond para las encuestas	\$1000.00
Lápices	\$20.00
Calculadora	\$50.00
TOTAL	\$16,300.00

C) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	AGO -NOV 2006	DIC 06	ENE - SET 2007	OCT 2007 - AGO 2008	SET - OCT 2008	OCT - NOV 2008
Elaboración del marco teórico y antecedentes	X	X				
Búsqueda de instrumentos de evaluación		X				
Selección de muestra		X				
Elaboración del escrito protocolo	X	X	X			
Entrega de protocolo al comité y revisiones			X			
Aceptación del protocolo			X			
Realización de la investigación				X		
Introducir datos al programa estadístico					X	
Obtener resultados					X	
Analizar resultados						X
Realizar conclusiones						X
Presentación de resultados						X

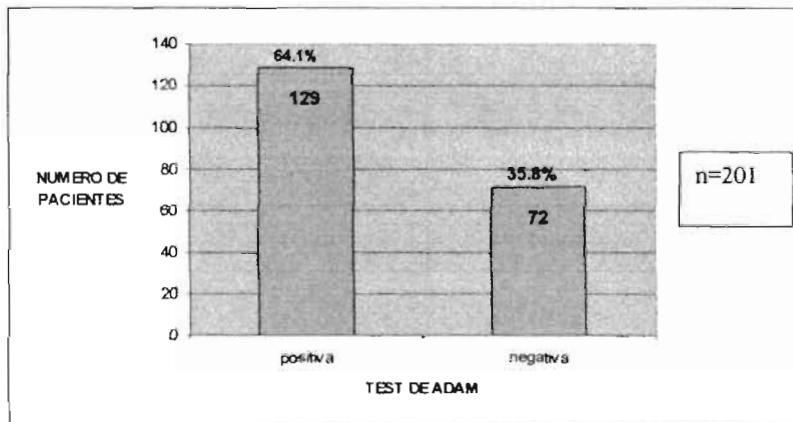
VII. RESULTADOS

Se aplicaron 207 cuestionarios a los hombres entre 40 y 70 años para valorar la presencia de síntomas de andropausia, de los cuales, 201 (97.1%) fueron válidos y 6 (2.9%) se eliminaron por encontrarse incompletos o mal contestados.

Los hombres que contestaron correctamente los cuestionarios fueron 87 (43.3%) dentro del rango de edad de los 40 y 50 años, 65 (32.3%) entre los 51 a 60 años y 49 (24.4%) correspondieron a los 61 a 70 años.

De los 201 cuestionarios válidos, 129 (64.1%) fueron test positivos para la presencia de los síntomas de la andropausia, y 72 (35.8%) negativos.

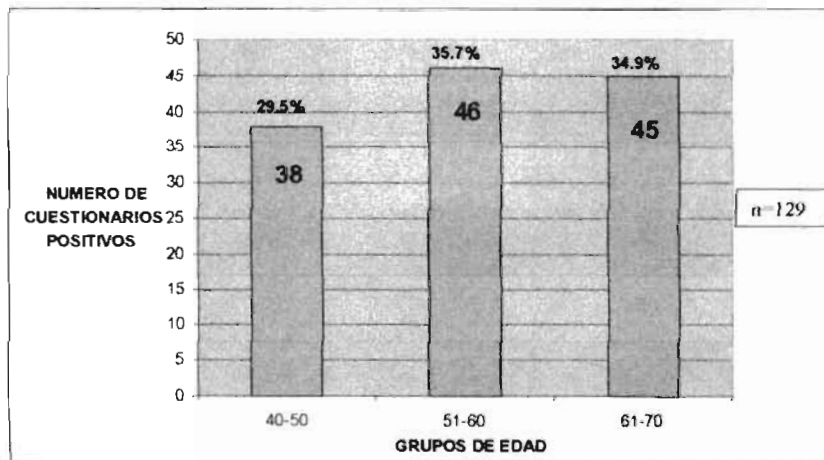
Gráfico 1. RESULTADO DE LA PRUEBA TEST DE ADAM PARA ENCONTRAR SÍNTOMAS DE ANDROPAUSIA.



FUENTE: TEST DE ADAM.

En cuanto a la edad, los hombres entre 40 y 50 años con cuestionario positivo fueron 38 (29.5%), los de 51 a 60 años fueron 46 (35.7%) y lo de 61 a 70 años fueron 45 (34.9%).

Gráfico 2. RESULTADOS POSITIVOS PARA EL TEST DE ADAM DISTRIBUIDOS POR GRUPOS DE EDAD.

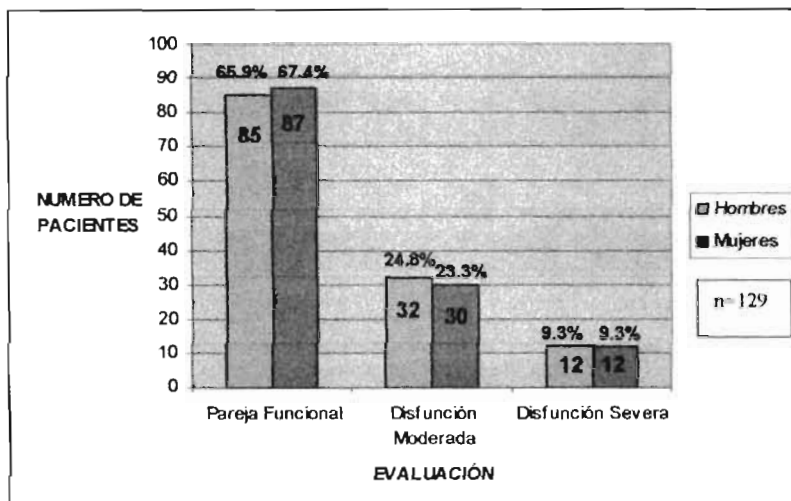


FUENTE: TEST DE ADAM.

A los hombres con Test de ADAM positivo, se les aplicó la Evaluación del Subsistema Conyugal al igual que a su pareja, obteniéndose en los hombres los siguientes resultados: Pareja Funcional 85 (65.9%), Pareja con Disfunción Moderada 32 (24.8%), Pareja Severamente Disfuncional 12 (9.3%).

En cuanto a las respuestas de la mujer, resultó lo siguiente: Pareja Funcional 87 (67.4%), Pareja con Disfunción Moderada 30 (23.3%) y Pareja Severamente Disfuncional 12 (9.3%).

Gráfico 3. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.



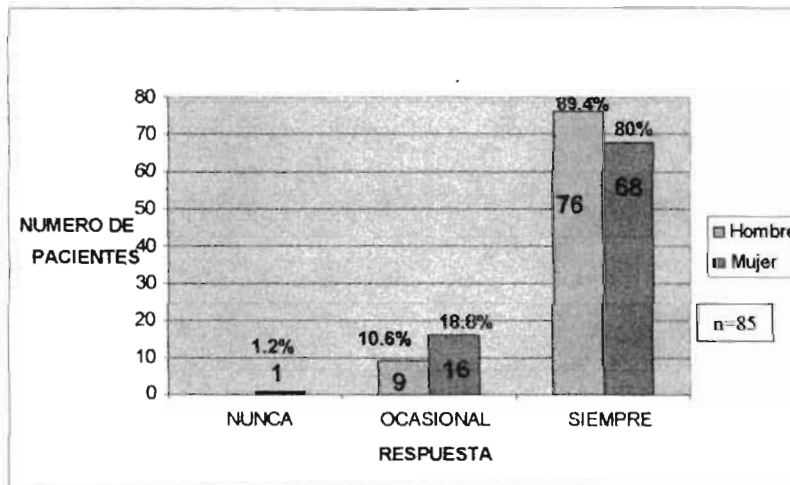
FUENTE: EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

La media de edad fue de 53 años tanto para el hombre como para la mujer, con una moda de 46 años para el hombre y de 54 para la mujer, con una edad mínima de 35 y máxima de 70.

En cuanto a los 85 varones que en la evaluación del subsistema conyugal se determinaron como Pareja Funcional, las mujeres obtuvieron los siguientes resultados: 72 (84.7%) coinciden en puntuación para pareja funcional, 12 (14.1%) se consideraron con disfunción moderada y 1 disfunción severa, dichas disfunciones observadas por las preguntas sobre el intercambio de roles y la satisfacción sexual.

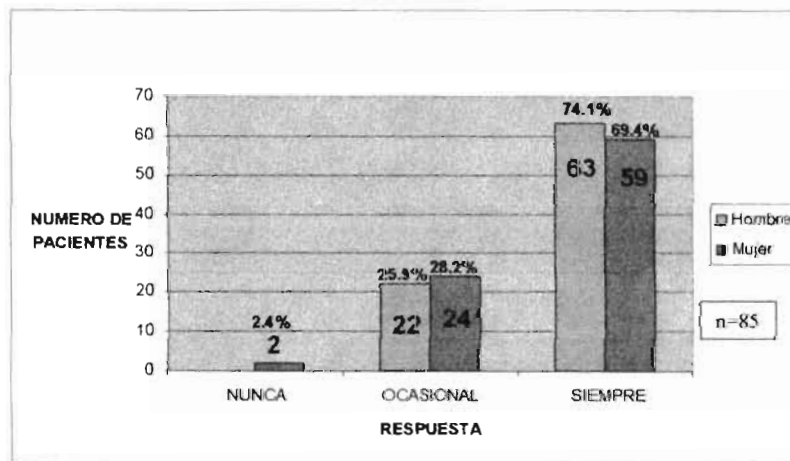
Sus respuestas a los 13 ítems del cuestionario para la Evaluación del Subsistema Conyugal fueron como sigue:

Gráfico 4. ¿SE COMUNICA DIRECTAMENTE CON SU PAREJA?



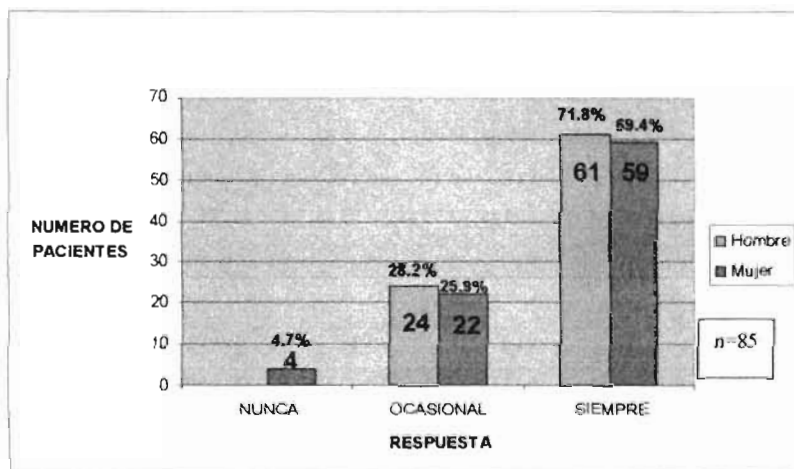
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 5. ¿LA PAREJA EXPRESA CLARAMENTE LOS MENSAJES QUE INTERCAMBIA?



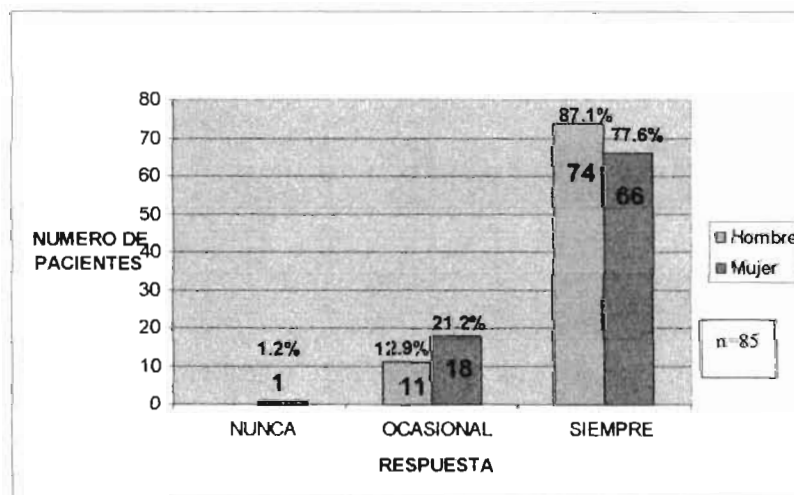
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 6. ¿EXISTE CONGRUENCIA ENTRE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y ANALÓGICA?



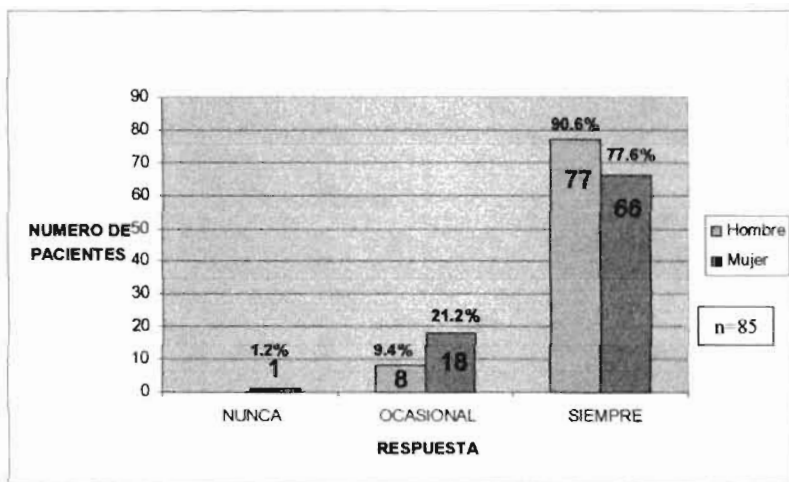
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 7. ¿LA PAREJA CUMPLE LOS ROLES QUE MUTUAMENTE SE ADJUDICAN?



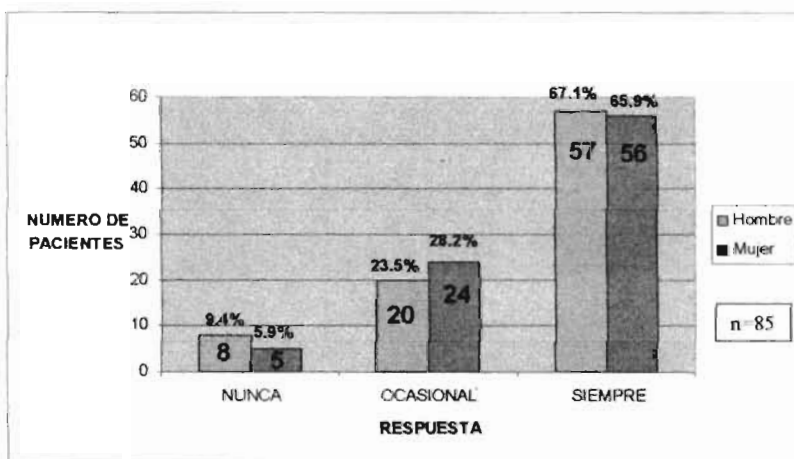
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 8. ¿SON SATISFATORIOS LOS ROLES QUE ASUME LA PAREJA?



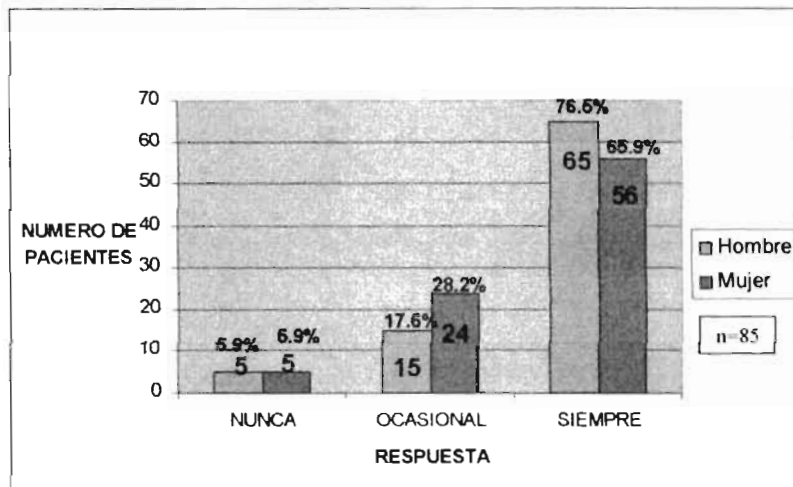
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 9. ¿SE PROPICIA EL INTERCAMBIO DE ROLES ENTRE LA PAREJA?



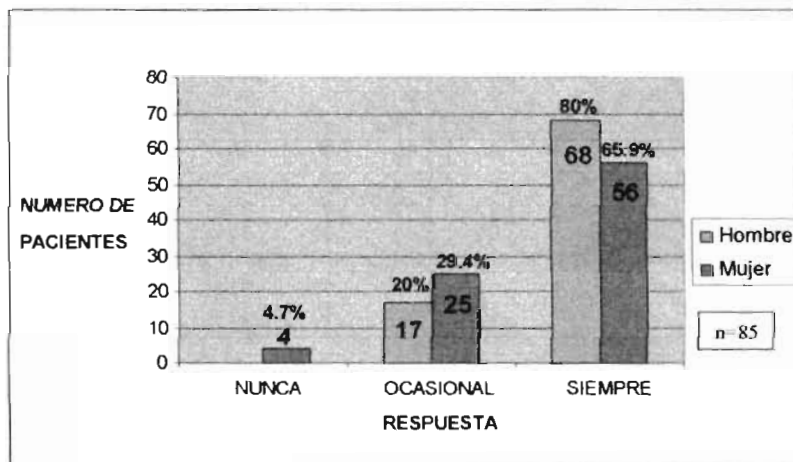
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 10. ¿ES SATISFATORIA LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES?



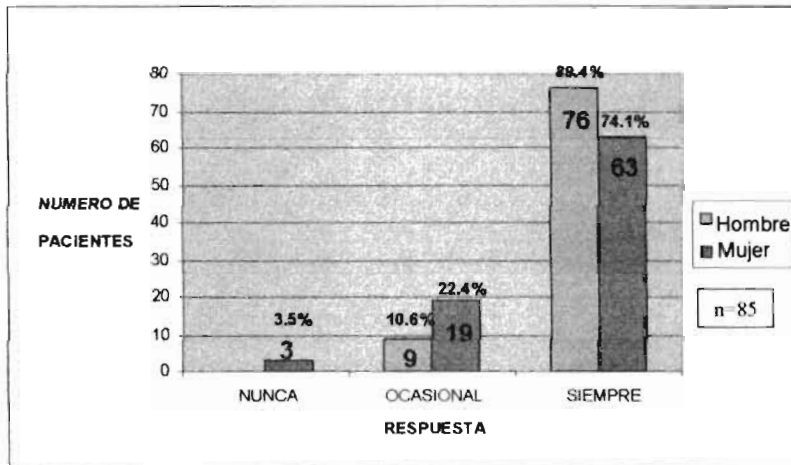
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 11 ¿ES SATISFATORIA LA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD SEXUAL?



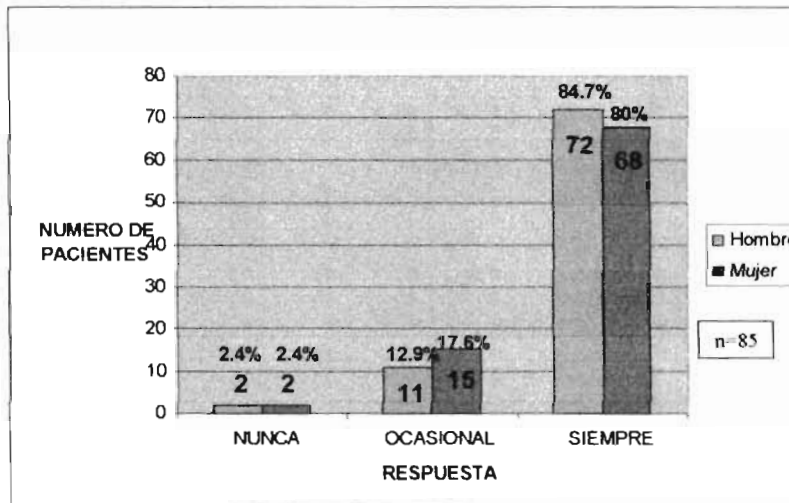
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 12. ¿EXISTEN MANIFESTACIONES FÍSICAS DE AFECTO EN LA PAREJA?



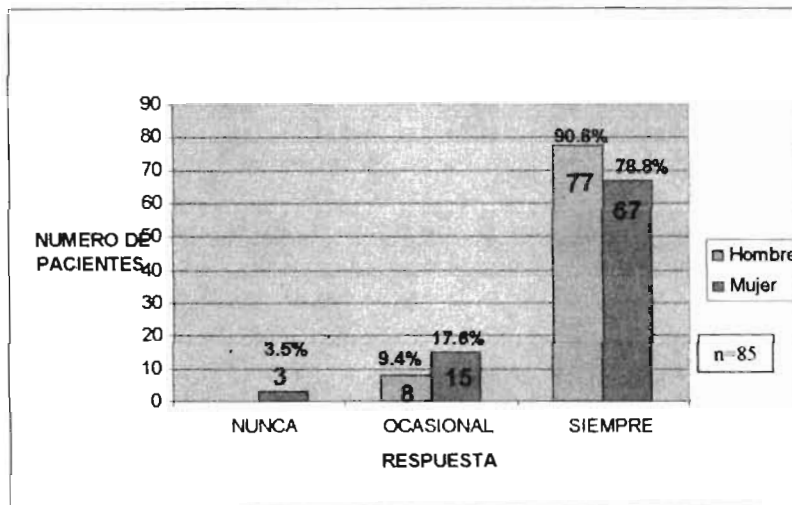
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 13. ¿EL TIEMPO QUE SE DEDICA A LA PAREJA ES GRATIFICANTE?



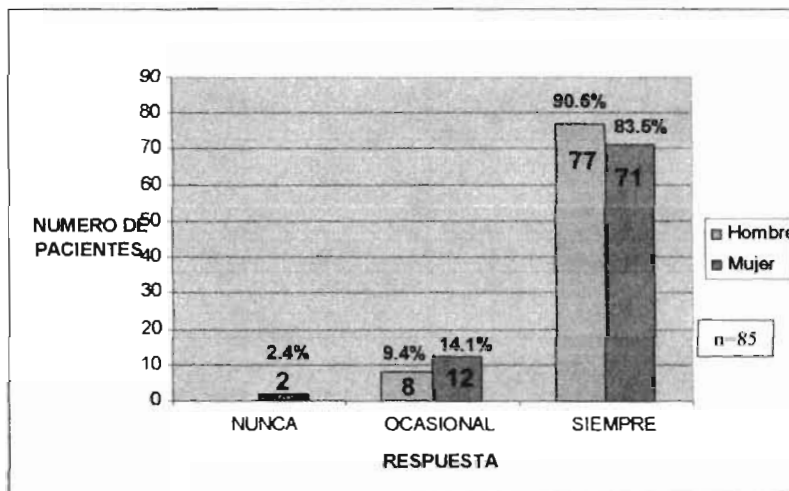
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 14. ¿SE INTERESAN POR EL DESARROLLO Y SUPERACIÓN DE LA PAREJA?



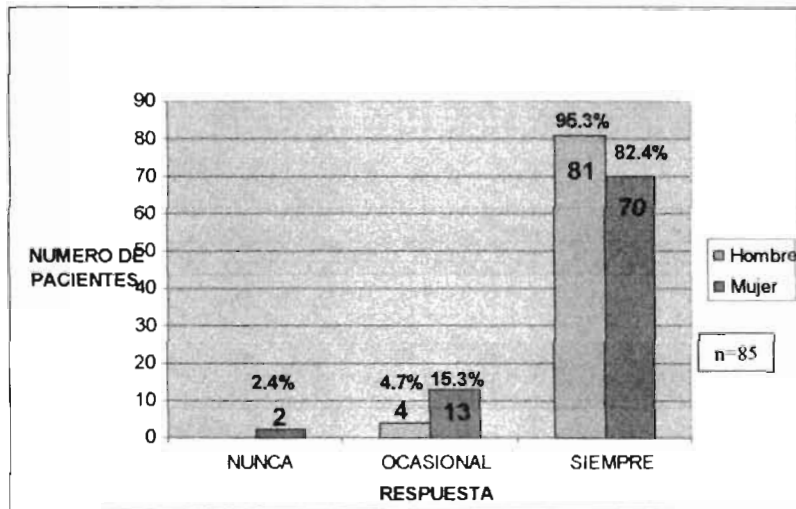
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 15. ¿PERCIBEN QUE SON QUERIDOS POR SU PAREJA?



FUENTE. EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Gráfico 16. ¿LAS DECISIONES IMPORTANTES PARA LA PAREJA SE TOMAN CONJUNTAMENTE?



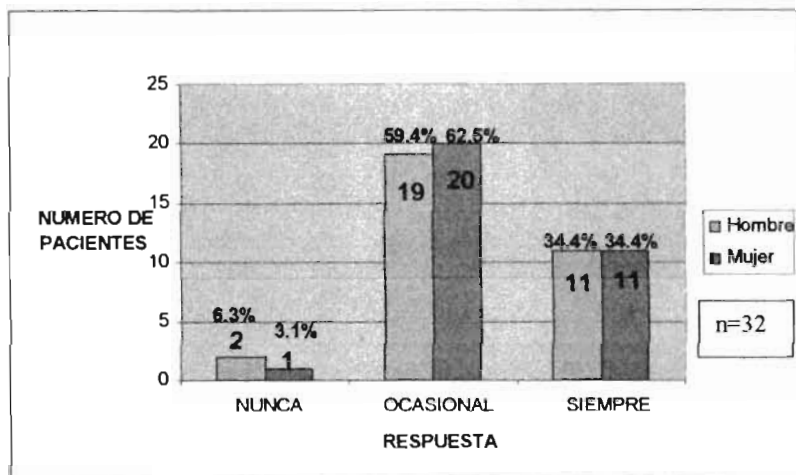
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Las parejas de los 32 varones que obtuvieron una puntuación para Disfunción Moderada se catalogaron a 15 (46.9%) como pareja funcional, 13 (40.6%) Disfunción Moderada y 4 (12.5%) disfunción severa.

La mayoría de las respuestas que influyeron para calificar como disfunción fue en las preguntas sobre la congruencia entre la Comunicación verbal y analógica y en las relacionadas con la Satisfacción sexual.

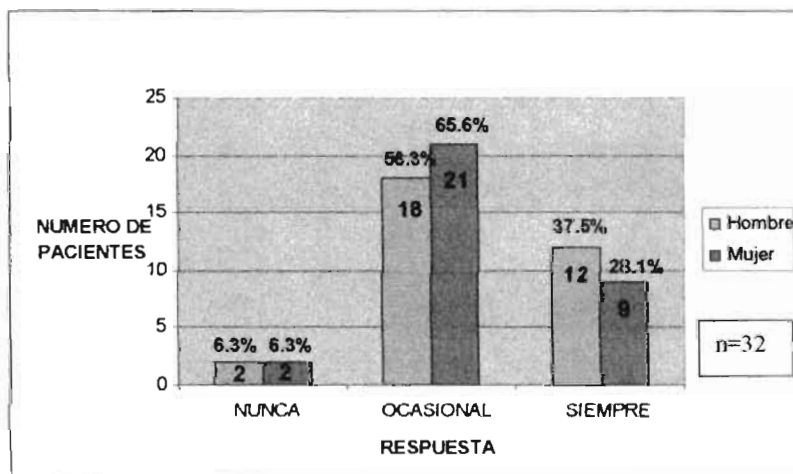
Estas parejas contestaron el cuestionario de la siguiente manera.

Gráfico 17. ¿SE COMUNICA DIRECTAMENTE CON SU PAREJA?



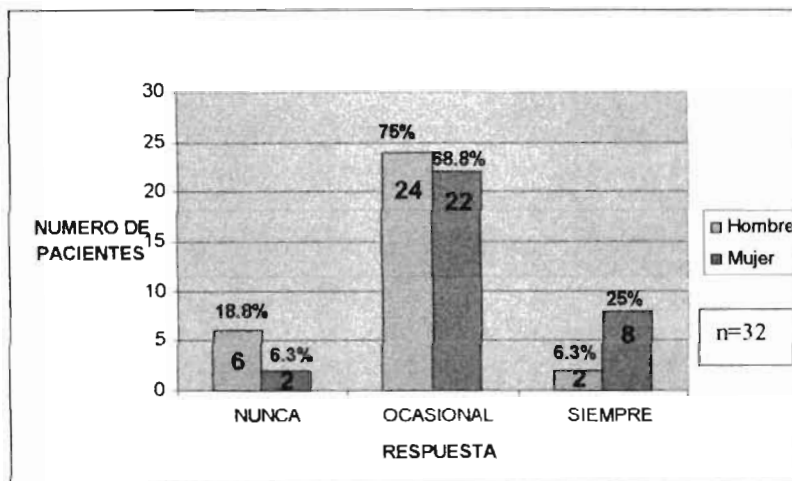
FUENTE: EVALUACIÓN SEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 18. ¿LA PAREJA EXPRESA CLARAMENTE LOS MENSAJES QUE INTERCAMBIA?



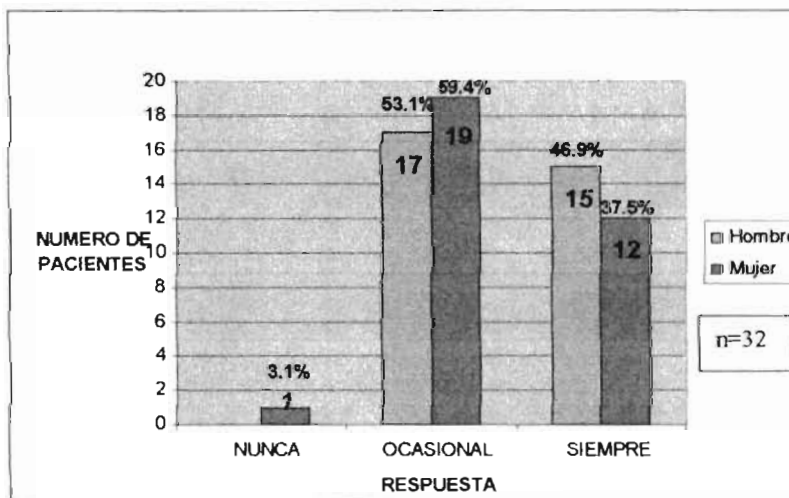
FUENTE: EVALUACIÓN SEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 19. ¿EXISTE CONGRUENCIA ENTRE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y ANALÓGICA?



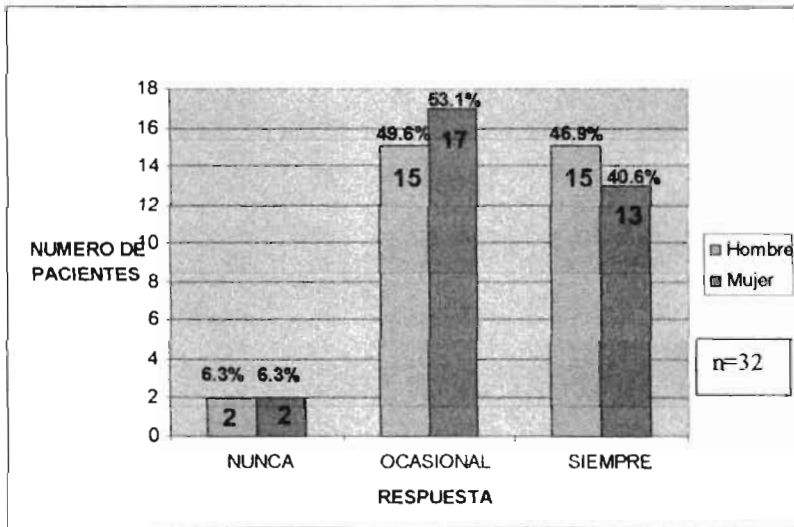
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 20. ¿LA PAREJA CUMPLE LOS ROLES QUE MUTUAMENTE SE ADJUDICAN?



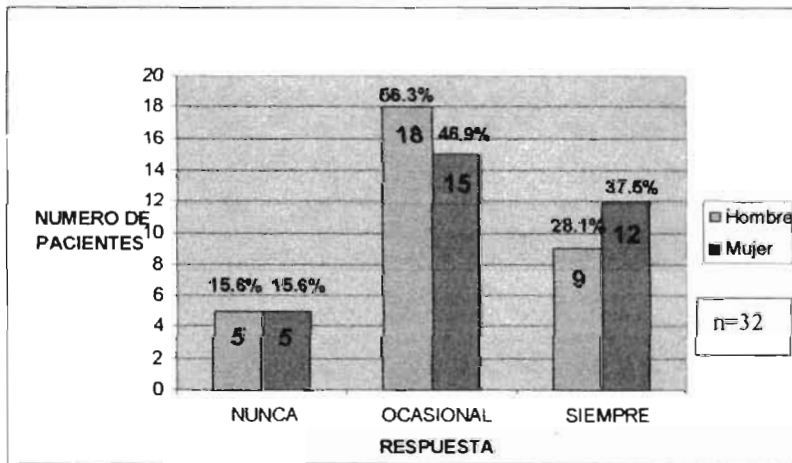
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 21. ¿SON SATISFATORIOS LOS ROLES QUE ASUME LA PAREJA?



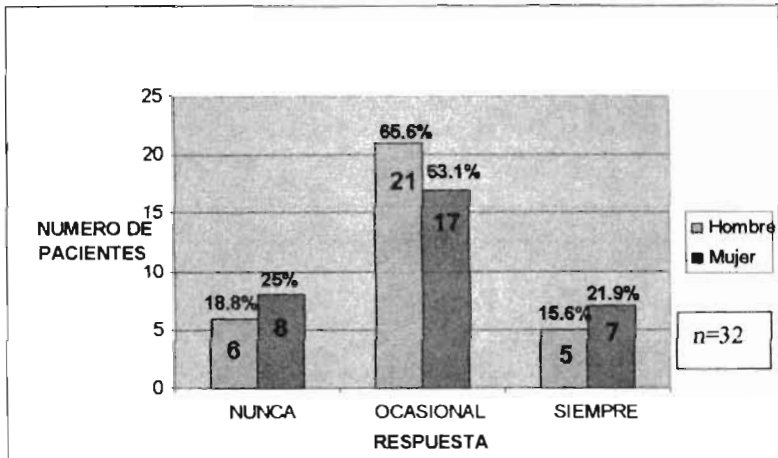
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 22. ¿SE PROPICIA EL INTERCAMBIO DE ROLES ENTRE LA PAREJA?



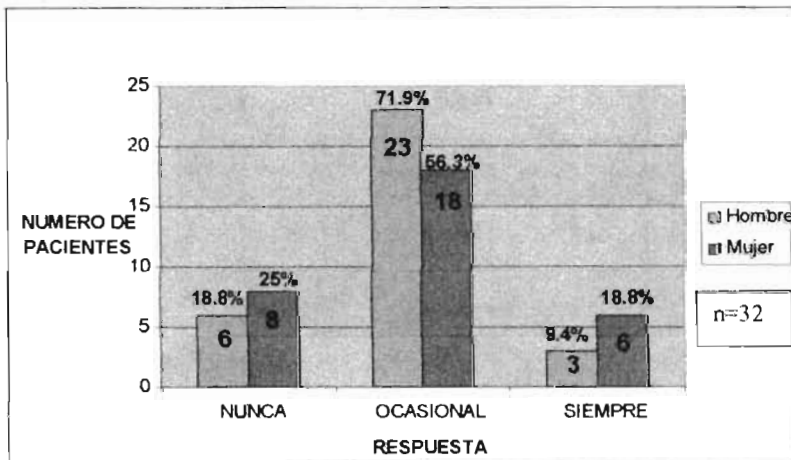
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 23. ¿ES SATISFATORIA LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES?



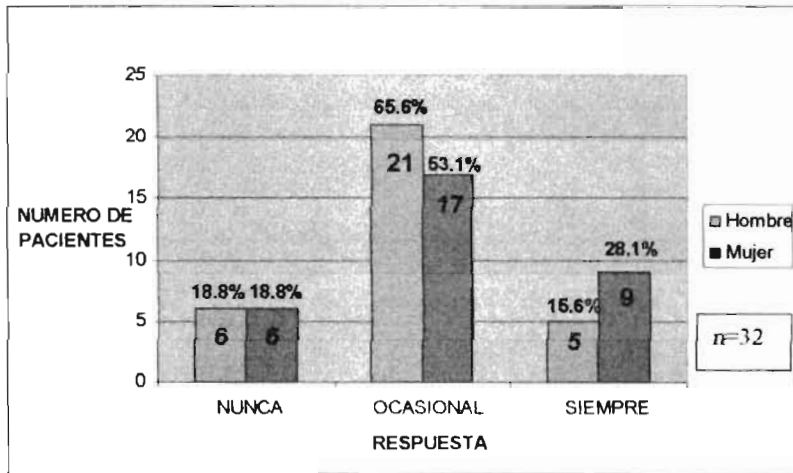
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 24. ¿ES SATISFATORIA LA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD SEXUAL?



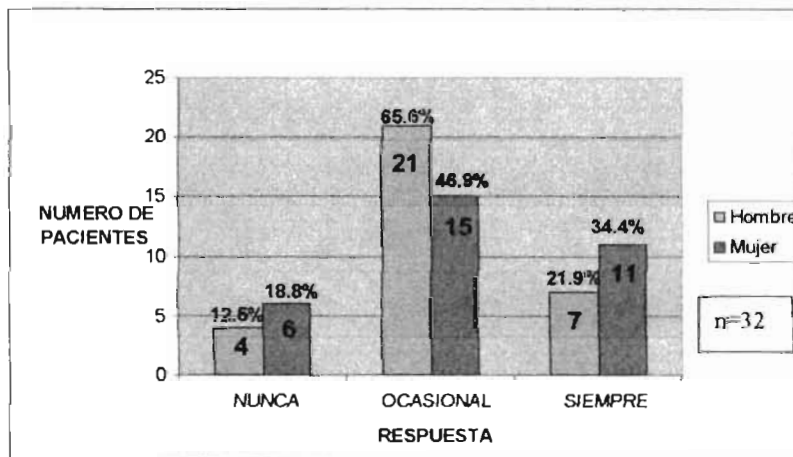
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 25. ¿EXISTEN MANIFESTACIONES FÍSICAS DE AFECTO EN LA PAREJA?



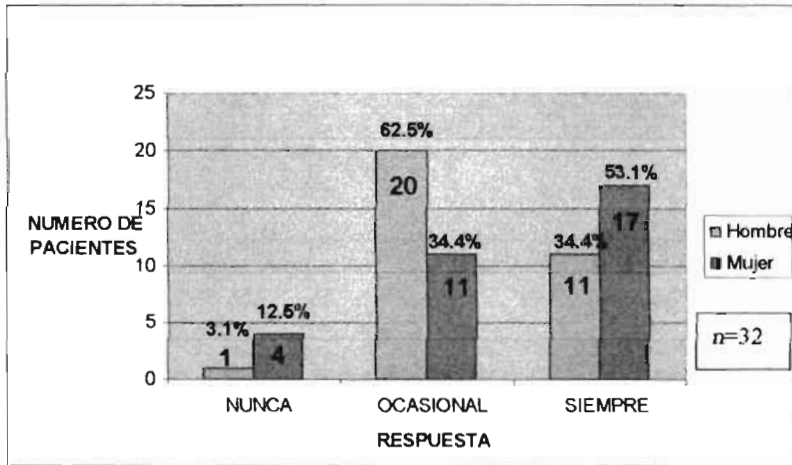
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Gráfico 26. ¿EL TIEMPO QUE SE DEDICA A LA PAREJA ES GRATIFICANTE?



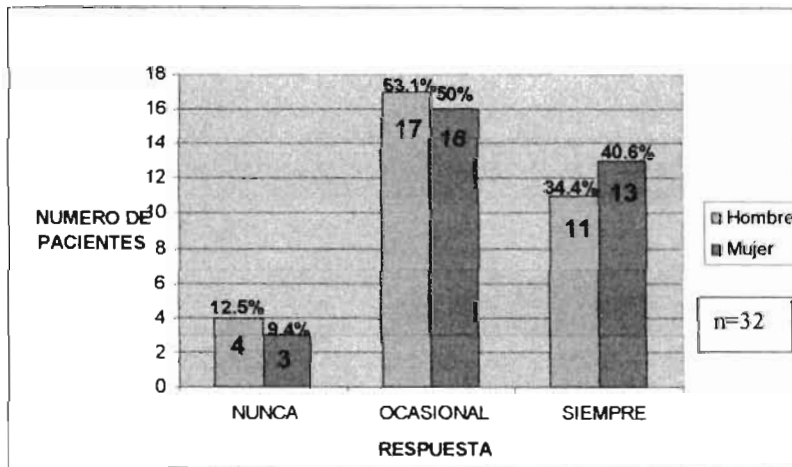
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Gráfico 27. ¿SE INTERESAN POR EL DESARROLLO Y SUPERACIÓN DE LA PAREJA?



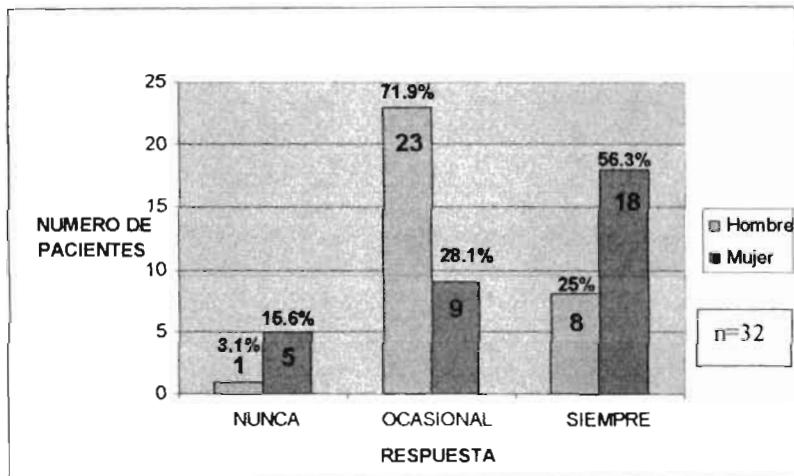
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 28. ¿PERCIBEN QUE SON QUERIDOS POR SU PAREJA?



FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 29. ¿LAS DECISIONES IMPORTANTES PARA LA PAREJA SE TOMAN CONJUNTAMENTE?



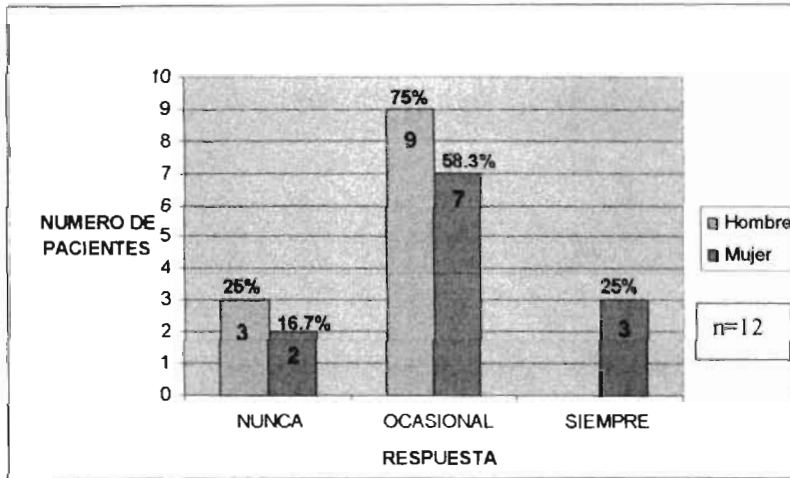
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Se obtuvo Disfunción Severa en 12 varones, 5 (41.7%) de sus parejas fueron consideradas con disfunción moderada y 7 (58.3%) con disfunción severa.

Estas parejas respondieron en su mayoría a las preguntas sobre la Toma de decisiones, satisfacción sexual, y manifestaciones físicas de afecto.

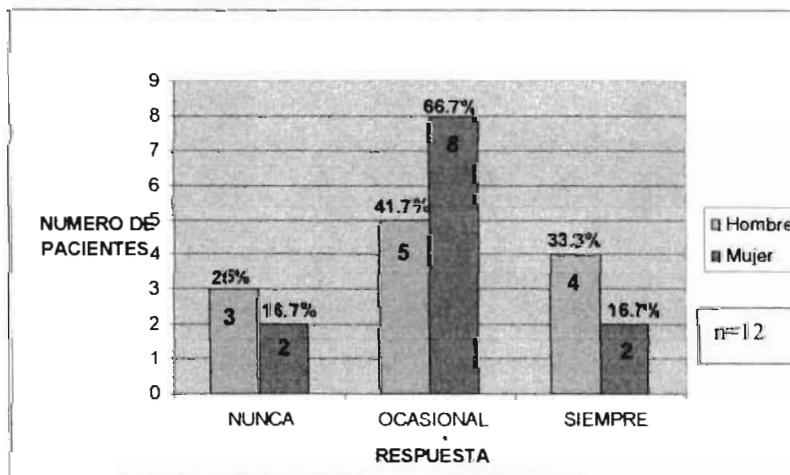
Sus respectivas respuestas fueron las siguientes:

Gráfico 30. ¿SE COMUNICA DIRECTAMENTE CON SU PAREJA?



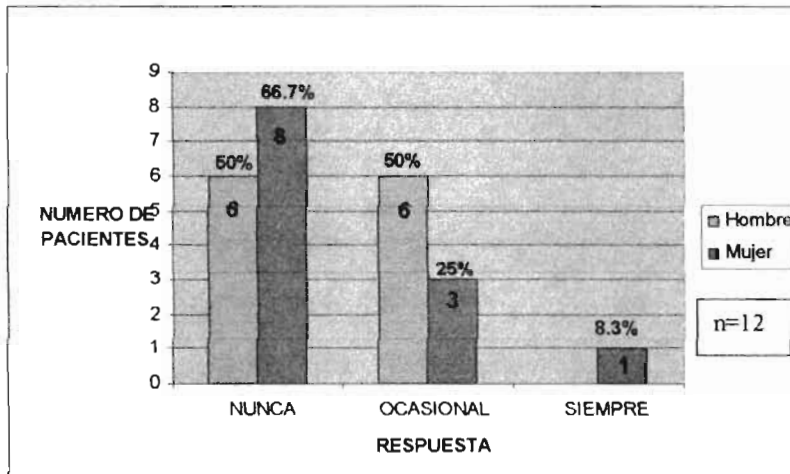
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 31. ¿LA PAREJA EXPRESA CLARAMENTE LOS MENSAJES QUE INTERCAMBIA?



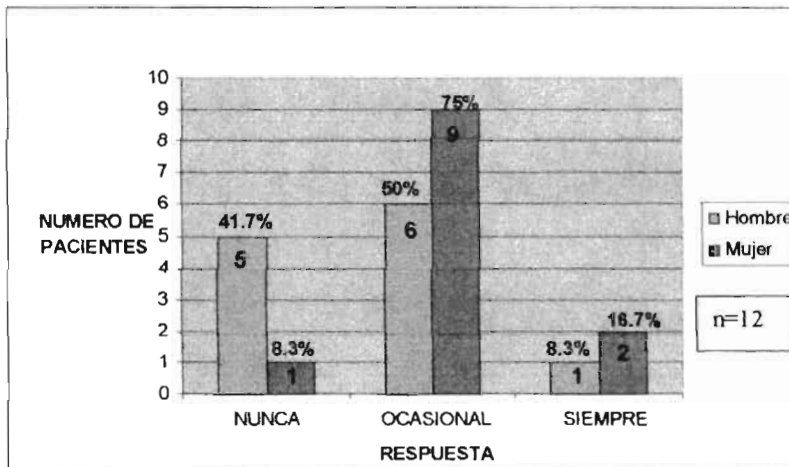
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 32. ¿EXISTE CONGRUENCIA ENTRE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y ANALÓGICA?



FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

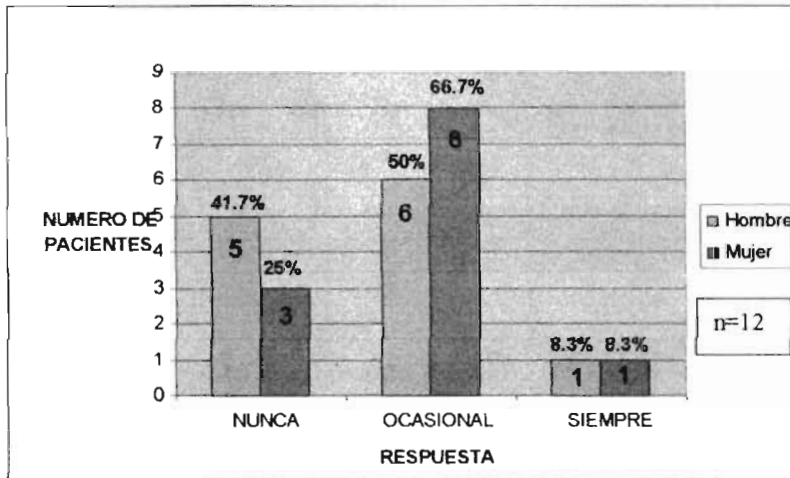
Gráfico 33. ¿LA PAREJA CUMPLE LOS ROLES QUE MUTUAMENTE SE ADJUDICAN?



FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

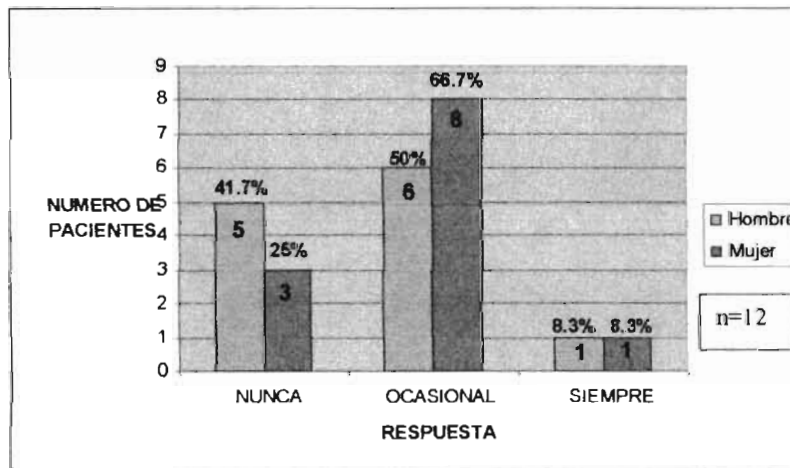


Gráfico 34. ¿SON SATISFATORIOS LOS ROLES QUE ASUME LA PAREJA?



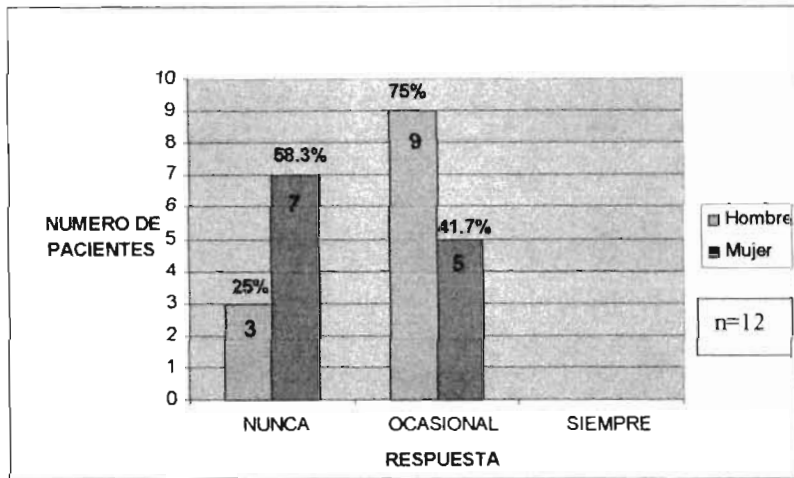
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Gráfico 35. ¿SE PROPICIA EL INTERCAMBIO DE ROLES ENTRE LA PAREJA?



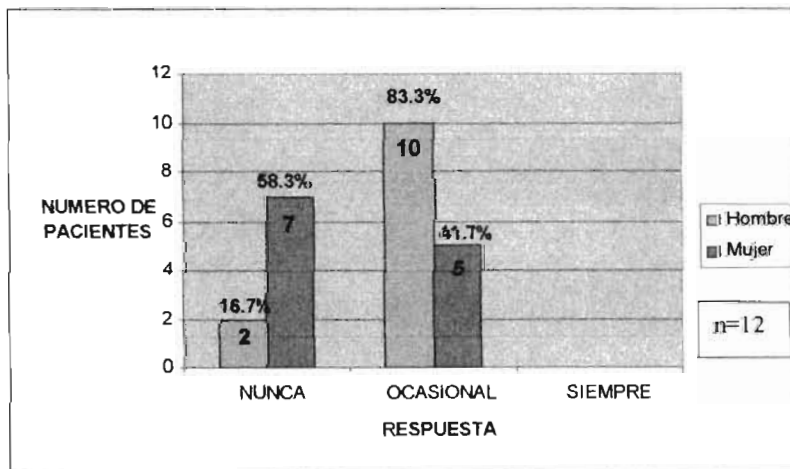
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 36. ¿ES SATISFATORIA LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES?



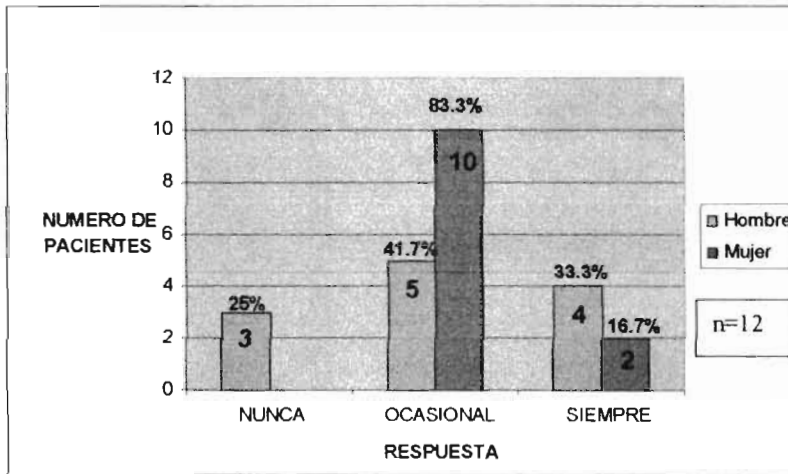
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 37. ¿ES SATISFATORIA LA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD SEXUAL?



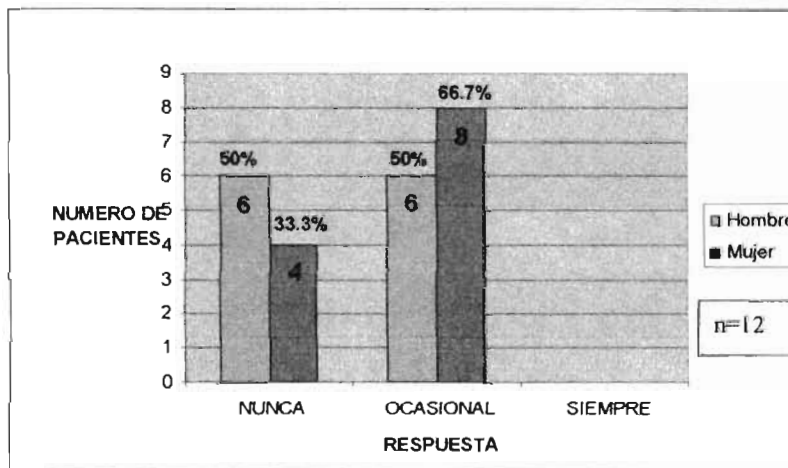
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 38. ¿EXISTEN MANIFESTACIONES FÍSICAS DE AFECTO EN LA PAREJA?



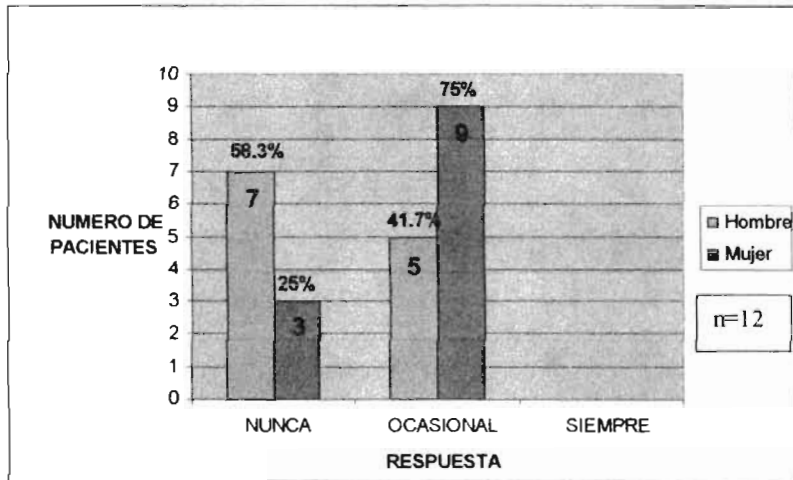
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 39. ¿EL TIEMPO QUE SE DEDICA A LA PAREJA ES GRATIFICANTE?



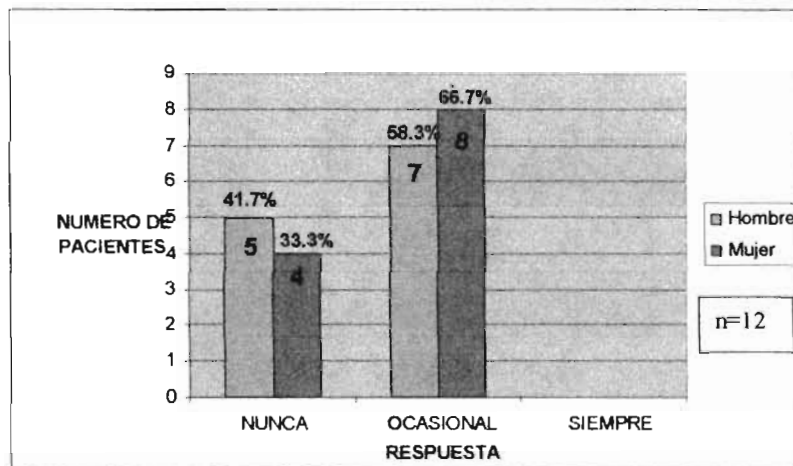
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 40. ¿SE INTERESAN POR EL DESARROLLO Y SUPERACIÓN DE LA PAREJA?



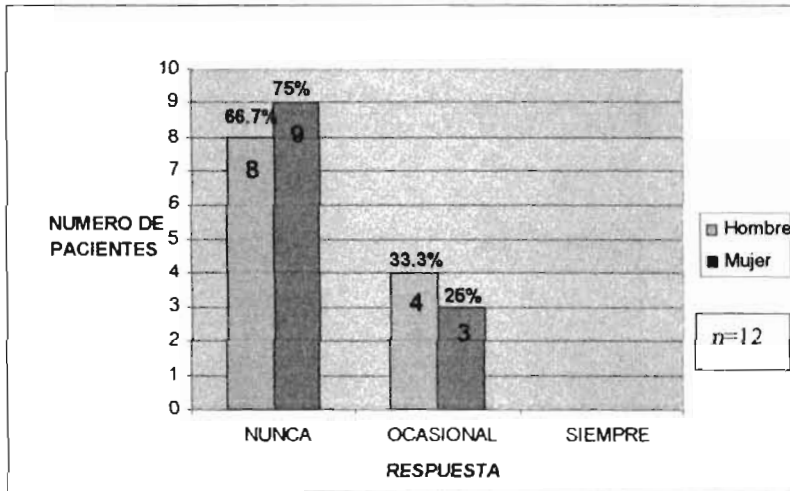
FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 41. ¿PERCIBEN QUE SON QUERIDOS POR SU PAREJA?



FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Gráfico 42. ¿LAS DECISIONES IMPORTANTES PARA LA PAREJA SE TOMAN CONJUNTAMENTE?



FUENTE: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

VIII. DISCUSION

En la andropausia los niveles séricos de testosterona disminuyen, causando variados síntomas que pueden llegar a afectar todos los ámbitos de su vida. Según la literatura, los niveles de esta hormona empiezan a disminuir a partir de los 40 años, inicialmente asintomáticos, conforme avanza la edad, los síntomas son más notorios.

Este estudio se realizó con población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 de San Luis Potosí, encontrándose una prevalencia de síntomas de andropausia de 62%, siendo esto cercano a lo registrado por el Hospital Juárez de la Cd. de México donde se aplicó el mismo instrumento de evaluación (Test de Adam), así como en otros estudios internacionales.

Sin embargo, en este estudio encontramos que la mayoría de la positividad del Test fue en el grupo de 51 a 60 años, resultado que difiere de los encontrados en los estudios arriba mencionados, situación que esta dada por la frecuencia de respuestas en relación a la disminución del deseo sexual e intensidad de erecciones. Esto evidencia una similitud con otros estudios realizados.

El objetivo principal del estudio fue conocer la funcionalidad del subsistema conyugal en los hombres que presentaron los síntomas de la andropausia, y tenemos que a diferencia de lo encontrado en la literatura que habla de que el hombre con síntomas está más susceptible a presentar alteraciones en su relación conyugal, en nuestro estudio se encontró que la mayoría de las parejas son funcionales, obteniéndose un porcentaje similar (87% para la mujer y 85% para el hombre).

Se menciona en la literatura que en la llamada crisis de la media vida el varón es más vulnerable en el plano sexual y en este estudio encontramos que el rubro que cuestiona sobre la Satisfacción Sexual sí causa impacto en

la mayoría de las parejas, principalmente en las que calificaron como Pareja Funcional y con Disfunción Moderada, sin embargo, en las parejas con Disfunción Severa el rubro que más influyó fue la Toma de decisiones.

Otro dato encontrado en la literatura es que las parejas que se encuentran en la etapa del nido vacío presentan crisis personales o conyugales y en el presente estudio se encontró que la mayoría de las parejas presentaron una evaluación funcional, tomando en cuenta que nuestras parejas se encuentran en una edad que coincide con la etapa del nido vacío.

No se encontraron estudios similares, que evalúen la funcionalidad de las parejas en las que se presenten alteraciones hormonales en el varón, e incluso, ni en la mujer, por lo que no se puede llevar a cabo una comparación más precisa, siendo este un trabajo de investigación nuevo.

IX. CONCLUSION

La andropausia ha sido uno de los temas que no se le ha dado la importancia que requiere, tanto para identificación como para el tratamiento de los síntomas, ya que pueden afectar aspectos de la vida del hombre por sus cambios, así como su relación de pareja.

En nuestra población de estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

Existe una alta prevalencia clínica del 62% en la presencia de los síntomas de andropausia, principalmente en hombres mayores de 50 años de edad.

Estos síntomas no han causado gran impacto en la relación conyugal, logrando mantener una Pareja Funcional, y siendo en la minoría una Pareja con Disfunción severa.

En la pareja en la que el hombre califica como Pareja Funcional, algunas de sus parejas llegan a presentar calificación de Disfunción Moderada por los rubros de Satisfacción en la calidad de las relaciones sexuales; y como Disfunción Severa por los rubros que cuestionan sobre el intercambio de roles y en la Satisfacción de la frecuencia de las relaciones sexuales.

En la pareja en la que el hombre presenta una Disfunción Moderada, sus parejas coinciden en puntuación por la mayoría de las respuestas en el rubro sobre la Congruencia entre la comunicación verbal y analógica, y califican como Disfunción Severa por sus respuestas en referencia a la Satisfacción Sexual.

La Disfunción Severa que se observa en los hombres, al igual que en sus parejas es debida principalmente por la mayoría de las respuestas en el rubro de la Toma de Decisiones en que coinciden 8 parejas de 12 en sus respuestas.

El que el hombre tenga síntomas de andropausia no ha tenido un impacto negativo en la relación conyugal, probablemente debido a que su pareja se encuentra en la llamada mediana edad, donde ambos comparten cambios hormonales, y han sido sobrellevados satisfactoriamente sin provocar grandes alteraciones en la dinámica de la pareja.

X. SUGERENCIAS

Ya que tenemos una elevada prevalencia de los síntomas de andropausia es importante tomar en cuenta este padecimiento para su búsqueda intencionada de los síntomas en nuestra población así como determinar cuáles son los aspectos que más destacan como alteraciones en el sistema conyugal, lo cual sería muy útil para trabajar en ello y evitar disfunciones severas e incluso separaciones o divorcios, ya que finalmente afectan a toda la dinámica familiar, y como Médicos Familiares tenemos la obligación de proporcionar las herramientas necesarias a dichas familias para que tengan una buena funcionalidad.

Esto se puede lograr en nuestra propia área de trabajo, en el consultorio, iniciando las evaluaciones en parejas que acudan constantemente siendo ambas evaluaciones rápidas y fáciles, se puede detectar el aspecto problemático, como Médicos Familiares tenemos la capacidad de iniciar la ayuda, dependiendo del tipo de alteración detectada, se puede solicitar apoyo con todo el Equipo de Salud.

Para ello es necesario dar a conocer sobre el tema a todo este Equipo, llevan a cabo sesiones generales de hospital que hablen de la andropausia y de los datos obtenidos en este estudio, para abrir conciencia a este problema que afecta a nuestras familias, así como dar a conocer los instrumentos de evaluación con los que se cuenta para llevar a cabo esta labor, y así iniciar la búsqueda intencionada de este problema en nuestra población.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Cruz Trejo J., Viveros Contreras C., Skrom-K G., Lugo García J.A. y Moreno Romero R. Síndrome de Deficiencia Parcial de Andrógenos. Rev Mex Uro. Volumen 66, enero-febrero de 2006, Num 1.
2. Castelo Elías-Calles L., Machado Porro M. Algunas consideraciones sobre el síndrome de PADAM. Hospital Docente Universitario "Manuel Fajardo" Rev. Cub. End. 2006; 17(2). URL disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol17_2_06/end06206.htm
3. Herrera E, Sánchez F, Villaquirán A. Climaterio Masculino. Medicina Familiar Foro Médico. Revista Informática Médica. Tema 259; 43-47
4. Redmon B., Prior J. Andropausia. Problemas Comunes en Urología. Manual Moderno 2005. Cap- 19: 255-263.
5. Castelo Elías-Calles L., Machado Porro M., Aramburo Pou E., Martínez García R. Declinación Androgénica durante el envejecimiento masculino. Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). Rev. Cub. End 2003; 14(3). URL disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_3_03/end0230.htm
7. Herrera E, Sánchez F, Villaquirán A. Climaterio Masculino. Segunda parte. Medicina Familiar Foro Médico. Rev Inf Med. Tema 13; 41-45.
8. Pérez C., Ureta S. De León S. Andropausia o climaterio masculino. ¿Umbral al futuro? Rev Mex Urol 2002; 62(3):148-152.
9. García Irigoyen C. Climaterio Masculino. ¿Estás en la edad? (monografía en línea). Pagina web.

10. Morales A. La andropausia: ¿mito o realidad?
Rev. Mexicana de Urología 2000; Volumen 60(6): 241-245.
11. Treatment of Androgen Deficiency in the Aging Male. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, EE.UU. Fertil Steril.(en línea) May 2004. 81(5);1437-1440.
URL disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17055832>
12. Barbado Alonso JA, Aizpiri Díaz J, Cañones PJ. Habilidades en Salud Mental. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. Revista de la SEMG. Individuo y Familia (I). Barcelona, España. Febrero 2004; 61: 84-94. URL disponible en:
http://www.medicinageneral.org/revista_62/pdf/habilidades.pdf
13. Mendoza- Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch Med Fam 2006, Vol. 8 (1) 27-32.
14. La Familia, Su dinámica y Tratamiento. Organización Panamericana de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social.. 2003.
15. Rodríguez C. M., Viejas y nuevas familias. La transición hacia nuevas estructuras familiares. Pág. Web.
16. Jaramillo P. M, Sistemas Familiares. Revista de la Universidad del Azuay n. 35., Abril 2005.
17. Kiecolt J, Newton T Marriage and health. His and Hers. Psychol. 2001 Vol 127 (4), 472-503.
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11439708>

18. Robles T, Kiecolt J. The physiology of marriage: pathways to health. College Of Medicine, Columbus, OH, USA. *Physiolo Behav.* Agosto 2003; 79(3):409-16. URL disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12954435>
19. Lefrancois G., Etapa Adulta Media. El ciclo de la vida. International Thompson Editores 2001 6ta Edición. Capítulo 16 y 17 pág. 466-502
20. Craig G., Desarrollo Psicológico. Adultez. Adultos en Edad Media Madura: Desarrollo Físico y Cognocitivo. Ed. Prentice Hall 2001 Parte IV Capítulo 14. pág 490-492.
21. Tapia V L. Algunas consideraciones para una Terapia de Pareja basada en la evidencia. De Familias y Terapias. Jul-Nov 2001, 9:14 y 15, 7-30.
22. Papalia E. D., Wendkos O., Duskin F. R. Edad Adulta Intermedia. Parte 7 Desarrollo Humano. Novena Edición. Mc Graw Hill. 2005. Pag. 594-651
23. Robinson S. Reflexiones Rústicas sobre la andropausia. Profesor Investigador del Departamento de Antropología de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Iztapalapa. Versión 1.3. México, D.F. 1999: 57-64.
24. Aversa A., Isidori A., Greco E. Hormonal Supplementation and Erectile Dysfunction. University Tor Vergata; Roma, Italia *Eur Urol.* Mayo 2004, 45; 535-538. URL disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15082192>.
25. Martínez León S. Efectos de la edad, sexo, y la escolaridad en la satisfacción marital. UVM. *Episteme.* Agosto 2004. No. 1. URL en:
<http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero104/>

26. Rivera Arguinzonui A. Plenitud Sexual Masculina. Zonai. San Juan Puerto Rico. 2006.
27. Rosales E., Rojas P., Andropausia y Sexualidad, ¿Una paradoja?, Rev Colombia Médica Vol. 31 N° 1, 2000.
28. Barberán Y., La andropausia. Barcelona, España.
<http://www.mujeractual.com/pareja/sexo/andropausia.html>
29. Sevilla K. La afectividad en el hombre adulto climatérico costarricense Revista Costarricense de Trabajo Social. Mayo 1999 (9) p. 45-50.
30. Colectivo de Autores. Manual de Procedimientos Básicos del Médico y Enfermera de la Familia. Climaterio y Menopausia. Ciudad de la Habana, Cuba 2005. Capítulo IV Pág 75.
31. Comunicado núm. 110/06 24 de mayo de 2007. INEGI.
Página 2/7. San Luis Potosí, S.L.P.
32. Campusano M.C, Brusco G. F, Comparación de distintos métodos para evaluar la función androgénica en el adulto mayor. Rev Méd Chile 2006; 134: 1123-1128.
33. Morley JE, Charlton E, Patrick P. Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males. Metabolism Septiembre 2000; 49(9) :1239-1242.
URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11016912>.

XII. ANEXOS

1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES CON SINTOMAS DE ANDROPAUSIA.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

R-2007-2402-3

El objetivo del estudio es: Conocer la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con síntomas de andropausia de la Unidad de Medicina Familiar N° 47 de San Luis Potosí.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar dos cuestionarios junto con mi pareja.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: no hay riesgos.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

Testigos

2. TEST DE ADAM

ENCUESTA PARA VALORAR SINTOMAS DE ANDROPAUSIA

No. De Encuesta: _____

Favor de leer cuidadosamente la pregunta y contestar con una cruz si la respuesta es afirmativa o negativa. Si tiene alguna duda sobre la pregunta comentarla con el aplicador de la encuesta.

1. ¿Tiene usted disminución del deseo sexual?
SI _____ NO _____
2. ¿Tiene falta de energía?
SI _____ NO _____
3. ¿Sufre disminución de la fuerza y la resistencia, o ambas?
SI _____ NO _____
4. ¿Ha perdido estatura?
SI _____ NO _____
5. ¿Ha notado disminución en el disfrute de la vida?
SI _____ NO _____
6. ¿Está triste o gruñón, o ambos?
SI _____ NO _____
7. ¿Son sus erecciones menos intensas?
SI _____ NO _____
8. ¿Ha notado recientemente deterioro en su capacidad para practicar deportes?
SI _____ NO _____
9. ¿Luego de la cena le da sueño?
SI _____ NO _____
10. ¿Ha notado recientemente deterioro en el rendimiento de su trabajo?
SI _____ NO _____

3. EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

No. De Encuesta: _____

SEXO: _____ EDAD: _____

Favor de leer cuidadosamente la pregunta y contestar encerrando en un círculo la respuesta más cercana a su opinión. Si tiene alguna duda sobre la pregunta comentarla con el aplicador de la encuesta.

FUNCIONES		NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I	COMUNICACIÓN			
A.	Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
B.	La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
C.	Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II	ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES.			
A.	La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
B.	Son satisfactorios los roles que asume la pareja.	0	2.5	5
C.	Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III	SATISFACCION SEXUAL			
A.	Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
B.	Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	0	5	10
IV	AFECTO.			
A.	Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
B.	El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
C.	Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
D.	Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V	TOMA DE DECISIONES.			
A.	Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15