

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

107
Rej



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
Unidad Academica

CLINICA HOSPITAL
DR. DANIEL GURRIA URGELL
27 DE FEBRERO 1803
COLONIA ATASTA

FRECUENCIA DE SINTOMAS PSICOSOMATICOS Y SEXUALES EN
EL CLIMATERIO DE LOS 40 A 55 AÑOS DE EDAD EN LA
UNIDAD MEDICA FAMILIAR DE CARDENAS, TABASCO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta :

DRA. CONSUELO RIVERA REYES

271463



ISSSTE
TESIS CON
CARTA DE ORIGEN

VILLAHERMOSA, TABASCO. 1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



FRECUENCIA DE SINTOMAS PSICOSOMATICOS Y SEXUALES EN
EL CLIMATERIO DE LOS 40 A 55 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD MEDICA

FAMILIAR DE CARDENAS, TABASCO

Que para obtener el Diploma de Especialista

en

Medicina Familiar

PRESENTA:

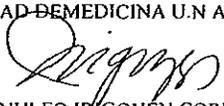
DRA CONSUELO RIVERA REYES

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M


DR. ARNULFO IRIGOYÉN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACION

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

~~DR. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY~~

COORDINADORA DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

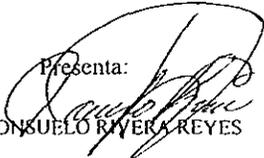
U.N.A.M.



Trabajo de Investigación que para obtener el Diploma
de Especialización en Medicina Familiar



Presenta:


DRA. CONSUELO RIVERA REYES

FRECUENCIA DE SINTOMAS PSICOSOMATICAS Y SEXUALES EN
EL CLIMATERIO DE LOS 40 A 55 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD
MEDICA FAMILIAR DE CARDENAS, TABASCO


DR. ALFREDO ENRIQUE CARBALLO

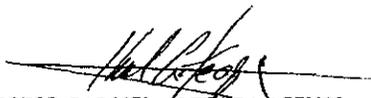
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para
Médicos Generales en Clínica Hospital DR.DANIEL GURRIA URGELL.
Av. 27 de Febrero No 1803. Colonia Atasta, Villahermosa, Tabasco.


DR. RUBÉN DÍAZ OLGUÍN


DR. PABLO VALLE ROJAS

ASESORES DE TESIS


DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
Asesor de la U.N.A.M


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Jefatura de Servicios de Enseñanza del I.S.S.T.E

DEDICATORIAS

Con Cariño a

Mi Madre por su apoyo moral.

A mi ESPOSO

Dr. Alfonso Rosique Lara

**Por el apoyo, la paciencia y los desvelos
que juntos pasamos para salir siempre adelante.**

A mis HIJAS

**Mercedes y Angélica por el Amor y Comprensión que me
brindaron.**

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a:

Dr. Rubén Díaz Olguín

**Por su valioso Asesoramiento para ser posible
el término del presente trabajo.**

Con Admiración y Respeto a:

Dr. Pablo Valle Rojas

**Por su calidad humana, al amigo y al maestro
que nos guió con su enseñanza y consejos.**

**A mis Compañeros de Estudio:
A quienes considero mis Amigos,
gracias por su Amistad y Comprensión.**

**Mi agradecimiento a:
Quienes de alguna manera contribuyeron y colaboraron
en la realización de esta tesis.**

I N D I C E

	Pág.
ANTECEDENTES (MARCO TEORICO).....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
JUSTIFICACION	22
OBJETIVOS.....	23
METODOLOGIA (Población, lugar y tiempo	24
TIPO DE ESTUDIO.....	26
TAMAÑO DE LA MUESTRA	27
CRITERIO DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	28
VARIABLES DE MEDICION.....	29
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.....	30
CONSIDERACIONES ETICAS.	31
RESULTADOS	
Fig. 1 Grupo de Edades.....	32
Fig. 2. Escolaridad.....	33
Fig. 3. Estado Civil.....	34
Fig. 4. Lugar de Residencia.....	35
Fig. 5. Antecedentes Personales Patológicos.....	36
Fig. 6. Antecedentes Quirúrgicos Abdominales.	37
Fig. 7. Ritmo Menstrual	38
Fig. 8. Inicio de Vida Sexual Activa	39
Fig. 9. Paridad	40
Fig. 10. Fecha de Última Menstruación	41
Fig. 11. Métodos de Planificación Familiar.....	42
Fig. 12. Tensión Arterial	43
Fig. 13. Peso Corporal.....	44
Fig. 14. Cefalea	45
Fig. 15. Sófocos.....	46
Fig. 16. Fatiga.....	47

Fig. 17. Trastornos de la Esfera Emocional	
Irritabilidad.....	48
Fig. 18. Trastornos de la Esfera Emocional	
Llanto.....	49
Fig. 19. Trastornos de la Esfera Emocional	
Insomnio.....	50
Fig. 20. Trastornos de la Esfera Emocional	
Depresión.....	51
Fig. 21. Trastornos de la Esfera Emocional	
Temor al Embarazo.....	52
Fig. 22. Trastornos de la Esfera Emocional	
Temor a la Véjez.....	53
Fig. 23. Trastornos de la Esfera Emocional	
Pérdida de Apetito Sexual.....	54
Fig. 24. Trastornos de la Esfera Emocional	
Dispareunía.....	55
Fig. 25. Trastornos de la Esfera Emocional	
Orgasmo.....	56
ANALISIS DE LOS RESULTADOS (Discusión).....	57
CONCLUSIONES.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	67
ANEXOS.....	70

MARCO TEORICO

El climaterio lo definimos como un proceso fisiológico e involutivo, caracterizado por el declinar de la función reproductora de la mujer, que incluye reajustes hormonales y cambios homeostáticos; así como, alteraciones patológicas habituales precediendo a la etapa de la senectud.

El término climaterio proviene de clímax que en griego significa cumbre, escalón, terminación del ascenso e inicio del descenso. Esta última connotación ha hecho que se le confunda y se defina frecuentemente como envejecimiento. Pero entendemos el envejecimiento como un proceso progresivo y desfavorable de cambio, que se hace perceptible con la muerte (1,3,4)

Las sociedades en sus diversas civilizaciones tendieron siempre al “anclaje” de la condición femenina en una exaltación de valores en la mujer, fundamentados en su etapa reproductiva.

Por una parte, esta facultad permitía a la mujer proceder a la condición de madre y educadora de los hijos y esto le concedió un carácter socialmente sagrado que se remonta a las jerarquías de las tribus prehistóricas, pero, por otro lado, la función purificadora de la menstruación conllevaba la acusación de pureza femenina.

En la época antigua, además de Hipócrates numerosos autores coincidieron en dar un significado patológico a los sangrados

postmenopáusicos, pronosticando una muerte casi segura a la mujer que los padecía. La medicina árabe que recogió todos los legados clásicos, avanzó en estos conocimientos editando numerosos tratados sobre obstetricia, ginecología e incluso sexología, pero no encontramos referencias destacables sobre menopausia. (11)

En el siglo XVIII Graaf edita su famoso tratado sobre la reproducción donde se describe la función de las trompas y los mecanismos reproductores, que desaparecen como una consecuencia de la menopausia. En el diccionario de la real academia (año 1700), la palabra menopausia no aparece, pero sí climaterio “el año tenido supersticiosamente por aciago. El tiempo enfermo por el temperamento o peligroso por sus circunstancias. Se está climatérica cuando se tiene mal humor”. También existe la palabra menstruación:” la sangre superflua que todas las mujeres evacuan naturalmente, cuando la naturaleza no la gasta en nutrir y alimentar al feto”. (11)

En el siglo XIX la mujer vivía tan sólo un 10-15% de su vida después de la menopausia, en la actualidad se considera que la mujer aún tiene por delante un 40% de vida cuando cesan las menstruaciones.

Fué en 1905, Fichera el primero en demostrar alteraciones histológicas en hipófisis de animales castrados. En 1906 Marchall y Golly tratan a mujeres ooforectomizadas con extractos ováricos con muy buenos resultados. En 1922 se descubre un principio activo del ovario, que es llamado por Allen y Doisy estrina, para posteriormente Doisy y Butenandt obtienen la foliculina cristalizada y determinan la fórmula de

estradiol, estriol y estrona. Desde 1934 con Dodds, hasta 1951 con Pinkus, se extiende la era de la síntesis de los estrógenos, tanto naturales como artificiales, que marcan una nueva ruta en la hormonoterapia. (1,5)

En la década de los 50, se observa un incremento marcado en la estrogeneroterapia para el manejo del climaterio, condicionado por la similitud existente entre la menopausia y la castración que prevalecía en dicha época. Es quizás en los años actuales cuando la profundización en el estudio del cuadro climaterico nos hace ser más eclécticos y racionales en el uso de la estrogeneroterapia. (1, 2, 3)

Después de un siglo de avance científico, en 1964, se seguían leyendo comentarios parecidos: “la menopausia es un fantasma que no adquiere carta de ciudadanía más que por la obra creadora de la imaginación y el miedo” y continúa:

“Cada mujer tiene el climaterio que ella merece: sólo la mujer de personalidad sólida la franquea sin grandes escollos” (M. Wolfron).

En la literatura médica española se cita frecuentemente a Marañón hasta el comienzo de la década de los 60. Este autor consideraba el climaterio como un período de la vida caracterizado por un conjunto de fenómenos circulatorios y nerviosos. Es lo que el denominaba “la edad crítica”.

También es antiguo el conocimiento de que el estudio experimental de la menopausia está muy limitado. La mayor parte de

los mamíferos viven una parte pequeña de su existencia cuando han acabado su período de reproducción. Sólo los primates más elevados tienen la menopausia. (1, 2, 4, 5, 6, 11)

Estos avances fueron cortados en la década de los 60, al observarse relación entre el uso excesivo de estrógenos y un aumento en la incidencia de algunos cánceres. En la década siguiente continuó la investigación y se empezó a comprender mejor la menopausia y los acontecimientos que la rodean. Nuestras ideas actuales sobre la causa del climaterio se basan en una comprensión mucho más científica de los cambios hormonales que tienen lugar en la vida de la mujer con la desaparición de la función gonadal. Se acepta hoy en día que desde la cuarta década de la vida (38 años aproximadamente) existe una disminución progresiva en la circulación sanguínea gonadal, que se acompaña de disminución en el tamaño del ovario, estrechamiento del calibre de los vasos hiliares, disminución del número de folículos primordiales, aumento de la fibrosis del estroma y degeneración hialina de la teca.

Todo lo anterior se relaciona con disminución del nivel estrogénico que se ha medido en la vena ovarica. Tiempo después del comienzo de éste hipoestrogenismo aparecerán ciclos anovulatorios cada vez más frecuentes, siendo poco usual el hallazgo de cuerpo amarillo después de los 40 años, con lo que la reproducción de progesterona se observa disminuida hasta niveles ínfimos. (1, 2, 20)

Durante el período perimenopausico, la duración del ciclo

mestrua se acorta a expensas de una fase folicular breve, se incrementan las concentraciones séricas de FSH, disminuyendo las plasmáticas de estradiol y las séricas de hormona luteinizante se conservan normales, la transición desde los ciclos menstruales normales hasta la amenorrea se acompaña de un período de irregularidades. La hemorragia vaginal es causada por producción de estrógenos en los folículos inmaduros como reacción a la elevación de la hormona estimulante de los folículos (FSH), interrumpiéndose la menstruación cuando los folículos ya no son capaces de reaccionar a la FSH. Al iniciarse la menopausia disminuye a la mitad la concentración de androstenediona, andrógeno femenino predominante y las glándulas suprarrenales se secretan en un 80% y los ovarios el 20% restante. (2, 3, 5)

El declinar de la función gonadal dará lugar a la presentación de una serie de fenómenos compensatorios o de respuesta, como son: la elevación de gonadotrofinas hipofisarias la mayor participación suprarrenal en la producción estrogénica y la conversión periférica de estrógenos en andrógenos, afirmando algunos autores que si los fenómenos se desarrollan en forma armónica y paulatina, el climaterio tendrá pocas manifestaciones, y por el contrario, si estos cambios se presentan bruscamente, conducirán al aumento de la sintomatología. (1, 20, 21)

Puede afirmarse por tanto, que el ovario es el órgano que más tempranamente presenta signos de involución y regresión funcional,

tanto en lo que concierne a la esteroidogénesis como la gametogénesis y que estos cambios se inician varios años después de la menopausia. (1, 2, 3, 4, 5)

En el 10% de las mujeres los cambios fisiológicos pueden ser sutiles y asintomáticos; la anovulación se presenta con la pérdida de progesterona y para muchas mujeres ésto trae alivio de los síntomas premenstruales y la dismenorrea que ocurren antes de la menopausia. La declinación de la producción de estradiol provoca cambios en la respuesta hormonal de los tejidos; un 70-80% de estas mujeres los perciben, muchas comprenden estos cambios, los aceptan y no buscan ayuda; pero en un 10-15% de las pacientes dichos cambios son graves e interfieren en su capacidad para desempeñar las actividades diarias, por lo general son estas pacientes las que buscan ayuda médica. (3)

El médico debe comprender la fisiología de la menopausia e identificar los síntomas y signos para proporcionar una atención adecuada a la mujer madura. Los síntomas pueden ser bien definidos e identificados con facilidad, incluso por la paciente.

En otras ocasiones, se quejan de una vaga sensación de malestar, acompañada de irritabilidad, nerviosismo, insomnio, fatiga o depresión. Si la información de la paciente no se escucha con cuidado ni se obtiene otro dato, es fácil interpretar de manera equivocada los síntomas como enfermedad psicosomática o depresión, y sin duda esto ha sucedido con demasiada frecuencia desde los tiempos de Sócrates hasta nuestros días. (3,4)

Hay aumento de interés por el significado de los estrógenos en el funcionamiento normal del cuerpo y la prevención de enfermedades, junto al número creciente de mujeres que viven décadas después de la menopausia y los beneficios potenciales de la terapia estrogénica. El interés es tanto científico como público, ya que se ha calculado que probablemente el 95% de las mujeres lleguen a la menopausia en los países desarrollados. En EEUU hay 40 millones de postmenopausicas y las estadísticas de la OMS indican que tenemos al rededor de 750 millones de postmenopausicas en el mundo. Estos datos indican la importancia cuantitativa y cualitativa de este sector de la población. (1, 5, 6, 11)

Ha habido un gran incremento en la esperanza de vida que se ha observado, principalmente a partir de comienzos de este siglo. Hace 1000 años la esperanza de vida era de 25 años. En 1900 era de 35 años, y desde entonces se ha doblado. También es importante señalar que la esperanza de vida es mayor para la mujer que para el hombre. En definitiva, la mujer permanecerá en situación de deprivación hormonal entre 25 y 35 años. En muchos casos más de un tercio de su vida. (1, 11)

Mientras las expectativas de vida son cada vez más altas en los países industrializados, en Africa la muerte llega a los 50 años. Pero también en el tercer mundo la vida se ha alargado y es lógico suponer que continúe en esa línea. En 1940 la media de vida en Africa era de 38 años y de 40 años en Asia. En América Latina se llegaba a los 50 años

y en Oriente Medio a los 45. En Europa, en Vísperas de la segunda guerra mundial la esperanza de vida era ya de 66 años.

Utilizando la edad de 47 años como un promedio para menopausia, aproximadamente 25 millones de mujeres pasan por la menopausia cada año, y nosotros estimamos que en 1990 hubieron 467 millones de mujeres postmenopausicas en el mundo con una edad promedio alrededor de los 60 años. Para el año 2030, la población mundial de mujeres peri y postmenopausicas esta proyectada que se incremente al 1.2 billones, con 47 millones de nuevas entrantes cada año. Las implicaciones de mortalidad de la menopausia son también substanciales. Las relaciones de riesgo de mortalidad mujer - hombre a partir de todas las causas y de todos los grupos de causas mayores excepto para neoplásias, disminuyen hasta niveles bajos al rededor de la menopausia o poco tiempo después de ella, y luego se elevan de nuevo hasta aproximadamente la unidad. Este patrón es tomado como evidencia de que el período reproductivo femenino es ampliamente protector de la salud, pero que esta protección desaparece después de la menopausia. El principal efecto protector es a través de la reducción en el riesgo de mortalidad por enfermedad vascular, balanceada parcialmente por riesgos incrementados de mortalidad por cáncer, particularmente de mama y endometrio. (11, 12)

VENTAJAS DEL TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO

CON ESTROGENOS

La terapeutica sustitutiva con estrógenos se emplea con eficacia, hace tiempo, para el tratamiento de los síntomas de privación de la menopausia, tales como síntomas vasomotores.

Sin embargo, en los últimos años, una serie de trabajos han demostrado que el tratamiento con estrógenos es eficaz además para prevenir los trastornos producidos por la atrofia del epitelio genitourinario, así como de la osteoporosis y de la enfermedad cardiovascular.

Algunos autores han encontrado, coincidiendo con los pulsos de calor, no sólo aumento de pulsátil de de LH, sino también una elevación de dehidroepiandrosterona, progesterona, androsterona y cortisol, lo que sugiere un incremento de la hormona liberadora de la corticotropina acompañando a los flujos de calor de la mujer postmenopausica.

Se ha encontrado una caída de la Bendorfina que se sintetiza en el lóbulo anterior de la hipófis. Este descenso se relaciona con la insuficiencia del ovario.

Es importante destacar que el tratamiento sustitutivo con estrógenos es sin duda el método de elección como terapéutica causal, de las sofocaciones. (13, 14, 15, 16)

La eficacia del tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos, de los síntomas psíquicos (irritabilidad, insomnio, disminución de la capacidad de concentración, ansiedad, nerviosismo, *depresión*) es controvertida. Algunos autores dudan de su efecto. Muchos investigadores no han conseguido obtener mejores resultados con la administración de estrógenos que con placebo en el tratamiento de los síntomas psíquicos.

Algunos autores, en cambio, en estudios doble ciego empleando estrógenos y placebo, han encontrado mejoría significativa de algunos síntomas psíquicos en la postmenopausia con la estrogenoterapia (23, 24)

Otros autores han comunicado mejoría de la depresión con el tratamiento con estrógenos. Algunos autores pretenden haber encontrado una base bioquímica de la mejoría del tratamiento con estrógenos de los síntomas psíquicos de la mujer postmenopausica. Así se ha señalado un descenso de las catecolaminas en las depresiones, que aumentaría con la terapéutica estrogénica. También se han comunicado valores bajos del triptófano en las depresiones que tendrían a normalizarse con el tratamiento de estrógenos.

Se ha señalado igualmente un incremento de los opiáceos endógenos, que estarían descendidos en la menopausia, tras el tratamiento con estrógenos solos o asociados con gestágenos.

Podríamos concluir que el tratamiento con estrógenos mejora

probablemente en algunas mujeres los síntomas psíquicos lo que les proporciona una sensación de bienestar mental (efecto tónico mental) y somático. Resulta muy difícil afirmar si la mejoría de los síntomas psíquicos es consecuencia de la mejoría somática o es independiente. (19, 20 21)

El descenso de los estrógenos, que caracteriza la menopausia, produce una serie de cambios regresivos en la vulva, vagina, uretra (particularmente en su tercio externo) y zona del triángulo de la vejiga. Estos cambios condicionan la aparición de una serie de síntomas y alteraciones: vulvovaginitis atrófica, dispareunia, síndrome uretral.

Numerosos trabajos han señalado buenos resultados en el tratamiento y en la prevención de los trastornos reseñados con el empleo de estrógenos. En cambio la relajación vaginal y de los medios de fijación y sostén del aparato genital no parecen mejorar con el tratamiento estrogénico. (18)

Los estrógenos desempeñan un importante papel sobre la densidad del hueso. La caída de los estrógenos, producida en la postmenopausia, conduce a un balance negativo del calcio y a una pérdida de hueso. Esta aceleración de la pérdida de hueso se prolonga durante un período de 8-10 años después de la menopausia y se supone que en este período de la postmenopausia se pierde entre 10-15% de la cortical y el 15-20% de la trabecular del hueso.

Se ha demostrado que el tratamiento sustitutivo con estrógenos

puede prevenir la pérdida de masa ósea de todas las áreas del esqueleto, siempre que éste tratamiento se inicie dentro de un corto espacio de tiempo del comienzo de la menopausia, antes de que la fase de pérdida acelerada de masa ósea haya sustraído una importante cantidad de masa del hueso.

Para que los estrógenos realicen una acción preventiva, se requiere también un tratamiento prolongado, ya que si esta terapéutica se interrumpe, la pérdida de mas ósea comienza de nuevo.

No se conoce con exactitud el tiempo de duración del tratamiento sustitutivo con estrógenos para asegurar un efecto beneficioso sobre la masa ósea, aunque se afirma que ha de ser de unos 10 años. En numerosos trabajos se demuestra que el tratamiento sustitutivo con estrógenos puede prevenir la aparición de osteoporosis y con esto reduce la frecuencia de las fracturas. (25, 26, 27)

Los estudios epidemiológicos demuestran un incremento de las enfermedades cardiovasculares con el avance de la edad, igualmente destaca un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular después de la menopausia, coincidiendo con el déficit estrogénico. La enfermedad cardiovascular en la mujer antes de la menopausia es menos frecuente que en el hombre en relación 3/9 y posteriormente al avanzar la edad tienden a igualarse, lo que se consigue hacia la edad de 70 años.

Los estrógenos constituyen en la premenopausia un factor protector de la enfermedad cardiovascular.

Los datos epidemiológicos sugieren que el responsable de este aumento del riesgo de la enfermedad cardiovascular es el colesterol.

Antes de la menopausia, las mujeres tienen el colesterol más bajo que el hombre, pero sus niveles aumentan sustancialmente con el comienzo de la menopausia y se incrementan con la edad más que en el hombre. (22, 28).

INCONVENIENTES Y RIESGOS DEL TRATAMIENTO

HORMONAL SUSTITUTIVO CON ESTROGENOS

Uno de los efectos secundarios más frecuentes de la terapéutica sustitutiva con estrógenos es la hemorragia uterina, que aparece en los períodos de descanso del tratamiento cíclico y más raramente durante el curso del mismo.

La incidencia de la aparición de la hemorragia uterina varía en los distintos trabajos publicados en la literatura, según la dosis de estrógenos utilizada y si se emplean solos o asociados a gestágenos. Cuando se utilizan estrógenos solos en forma cíclica, la incidencia de hemorragias es del 77%, según Studee y Cois y del 10-12%, según Strecker y Lauritzen. (29, 30)

La producción de estas hemorragias, origina inquietud a la paciente y al médico, en general, se acepta que la hemorragia que aparece en los períodos de descanso del tratamiento cíclico no es inquietante, y en cambio, la que ocurre en el curso del tratamiento obliga al estudio del endometrio con biopsia o citología endometrial.

Algunos autores, han ensayado la administración continua de estrógenos y pequeñas dosis de gestágenos combinados, para conseguir un endometrio atrófico y evitar las hemorragias uterinas: pero en los trabajos publicados son frecuentes las hemorragias durante los primeros 3-4 meses. (31)

El tratamiento prolongado con estrógenos puede dar lugar a una serie de efectos secundarios o complicaciones; que la mayoría de ellos pueden obviarse si el tratamiento con estrógenos se asocia a la administración periódica de gestágenos.

Se plantea así uno de los puntos más importantes ¿qué mujeres menopáusicas deben ser tratadas?:

- 1.- Menopausia precóz
- 2.- Menopausia precóz de origen quirúrgico
- 3.- Mujeres con síntomas climatericos
- 4.- Profiláxis de la osteoporosis
- 5.- Tratamiento sistemático

Distinguimos entre situaciones que contraindican de forma absoluta el tratamiento hormonal y aquellas otras que son sólo contraindicaciones relativas.

Contraindicaciones absolutas:

- 1.- Hepatopatías graves
- 2.- Enzimopatías hepáticas
- 3.- Ictericia idiopática del embarazo y prurito grave del mismo
- 4.- Tumores hormonodependientes

5.- Antecedentes de tromboembolismo

6.- Antecedentes de estado apopléticos, enfermedades vasculares del cerebro o retina.

7.- Diabetes grave con lesiones vasculares

8.- Hiperlipemias e hipertriglicerinemias.

Contraindicaciones relativas:

- 1.- Mioma uterino
- 2.- Endometriosis
- 3.- Enfermedades benignas de mama: mastopatías fibroquística, hiperplasia ductal, adenosis.
- 4.- Hipertensión grave
- 5.- Diabetes asociada a hipertensión
- 6.- Hiperlipemias
- 7.- Edemas de origen renal o cardiaco
- 8.- Pancreatitis
- 9.-Epilepsia grave
- 10.- Jaquecas persistentes a pesar del tratamiento.

ESTROGENOS DISPONIBLES

ORAL

Derivados Estrona

- Estrógenos conjugados equinos 0.3/0.625/0.9/1.25/2.5mg
- Piperazina estrona 0.3/0.625/1.25/2.5/5mg.

Estadiol y derivados

- Valerianato de estradiol 1/2mg
- Estradiol micronizado 1/2mg

Estriol y derivados

- Estriol 1/2mg
- Hemisuccinato de Estriol 1/2mg

Síntesis

- Etinyl estradiol 0.02/0.05/0.5mg
- Quinestrol 0.1mg

INYECTABLES

- Benzoato de estradiol 0.5mg/ml
- Fosfato dePolyestradiol 40mg/2ml
- Estrógenos equinos 25mg/ml
- Estona 1, 2, 5 mg/ml
- Valerianato de estradiol 10, 20, 40 mg/ml
- Ciprionato de estradiol 5mg/ml

VAGINALES

- Estropíate 1.5mg/g
- Estrógenos conjugados equinos 0.625mg/g
- Dienestrol 0.01% en 90 g

TRANSDERMAL, PERCUTANEO E IMPLANTE

- 17 Beta - estradiol TTS 0.025/0.05/0.1 (dosis/día)
- 17 Beta - estradiol gel 1.5mg/dosis
- 17 Beta - estradiol implante 25/50/100mg/unidad

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El año 2,000, no está ya tan lejano y ningún ser humano duda que nos encontramos en una encrucijada: un camino nos conduciría hacia una sociedad completamente mecanizada donde el hombre cada vez se siente con mayor frecuencia utilizado, constituyendo un engranaje en una máquina de un mundo organizado para el consumo: el otro debe de conducir esta sociedad a un renacimiento del humanismo, que ponga la técnica al servicio del hombre. Sólo esta última opción podría conducir a una prevención, social, económica y médica de los graves problemas que conlleva el envejecimiento progresivo de nuestra sociedad y que en la mujer se ponen evidentemente de manifiesto a partir de la menopausia.

La atención del climaterio ha sido considerada de especial importancia dentro del ejercicio de la profesión médica por su aplicación en un amplio grupo femenino que reclama mejores servicios y el aprovechamiento de los recientes avances técnicos y científicos en la prevención y tratamiento de las mujeres adultas mayores. Este esfuerzo que requieren las mujeres climatéricas, crecerá rápidamente de acuerdo con el número de las que alcanzan a vivir más de 40 años, cifra que será cada vez *mayor*, la cual además se multiplicará por los años que vivan posteriormente a esta fecha, es decir, de 30 a 40 anualidades. Esta sencilla reflexión muestra la magnitud del universo de trabajo que se necesita cubrir para proporcionar los servicios médicos con la responsabilidad y el conocimiento adecuado para la atención de este

grupo femenino.

El síndrome climatérico en la mujer, sabemos que es un evento fisiológico el cual se presenta en una etapa crucial en la vida de la población femenina y dependerá de la presencia de signos o síntomas en menor o mayor grado de intensidad, y de la variabilidad biológica que cada mujer tenga.

La respuesta del organismo ante estos cambios estará condicionada por una *insuficiencia* en la producción hormonal del ovario, reflejándose en una serie de alteraciones de tipo orgánico, psicológico y sexual.

Aunque existen una serie de variantes en la menopausia, es interesante conocer:

¿ Qué variantes son las que se presentan con mayor frecuencia en el climaterio?

JUSTIFICACION

En base a datos epidemiológicos donde se ha podido estudiar a la menopausia como un evento fisiológico que debe transcurrir en todas las mujeres y, que marca el tiempo de un cambio hormonal dramático y con implicaciones de tipo social en la salud de la población femenina, se ha estimado que hasta el año de 1990 hubieron 467 millones de mujeres postmenopausicas en el mundo y que para el 2030 la población mundial de mujeres peri y postmenopausicas se incrementará a 1.2 billones promediando 47 millones de mujeres con este problema cada año.

Esto motivó el interés de parte nuestra por llevar a cabo un estudio que nos permitirá conocer el impacto del síndrome climatérico en la mujer de nuestra comunidad derechohabiente a la institución en la cual brindo mis servicios como médico de consulta externa y así poder brindarles una atención con mayor calidad y calidez.

Es mi interés personal como mujer, entender a la paciente que ha llegado a esta edad, evitando una desintegración familiar por no conocer el porque de los cambios en su persona.

Por medio de pláticas en grupos, podré encaminar y orientar a la mujer menopausica a llevar una vida más placentera en unión de la familia.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la frecuencia de los Trastornos propios del climaterio en las mujeres con edad comprendida de 40 a 55 años.

Objetivos Específicos

Investigar la relación que guardan los Trastornos Psicológicos con las alteraciones en el ciclo menstrual de la mujer en el climaterio.

Determinar el papel que juega la sexualidad durante el climaterio.

Identificar cuales son los síntomas más frecuentes entre los 40 a 55 años.

Analizar la hora en que se presentan con más frecuencia los síntomas: por las mañanas, por las tardes o por las noches.

METODOLOGÍA

(Población, lugar y tiempo)

En la consulta externa de la Unidad Médica del Instituto de Servicios de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de la ciudad de Cárdenas, Tabasco, durante el período del 1o. de abril del año de 1995 al 30 de septiembre de 1995, se estudiaron 100 pacientes derecho - habientes del sexo femenino con edades comprendidas entre los 40 y 55 años de edad. A todas ellas se les realizó historia clínica completa y se investigó aspectos relacionados con el climaterio, aceptando participar en el estudio. Se interrogó: identificación, nombre, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de residencia, tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, antecedentes patológicos, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, insuficiencia tiroidea, cirugía abdominal previa, fecha, antecedentes ginecobstetricos, menarca, rítmico menstrual, inicio de vida sexual activa, gestaciones, abortos, cesáreas, antecedentes menstruales, irregulares en el último año, regulares, irregulares, dolor, manchado, intervalo, duración, fecha de última regla, sigue algún método de control natal, no, si, cuál, signos y síntomas del climaterio, a que edad presentó por primera vez la cefalea, cuantos años tenía al presentarse los bochornos, se presentan más por las mañanas, tardes, noches, duran las 24 horas, ha notado cambios en su carácter, desde cuándo, se irrita fácilmente, llora con facilidad, le cuesta trabajo conciliar el sueño, desde cuándo ha perdido el interés sexual en su pareja, siente dolor al

tener una relación sexual, (dispareunia), siente temor al resultar embarazada, logra tener un orgasmo con su pareja actualmente, (anorgasmia), le preocupa a usted el envejecimiento, ¿por qué?

Se utilizó una hoja de datos para llevar a cabo el análisis de los resultados, los cuales se reportaron al final del estudio mediante gráfica de barra, con la finalidad de conocer los trastornos relacionados con el climaterio femenino.

TIPO DE ESTUDIO

TRANSVERSAL

DESCRIPTIVA

LONGITUDINAL

PROSPECTIVA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudia una población del ISSSTE de Cárdenas, Tabasco de la Unidad de Medicina Familiar según informe estadístico del 3 de enero de 1994, con 500 mujeres de 40 - 55 años de edad.

De esta población tenemos una muestra en estudios de 100 mujeres.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres de 40 a 55 años de edad, sanas sin patología agregada en el momento del estudio, derechohabientes del ISSSTE de Cárdenas, Tabasco.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres menores de 40 años o mayores de 55 años, en tratamiento médico con estrógenos, de ooforectomía bilateral o (histerectomía).

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Mujeres que fallezcan, que cambien de domicilio, que presenten alguna enfermedad no detectada al inicio de la investigación.

VARIABLES DE MEDICIÓN

Nombre, escolaridad, estado civil, edad, ocupación, lugar de residencia, tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, cirugía abdominal previa, menarca, ritmo menstrual, inicio de vida sexual activa, gestación cesárea, antecedentes menstruales, irregularidades en el ciclo, dolor, manchado, fecha de última regla, método de control natal, cefalea, bochornos, cambios en el carácter, irritabilidad, facilidad, insomnio, pérdida del apetito sexual, temor al embarazo, anorgasmia, temor a envejecer.

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El procedimiento que se utilizó para la captación de datos, fue el cuestionario de la paciente climatérica, citándose semanalmente en la Unidad Médica de Medicina Familiar de Cárdenas, Tabasco, en el turno vespertino y apoyada por paramédico a pacientes derechohabientes de esta Institución, con una edad comprendida de 40 a 55 años, se les daba pláticas sobre el climaterio y posteriormente se les llenaba el cuestionario en forma individual, durante 6 meses consecutivos que abarcaron del 1o. de abril del año de 1995 al 30 de septiembre de 1995.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las pacientes que acudieron semanalmente a las citas para efectuar estudio en cuestionario laborado para la mujer climatérica, participaron voluntariamente; aceptando contestar cuestionario en forma individual, con el propósito sólo de beneficiar al grupo de pacientes en estudio.

RESULTADOS (DESCRIPCION DE RESULTADOS ANEXADOS EN CADA UNA DE LAS GRÁFICAS).

De 100 pacientes derecho-habientes que acudieron a la clínica externa durante el período de estudio, el rango de edad fué de 40 a 55 años, con una edad promedio de ± 47 años.

Se dividieron en 3 grupos de edad, predominando con un 53% el conformado por edades de 40 a 44 años, igual número de casos para los dos grupos restantes.

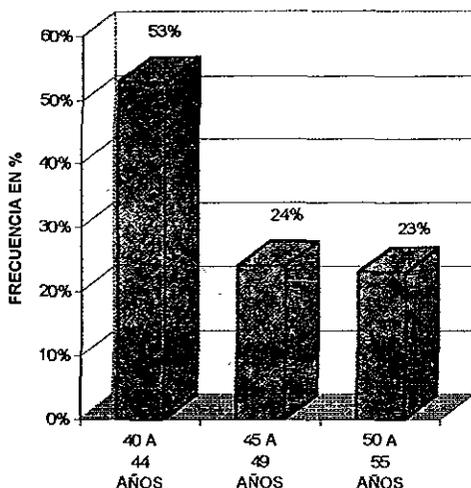


FIG. 1 GRUPOS D EDADES

En cuanto al grado de escolaridad, sólo el 15% son profesionistas.

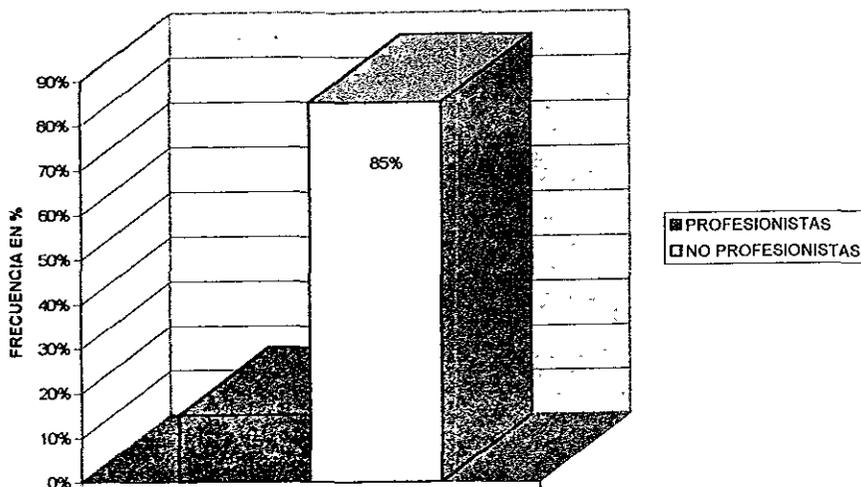


FIG. 2. ESCOLARIDAD.

Predominó el grupo de mujeres casadas en un 83%, y sólo una paciente era soltera.

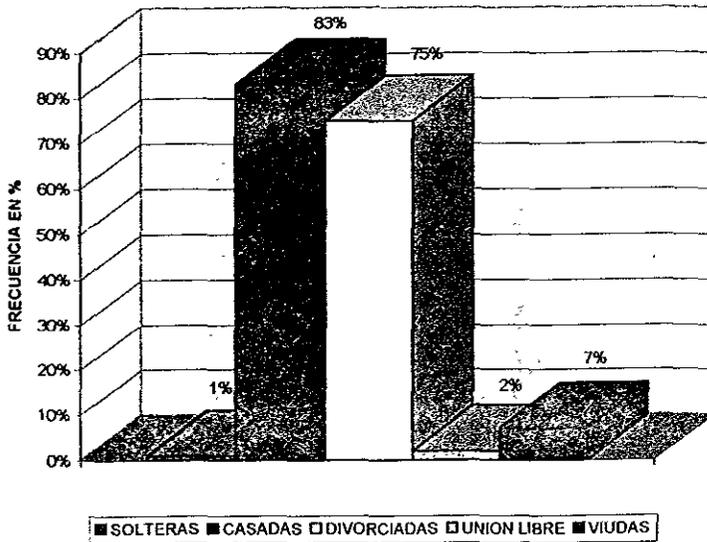


FIG. 3. ESTADO CIVIL.

La mayoría de las pacientes provenían de un medio urbano en un 66%, el resto de ellas (34%) pertenecen al área rural.

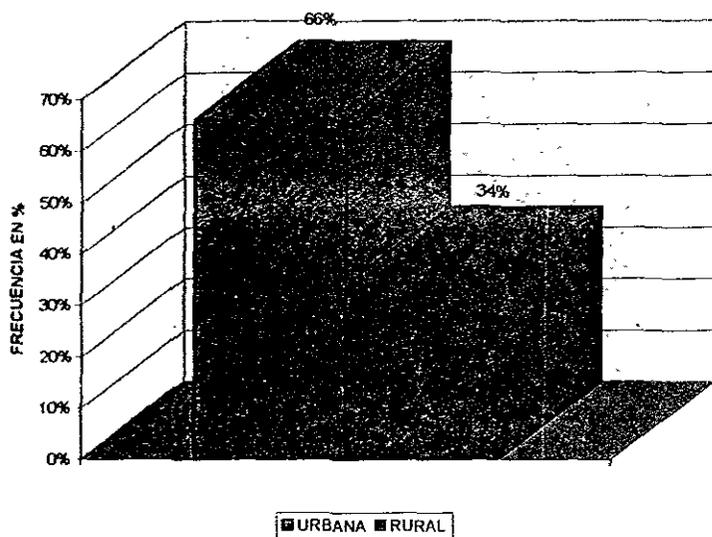


FIG. 4. LUGAR DE RESIDENCIA.

Se encontró que un 20% de las pacientes eran hipertensas y sólo un 9% eran diabéticas tipo II

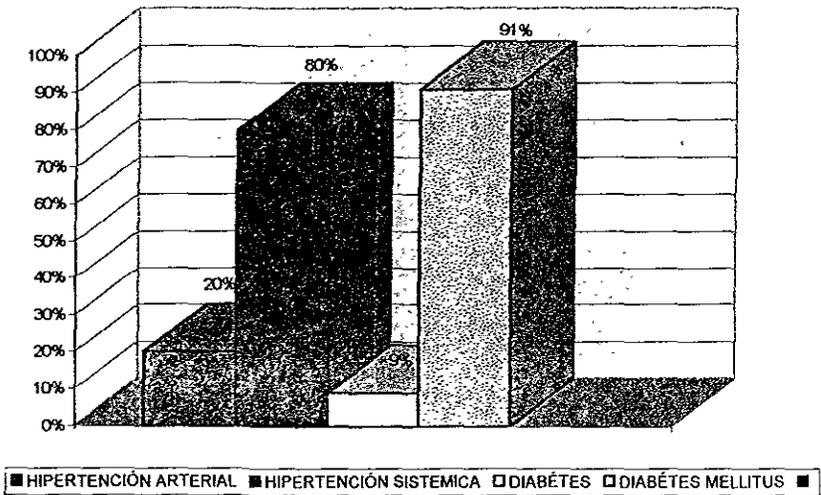


FIG.5 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICO
HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

En la mayoría del grupo de pacientes al (62%) se les había realizado cirugía del aparato genital.

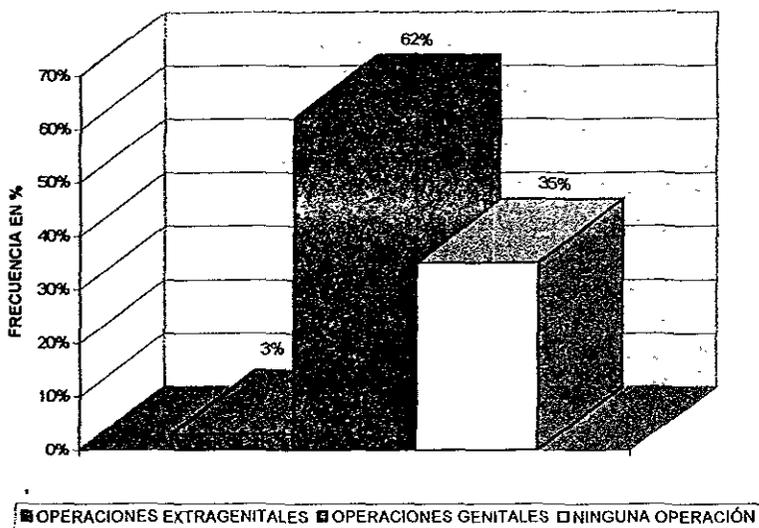


FIG. 6. ANTECEDENTES QUIRURGICOS ABDOMINALES.

El 97% de las pacientes menstruaban normalmente al inicio de su vida reproductiva, el resto (3%) eran irregulares en su ciclo menstrual.

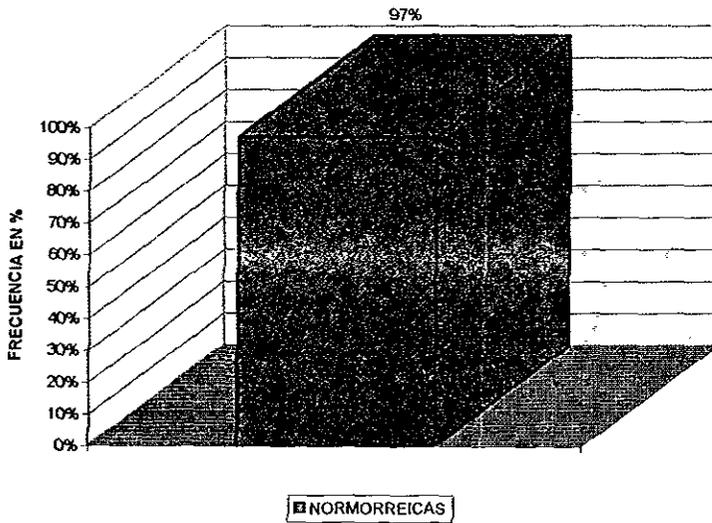


FIG. 7. RITMO MENSTRUAL.

Un 52% de las pacientes inició su vida sexual después de los 18 años, y sólo una paciente negó vida sexual activa.

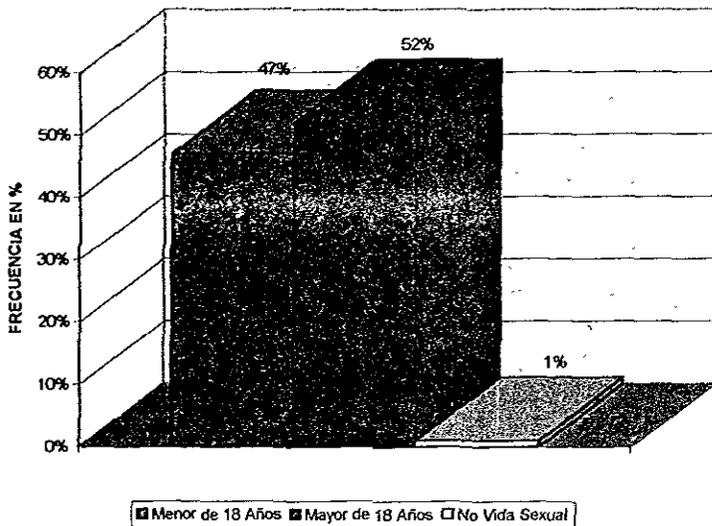


FIG. 8. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.

Se observó que la mayoría de las pacientes eran grandes multiparas con un 64% del total.

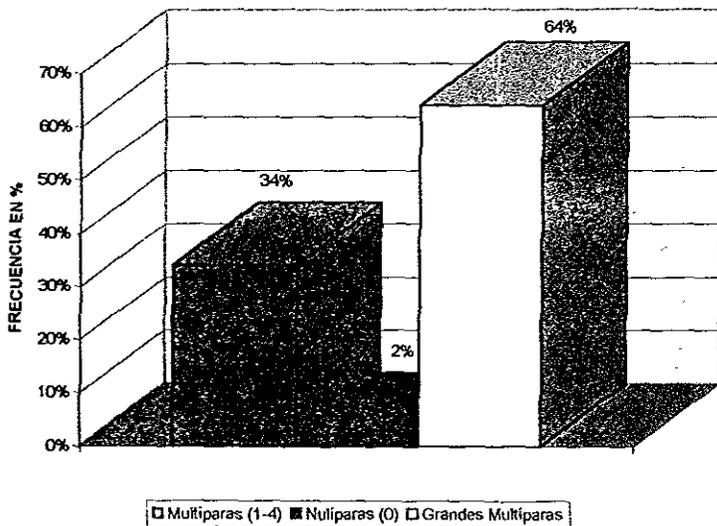


FIG. 9 PARIDAD.

Un 20% de las pacientes son postmenopáusicas, en un 21% aún no cumplían 12 meses de haber dejado de menstruar y el resto presentaban aún ciclos menstruales regulares.

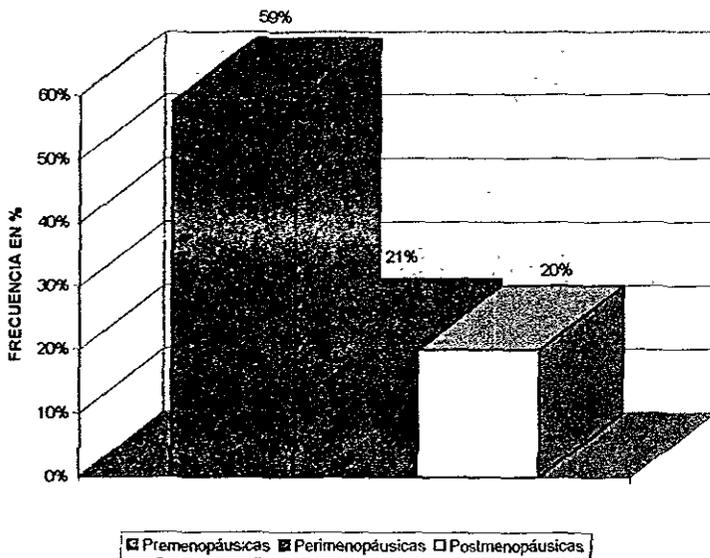


FIG. 10 FECHA ULTIMA MENSTRUACION.

Del total de pacientes estudiadas un 42% tenían antecedentes de oclusión tubárica bilateral (OTB), sólo un 3% utilizaba un método hormonal y un 51% no llevaba control de la fertilidad.

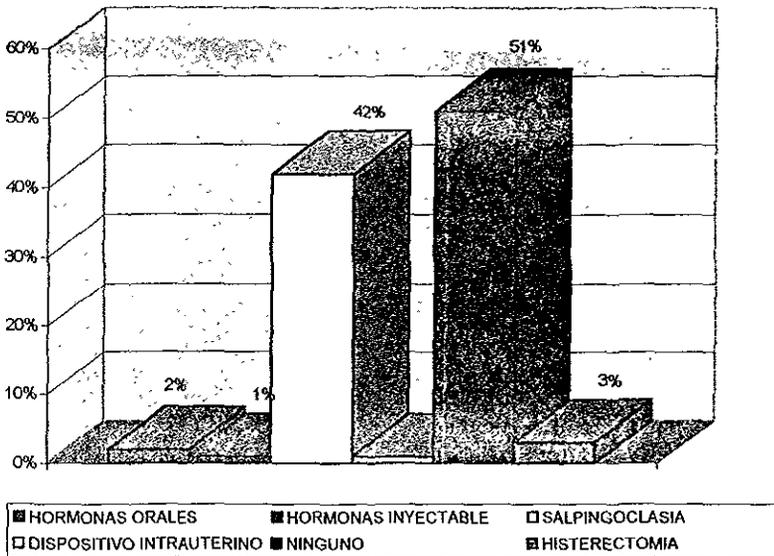


FIG. 11 METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Del 20% de pacientes estudiadas con hipertensión arterial crónica, un 15% presenta hipertensión arterial leve y en un 5 % se ha diagnosticado hipertensión arterial moderada.

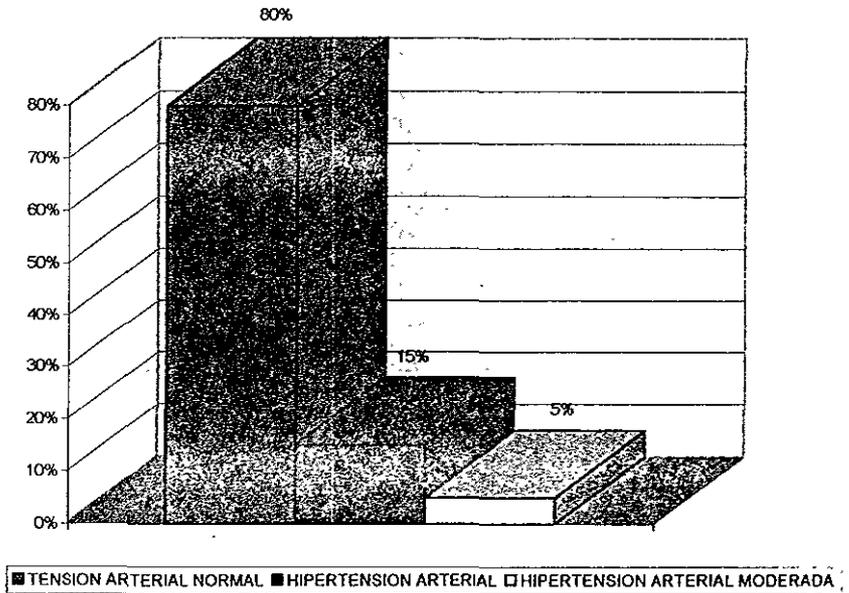


FIG. 12 TENSION ARTERIAL

Un 40% de las pacientes estudiadas presentaron obesidad de ac.
talla, fuentes. Guías de diagnóstico terapéutico IMSS, México 1976.

so y

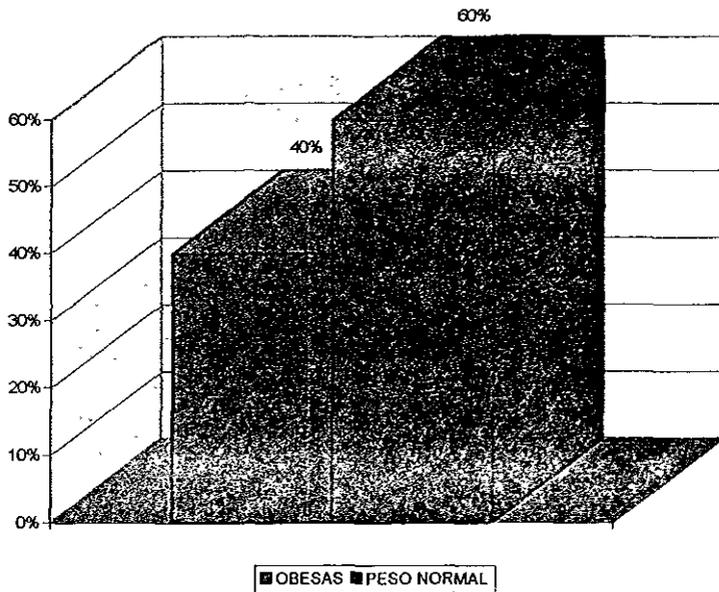


FIG. 13 PESO CORPORAL

Presentaban cefalea al momento del estudio un 75% de las pacientes..

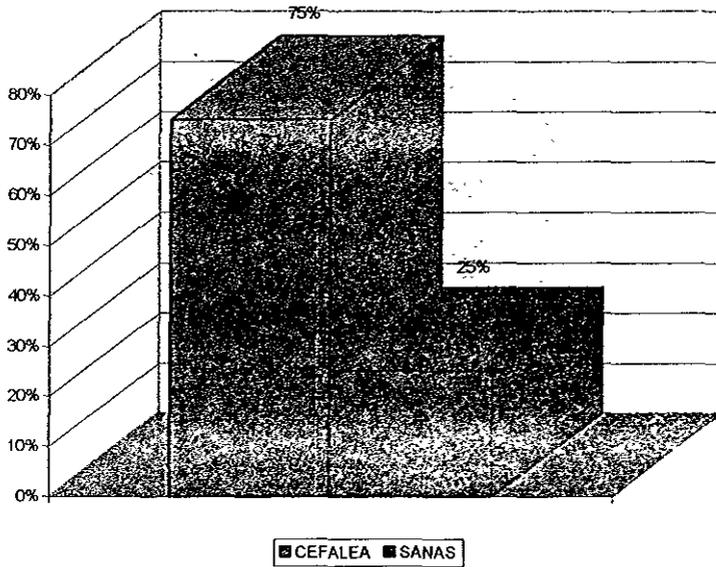


FIG. 14 CEFACLEA

La mayoría de las pacientes (80%) se quejaban de sófocos.

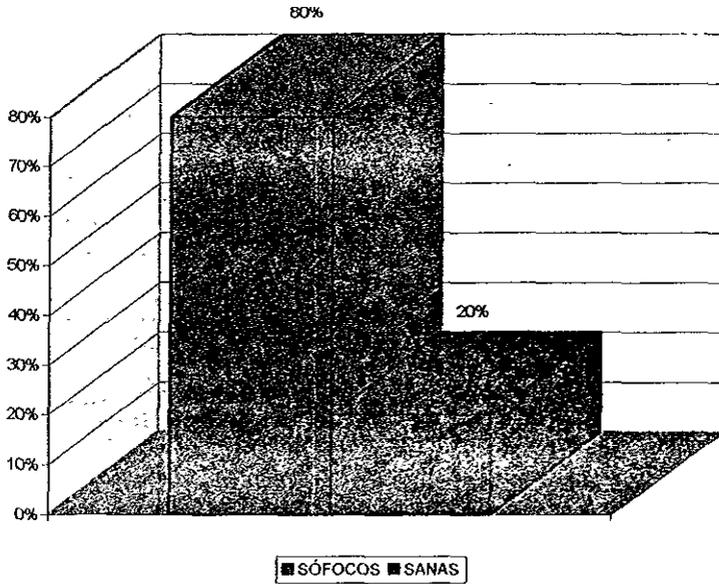


FIG. 15 SÓFOCOS

Fue mayor el número de pacientes (87%) que refirieron la presencia de fatiga al realizar sus actividades físicas.

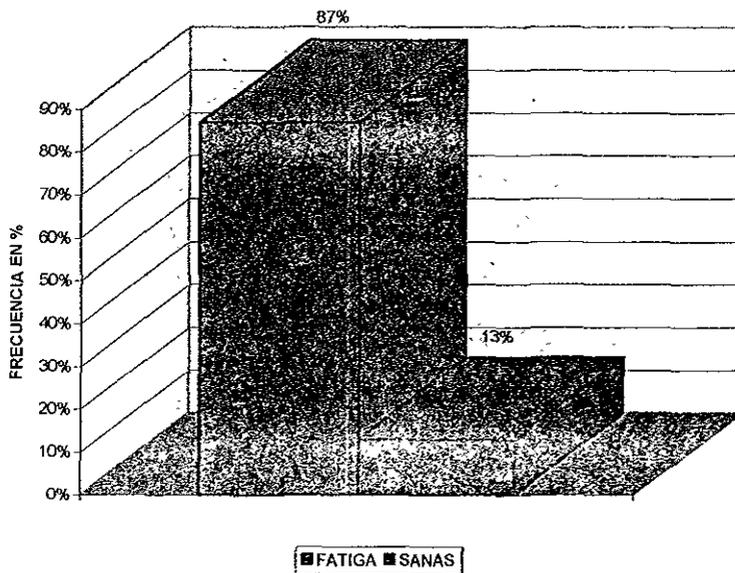


FIG. 16 FATIGA

Un 87% de las personas estudiadas mencionaron presentar irritabilidad en su comportamiento asociado con los trastornos en su ciclo menstrual.

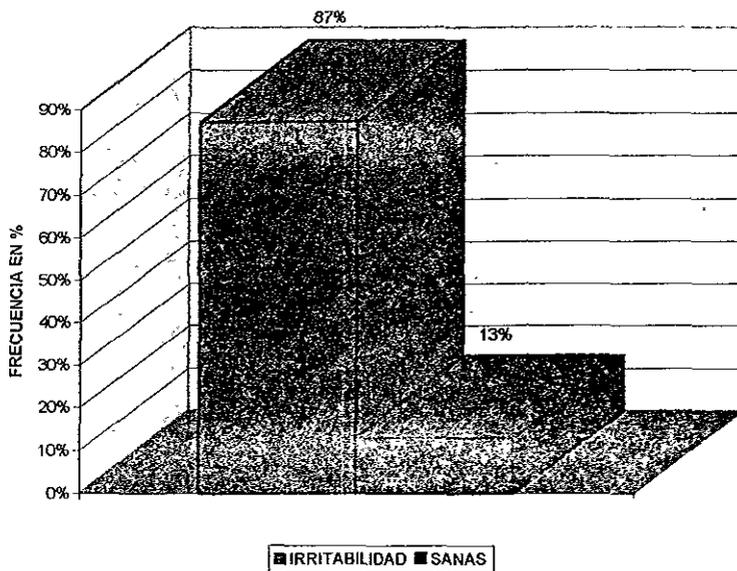


FIG 17 TRASTORNOS DE LA ESFERA EMOCIONAL : IRRITABILIDAD

En sólo un 76% de las pacientes se encontró una tendencia a presentar llanto con suma facilidad.

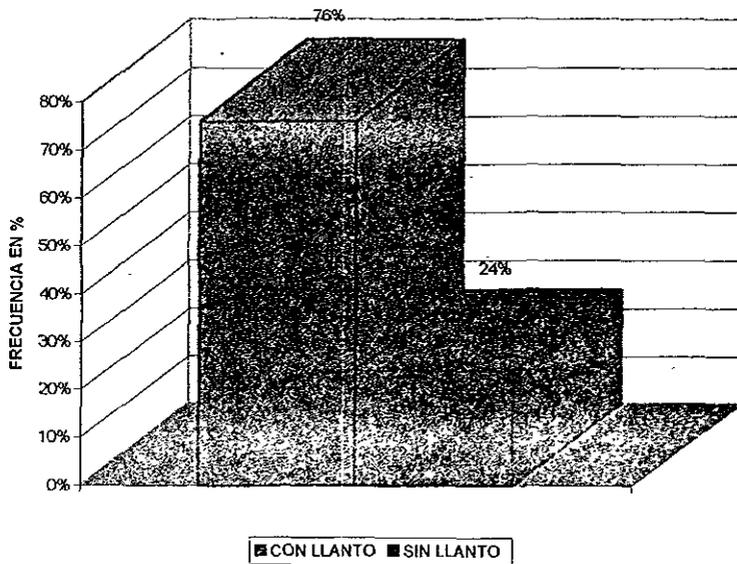


FIG 18 TRASTORNO DE LA ESFERA EMOCIONAL : LLANTO

El insomnio o la dificultad para conciliar el sueño se presentó en un 80% de las pacientes.

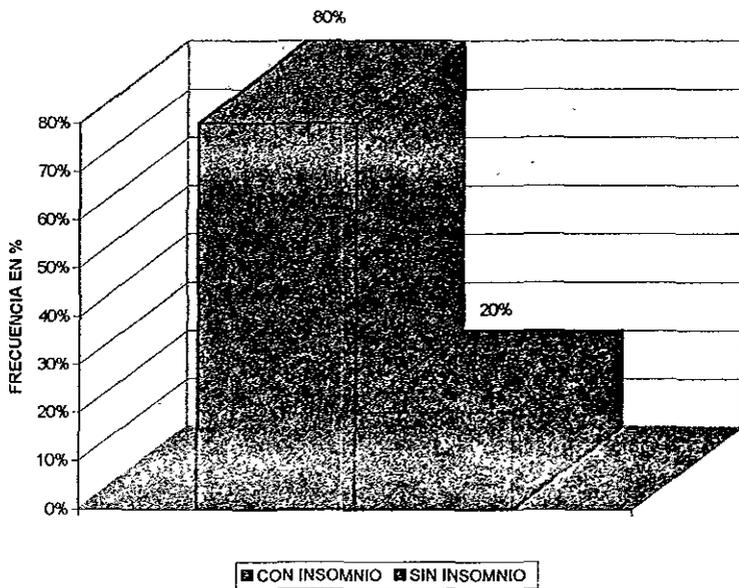


FIG 19 TRASTORNO DE LA ESFERA EMOCIONAL : INSOMNIO

La mayoría de las pacientes comunicaron haber presentado episodios depresivos en un 86%.

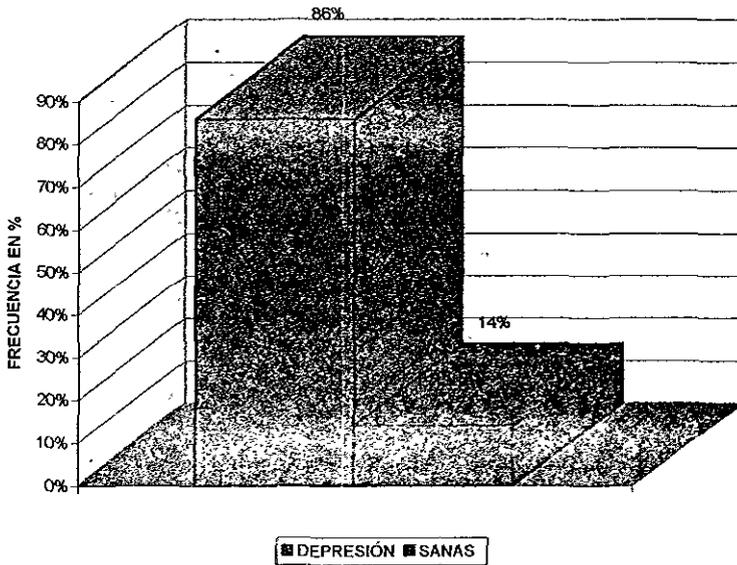


FIG 20 TRASTORNO DE LA ESFERA EMOCIONAL : DEPRESIÓN

Del total de pacientes que no llevan control de la fertilidad un 76% manifestaron su temor al embarazo..

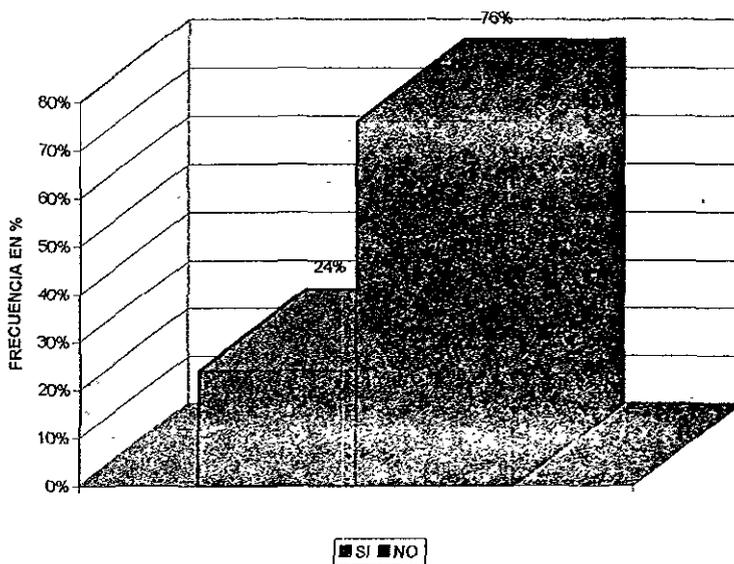


FIG 21 TRASTORNO DE LA ESFERA EMOCIONAL : TEMOR AL EMBARAZO

Fue mejor el grupo de pacientes (un 32%) que refirió temor al envejecimiento.

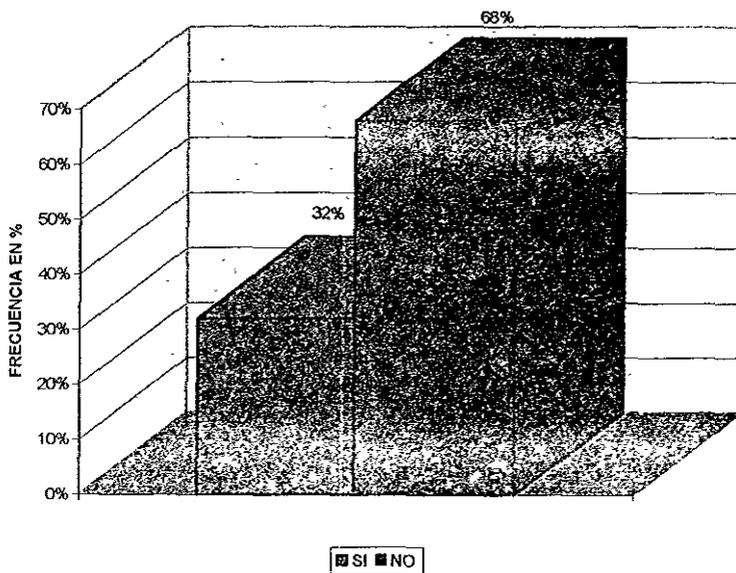


FIG 22 TRASTORNO DE LA ESFERA EMOCIONAL : TEMOR A LA VEJEZ.

En más de la mitad de los casos estudiados lo que equivale al 53% manifestaron pérdidas del interés por una vida sexual activa con su pareja.

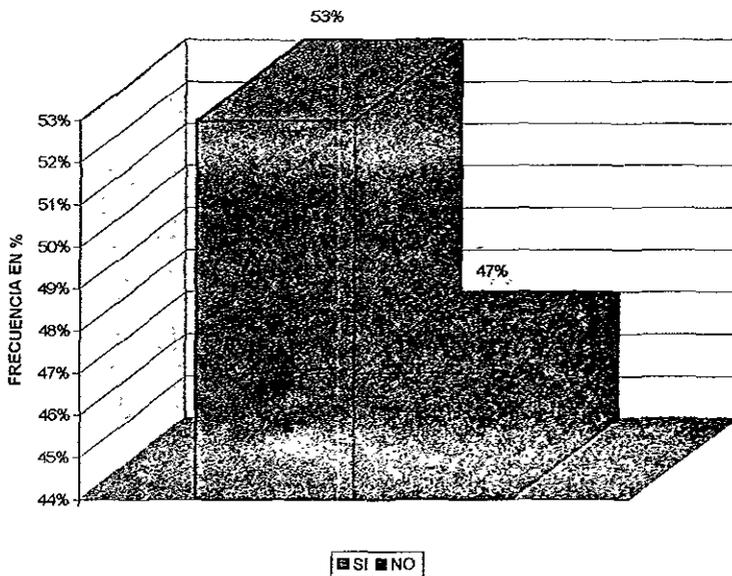


FIG 23 TRASTORNO DE LA ESFERA SEXUAL : PÉRDIDA DEL APETITO SEXUAL

Sólo un 27% de las pacientes estudiadas refirieron dispareunia de penetración, el resto de las pacientes negaron este síntoma.

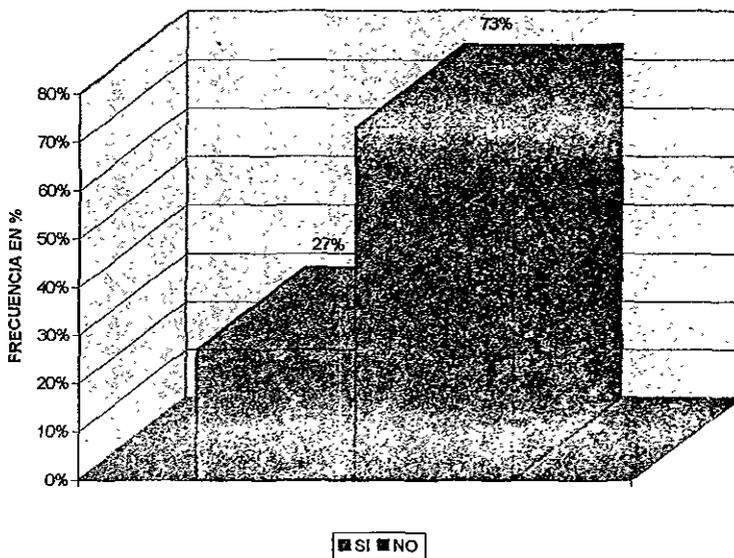


FIG 24 TRASTORNO DE LA ESFERA SEXUAL : DISPAREUNIA

Sólo un 30% de las pacientes manifestaron presentar orgasmo en su actividad sexual con su pareja, el 70% son anorgásmica.

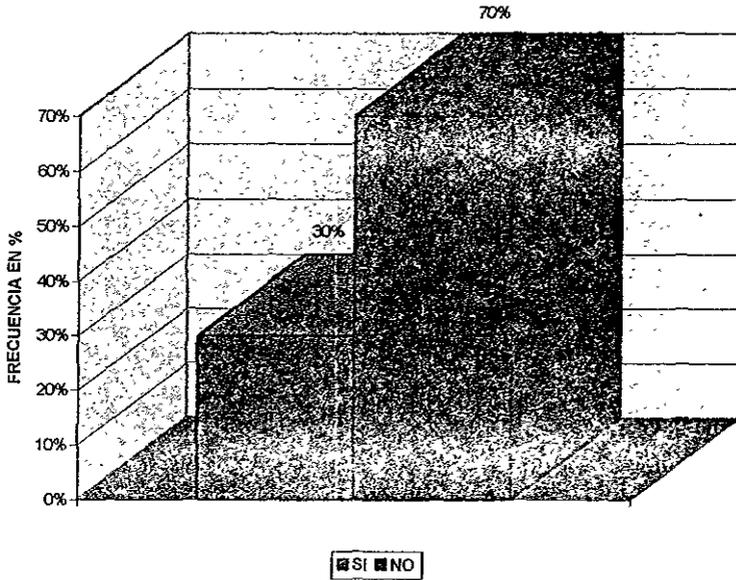


FIG 25 TRASTORNO DE LA ESFERA SEXUAL : ORGASMO

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS (DISCUSIÓN).

El síndrome climático constituye una etapa de transición en la vida de toda mujer, en nuestro estudio observamos que el mayor número de pacientes con trastornos físicos, psicológicos y sexuales propios del climaterio se presentaron en la 5a. década de la vida con un 77% y la edad promedio fué de 47 años, lo que está acorde con lo que la literatura médica reportó. (1)

El nivel de escolaridad de las pacientes, la mayoría tenía estudios incompletos 85%, sólo el 15% eran profesionistas. Esto es importante debido a que una paciente con un buen nivel de preparación estará en condiciones de dar una mejor respuesta a su problemática de salud, al presentarse síntomas o signos asociados al climaterio.

En cuanto al estado civil predominó el grupo de pacientes con pareja estable, teniendo así un mejor apoyo a sus problemas físicos y emocionales al ocurrir desajustes hormonales, cese de la menstruación.

Al investigar el lugar de residencia en nuestras pacientes intentamos con ello conocer el nivel cultural que marca la diferencia la vivir en una ciudad y en zonas marginadas como son las rancherías, ya que la información que se le brinda a toda mujer tendrá mayor receptividad en aquellas que habitan en zonas urbanas, en nuestro estudio las 2/3 partes eran pacientes ciudadinas.

La presencia de enfermedades crónico degenerativas como

hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus, se han asociado entre deficiencia estrogénica y el aumento de arteroesclerosis, ya que como sabemos desde hace mucho tiempo a los estrógenos se les atribuye notablemente después de la menopausia. En el estudio Framinghans en 1968, se observó un aumento de hasta 2.4% en mujeres postmenopáusicas en el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica en relación a mujeres premenopáusicas. (1, 8, 10).

El patrón menstrual en la mayoría de las pacientes fue normal al inicio de su vida reproductiva, siendo sólo un grupo menor de 3% que ya desde la pubertad presentaba irregularidades en su menstruación. Al informarnos las pacientes la edad en que iniciaron su vida sexual, nos permite tener una mayor idea de los cambios que ocurren a nivel del aparato genital en la mujer y aunque predominó el grupo con vida sexual después de los 18 años, llama la atención que es muy poca la diferencia en relación con aquellas que lo hicieron antes de los 18 años, no hay diferencia en cuanto a esto en la época actual.

fueron 64 pacientes gran multíparas con más de 5 embarazós, el total de las pacientes estudiadas y un número muy reducido de nulíparas (2%), lo que nos indica la cultura prevaleciente durante la vida reproductiva que vivieron dichas pacientes, donde el tener un mayor número de hijos era lo más importante.

Con respecto a la última menstruación, el 59% de las pacientes corresponden a pacientes premenopáusicas, y un 20% son postmenopáusicas, esto es importante debido a que el grupo de

pacientes donde se pueden llevar a cabo programas de educación y detección de trastornos propios del climaterio representan más de la mitad de los casos estudiados y son pacientes susceptibles de modificar el concepto que desde hace muchos años se ha venido empleando en aquellas mujeres con trastornos en su menstruación. (4)

No había control de la fertilidad en más de la mitad de las pacientes estudiadas lo que equivale a un 51% de aquellas que tenían control de la fertilidad: Un 42% tenían antecedentes de salpingoclasia bilateral y fue mínimo el grupo que utilizaban anticonceptivos hormonales; es importante hacer la observación, que la mayoría de la población nunca aceptó llevar un método que evitara el embarazo con todas las implicaciones y riesgos inherentes a su edad.

Encontramos que en las pacientes estudiadas, un 40% presentaban obesidad exógena, de acuerdo a la gráfica de talla y peso que se rigen en las guías diagnósticas terapéuticas del IMSS, y como sabemos uno de los cambios metabólicos observados en el climaterio es la tendencia al aumento de tejido graso con la consiguiente ganancia de peso progresivo, dato que podemos encontrar en la literatura médica .(1)

El dolor de cabeza es un síntoma climatérico y muy frecuente, lo encontramos en las pacientes estudiadas en un 75% de ellas, lo que está acorde con lo reportado en la literatura. (1,4)

El sófoco que es síntoma pivote en el climaterio se presentó en un

80% de nuestras pacientes estudiadas, señalando con ésto, que el síntoma vasomotor tiene un origen endócrino y se ha reportado en la literatura que éste fenómeno es experimentado por un 60-85% de las pacientes climatéricas. (4,6)

La fatiga o cansancio que la mayoría de nuestras pacientes refirieron en nuestro estudio y que ocupó un 87%, está condicionada por una disminución del rendimiento físico en la vida diaria de estas mujeres y aunque hay reportes en la literatura que indican que se trata de un signo no solamente durante el climaterio, si bien es cierto está asociado a la evolución y presenilidad. (4)

La irritabilidad constituye un síntoma psíquico muy frecuentemente observado en este tipo de pacientes, nosotros encontramos una frecuencia del 87% y sabemos que éste es un cambio en la vida emocional de la mujer climatérica, ya que modifica su carácter y hay alteración de su personalidad, secundarios a la adaptación de una conducta opuesta de la que ha sido habitual durante su vida. (4)

El llanto que es un síntoma psíquico menor, también es presentó en un 76% de las pacientes, y como declara Botella se asocia a un estado de ánimo deprimido y que es más frecuente en la mujer en períodos peri y postmenopáusicos observándose que estos trastornos tienen una dependencia clara evidente con los cambios endocrinológicos. (4)

Otro trastorno psicológico estudiado en nuestras pacientes fué el insomnio que se presentó en un 80% del grupo estudiado, se ha reportado en la literatura que el envejecimiento normal y algunos síndromes psiquiátricos importantes pueden causar trastornos del sueño. La presencia de un trastorno del sueño vinculado con la menopausia pueden ser secundarios a niveles disminuidos de estrógenos y su efecto sobre el hipotálamo y los neurotransmisores (serotonina y noradrenalina) que participan en el sueño, ya que se ha demostrado que los estrógenos son eficaces para la reversión de los síntomas de insomnio y la normalización del sueño. (4,7,9)

La depresión constituye un trastorno psíquico muy generalizado durante el climaterio, nosotros la encontramos en un 86% de las pacientes estudiadas y como se anotó en la literatura, la influencia de la falla en las menstruaciones y la aparición de trastornos depresivos, es muy común. Según Botella sostiene, el síndrome depresivo es más frecuente en la mujer que está en la peri y postmenopausia. Los trastornos psicológicos de la mujer en esta época de su vida tienen una dependencia clara con los cambios endocrinológicos que les toca vivir .(4,7)

Se observa una tendencia bien marcada en las mujeres de 40 años o más de interrumpir o suprimir el uso de anticonceptivos orales, por lo mismo pueden ser contraindicados por diversas causas, padeciendo con ello el temor al embarazo, el cual estuvo presente en un 76% de las pacientes estudiadas, lo que originó ,muy a menudo estados de ansiedad

cuando se presentan retrasos menstruales muy frecuentes en esta época.
(4)

El miedo a la vejez se presentó en un 32% del grupo de estudio, aunque no representa ni la mitad de los casos, la presencia de este trastorno psicológico es producto del sentimiento de pérdida de la función reproductora y a la inutilidad que en nuestra sociedad observamos con pacientes que presentan signos involutivos durante el climaterio. (4)

La pérdida de interés por llevar una vida sexual activa se presentó en más de la mitad de los casos estudiados, con un 53%. La sexualidad de la mujer climatérica se ve afectada por factores de tipo fisiológico, psicológico y propios del aparato genital durante la etapa del climaterio. Ya en la literatura Sarrel ha descrito cambios en la función sexual que tienen que ver con la declinación o pérdida del deseo sexual. (4,7,9)

La dispareunia es una manifestación muy frecuente de trastorno sexual en la paciente perimenopáusica y ésto es producto de la sequedad y atrofia de la vagina, secundario a una menor producción de estrógenos por el ovario, nosotros la encontramos en un 27% de pacientes estudiadas y coinciden con lo reportado en los estudios de Berg y Cols en la literatura médica donde afirman que los síntomas pueden durar de 5 a 15 años y la frecuencia es de un 15 a 30% en dichas pacientes. (4,7)

La disminución de la respuesta sexual en la mujer climatérica es

muy frecuente, nosotros encontramos que un 70% no alcanzaba el orgasmo, en una relación sexual con su pareja.

Los trastornos que se asocian durante el climaterio y que afectan la respuesta sexual de la mujer pueden ser secundarios o factores psicológicos, socioculturales, interpersonales y de carácter biológico.

(4)

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados obtenidos en este trabajo, nos damos cuenta que la presencia de síntomas físicos, psicológicos y sexuales que acompañan a las mujeres durante el climaterio representan un modo de vida que requiere de una adecuada atención por parte del profesionalista en salud, permitiendo hacer un diagnóstico integral donde las acciones van encaminadas a proporcionar una mejor calidad de vida de la mujer per, peri y postmenopausica.

Por lo que concluimos que:

1. La edad se considera importante para clasificar las etapas propias del climaterio.
2. Predomino el grupo de pacientes premenopausicas con un 59% del total de ellas.
3. Las enfermedades crónicas degenerativas como son hipertensión arterial y diabetes mellitus, se presentaron en un porcentaje representativo y que debe ser digno de tomar en cuenta.
4. Posiblemente la obesidad sea un signo importante en mujeres climatéricas, en el grupo estudiado un 40% lo eran.
5. Los síntomas físicos como son cefalea, sófocos y fatiga es común encontrarlos; en nuestro estudio predominaron en más

de las $\frac{3}{4}$ partes de las paciente.

6. Los trastornos de la esfera emocional como son irritabilidad, llanto, insomnio y depresión, igualmente fue comun encontrarlos es más de las $\frac{3}{4}$ partes de las pacientes estudiadas, solo una mínima parte los nego.
7. El temor del embarazo y a la vejez, nosotros lo encontramos en un porcentaje bastante bajo.
8. Los trastornos que involucraron a la esfera sexual en nuestras pacientes, unicamente la perdida del interes sexual se presentó en más de la mitad de los casos (53%).
9. La dispareunia y la consecución del orgasmo, se presentarán en un reducido número de pacientes 25 a 30%.
10. Podemos concluir con lo hasta ahora escrito que el síndrome climatérico constituye una etapa en la vida de toda mujer próxima a perder la oportunidad de enjendrar nuevos hijos enfrentándose así a una serie de signos y síntomas que en la mayor parte de las veces los aísla del resto de su núcleo familiar, ya que origina conflictos en el hogar y en su entorno social al intentar ocultar, disfrazar o minimizar las alteraciones Psicosomáticas y sexuales originadas en la transmisión de una etapa reproductiva por finalizar a la etapa de senectud que apenas inicia, por lo tanto la comunidad médica deberá estar atenta ante este suceso en la población femenina para prodigar

una atención que persiga como único fin el conocimiento del problema en la paciente climatérica e intente resolver los problemas de tipo médico en sus pacientes. Mi intención fué conocer más a fondo los problemas y alteraciones de la esfera Psicosomática y sexual en las pacientes climatericas a las cuales brindo mi atención; permitiéndome ahora al revisar la literatura médica sobre este problema y al hacer una relación médico-paciente más estrecha, brindar una atención que se acerque a la ideal en este tipo de pacientes. Y para finalizar la presente investigación que llevamos a efecto como todo trabajo de primera vez, presenta ciertas fallas en su elaboración, admito que de haber utilizado una muestra de estudio mayor y en un tiempo más largo, los resultados serían de mayor certeza y calidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Campión, M. J.: Manifestaciones clínicas y evolución natural de la infección humana por papiloma virus. *Clinics in obstetrics and gynecology*, vol 2. w. b Saunders 1987, págs. 789 - 802.
- 2.- Nicosia SV: Ovarian Changes Through the life cycle in masrroianni L, Paulsen CA. (eds): *The climacterie* New York, Plenum Press, 1986, p.p. 179 - 199.
- 3.- Zbella E. A. Scommegma A: Premature menopause. *Medical Aspects of human sexuality*, núm. 20, págs. 15 - 388.
- 5.- Ovarios. Jubis W. *Endocrinología clínica* Edit. Manual moderno segunda edición. Argentina. 1988. págs. 508 - 512.
- 6.- Cagnacci A, Melis GB, soldani R, et al: neuroendocrine and clinical effects of transdermal 17 B - estradiol in postmenopausal women. *Maturistas*, núm. 13; 1991. págs 283 - 296.
- 7.- Best NR, Rees MP, Barlow DH, et al: effect of estradiol implant on noradrenergic function and mood in menopausal subjects. *Psychoneuro endocrinology*, núm 17, 1992, pág. 87.
- 8.- Matthews - KA; Wing - RR; Kuller - LH; Meilahn - EN; Platinga - P. Influencia de la perimenopausia sobre factores de riesgo cardiovascular y síntomas en mujeres saludables de edad media. *Archintern med.* vol. 154, núm. 20. 1994. págs. 2349 - 55
- 9.- Stone - AB; Pearlstein - TNB, Evaluación y tratamiento de los cambios en el estado de ánimo, sueño y funciones sexuales asociados con la menopausia. *obstet - gynecol - clin - north - AM.* vol. 21. núm. 2. 1994, págs. 391 - 403.
- 10.- Shewmon - DA. Lípidos, arterosclerosis y la mujer postmenopausica. Una perspectiva clínica *obstet - gynecol - clin - north - AM.* vol. 21. núm. 2. 1994. págs. 337 - 55.

- 11.- Hammond chB y Naxson WS: Estrogen replacement therapy clinical obstetrics and gynecology, núm 29, 1986, págs. 407 - 430.
- 12.- Hill - K. La demografía de la menopausia - Maturistas. vol. 23, núm. 2, 1996, págs. 113 - 27.
- 13.- Daly - E; vessey - MP; Barlow - D; gray - A; Mcpherson - K, Roche - M. Terapia de reemplazo hormonal en una perspectiva de riesgo - beneficio, Maturitas, vol. 23, núm. 2, 1996, págs; 247 - 59.
- 14.-Ewertz - M. Terapia hormonal en la menopausia y el riesgo de cáncer de mama - una revisión Maturitas. vol. 23, núm. 2, 19096, págs. 241 - 6.
- 15.- Bearga - SL. Administración hormonal de la mujer menopausica enferma. obstet - gynecol - clín - North - AM. vol. 21, núm. 2, 1994. págs. 231 - 44.
- 16.- Stumpt - PG; trolice - MP. Problemas de compliance con la terapia de sustitución de hormonas. obstte - gynecol - clín. North - AM. vol. 21, núm 2, págs. 219 - 29.
- 17.- Tikkanen - MJ. La menopausia y la terapia de reemplazo hormonal: lípidos, lopotefinas, coagulación y factores fibrinolíticos, maturitas. vol. 23, núm. 2, 1996, págs. 209 - 16.
- 18.- Wark - JD. Fracturas osteoporosicas: bases y estrategias de prevención. Maturitas. vol. 23, núm. 2, 1996, págs. 193 - 207.
- 19.- Shaaban - MM. La perimenopausia y la anticoncepción. Maturitas vol. 23, núm. 2, 1996; págs. 181 - 92.
- 20.- Burger - HG, La endocrinología de la menopausia. Maturitas. vol. 23, núm. 2, 1996, págs. 129 - 36.
- 21.- Drench - ME, Losee - RH. Sexualidad y capacidades sexuales de las persoanas de edad avanzada. Rehabil - Nurs. vol. 21. núm. 3. 1996. págs. 118 - 23.
- 22.- Lichtman - R. Terapia de reemplazo hormonal peri - y past - menopausia. Parte 2. Regimenes hormonales y terapias

complementarias y alternas J - nurse - Midwifery. vol. 41, núm. 3, 1996. págs. 195 - 210.

23.- Panyakhamlerd -K; limpaphayom - K; Taechakraiçhana - N. La efectividad de la hormona en el alivio de los síntomas menopáusicos. J - med - assoc - Thai, vol. 79, núm. 5. 1996. págs. 273 - 7.

24.- Herrick - CA; Douglas - V; carlson - JH. Menopausia y terapias de reemplazo hormonal desde las perspectivas holística y médica. Issues - Ment - Health - nurs. vol. 17. núm. 2, 1996, págs. 153 - 68.

25.- Weiss - NS. Consecuencias en la salud de la terapia hormonal post - menopausia a corto y largo plazo. Clin - chem. vol. 42. núm. 8 1996, págs. 1342 - 4.

26.- Pouilles - JM; Tremollieres - F; Ribot - C. pérdida ósea vertebral en perimenopausia. Resultados de un estudio longitudinal de 7 años. Presse - Med. vol. 25, núm. 7; 1996. págs. 277 - 80.

27.- Kroger - H; Tuppurainen - M; Honkanen - R; Alhava - E; Saariko ski - s. Densidad mineral en los huesos y los factores de riesgo por osteoporosis: un estudio basado en una población de 1600 mujeres perimenopáusicas. Calcif - Tissue - int, vol. 55, núm. 1, 1994, págs. 1 - 7.

28.- Kannel W, Gorodon T: Cardiovascular effects of the menopause En Mishell Dr. Jr. de. menopause Physiology and Pharmacology. Chicago: Year Book. 1987 - 1991.

29.- Streckers JR. Lauritxen ch: Hormonoterapia en el climaterio edición española. Acora S. A. Barcelona. 1990. pág. 40.

30.- Sturdee DW, wade - Evans T, paterson MEL et al: Relationship between, bleeding patteons, endometrial histology and estrogen treatment in menopausal women. Brmed. núm. 1; 1978, págs. 1575 - 1577.

31.- Brinton LA: Effects of oestrogen therapy on breast cáncer congress on the menopause. Bang Kok, Tailandia, 1990.

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

CUESTIONARIO DE LA PACIENTE CLIMATERICA

A. IDENTIFICACION.

NOMBRE: _____ EDAD: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____
ESTADO CIVIL: _____ LUGAR RESIDENCIA: _____
T.A. _____ F.C. _____ PESO _____

B. ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

H.A.S. _____ DIABETES MELLITUS _____ INF. TIROIDEA _____
CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA _____ FECHA _____

C. ANTECEDENTES GINEG Obstetricos.

MENARCA _____ R.M. _____ I.V.S.A. _____
GESTA _____ ABORTOS _____ CESARIA _____
ANTECEDENTES MENSTRUALES: IRREGULARES EN EL ULTIMO AÑO.
() REGULARES () IRREGULARES () DOLOR () MANCHADO
INTERVALO _____ DURACION _____ F.U.R. _____
SIGUE ALGUN METODO DE CONTROL NATAL? () NO, () SI. CUAL?

D. SIGNOS Y SINTOMAS DEL CLIMATERIO

A QUE EDAD PRESENTO POR PRIMERA VEZ LA CEFALIA _____
CUANTOS AÑOS TENIA AL PRESENTARSE LOS BOCHORNOS _____
SE PRESENTAN MAS POR () MAÑANAS, () TARDES, () NOCHES,
DURAN 24 HORAS ().
HA NOTADO CAMBIOS EN SU CARACTER, ¿DESDE CUANDO? _____
¿SE IRRITA FACILMENTE? _____ ¿LLORA CON FACILIDAD? _____
¿LE CUESTA TRABAJO CONCILIAR EL SUEÑO? _____
¿DESDE CUANDO? _____
¿HA PERDIDO EL INTERES SEXUAL EN SU PAREJA? _____
¿SIENTE DOLOR AL TENER UNA RELACION SEXUAL? _____ (DISPAREUNIA)
¿SIENTE TEMOR A RESULTAR EMBARAZADA? _____
¿LOGRA TENER UN ORGASMO CON SU PAREJA ACTUALMENTE? _____
(ANORGASMIA).
¿LE PREOCUPA A USTED EL ENVEJECIMIENTO? _____ ¿PORQUE? _____

