

00921  
137



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA:

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS PRINCIPALES MANIFESTACIONES  
QUE PRESENTAN MUJERES INDÍGENAS TOJOLABALES DEL MUNICIPIO  
"LAS MARGARITAS" CHIAPAS DURANTE EL CLIMATERIO.

AUTOR:

Rosario Pérez Rul Rivero  
No. Cuenta: 9855503-3

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

~~DIRECTOR:~~

~~Maestro. Julio Hernández Falcón~~



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

FECHA: MARZO DEL 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**DEDICATORIA:**

A DIOS reconociéndolo como el médico de los médicos y él mejor que nadie sabe todo mi sentir y mi pensar, tú, que me has guiado siempre por el camino de la sabiduría y me amas, dedico este trabajo, porque si tu no hubieras puesto las mejores condiciones en mi vida, no lo hubiera logrado.

A mi madre: **ROSARIO RIVERO VÁZQUEZ** con todo mi amor, respeto y admiración por ser una excelente madre que me ha guiado por el buen camino de la vida con paciencia, cariño dedicación y sacrificio en todas las etapas de mi vida, siempre apoyándome en cualquier decisión que yo tome. Gracias por ser gran parte de este logro en mi vida y por toda la confianza que has depositado en mí. Te quiero muchísimo.

A mi padre: **LUIS PÉREZ RUL VIERA** Con el profundo amor que te tengo, el eterno agradecimiento por todos los consejos que con sabiduría me has brindado, por el apoyo ilimitado que me has dado en todos los aspectos, por la familia tan unida que hemos formado, por la fortaleza para tomar decisiones en los momentos difíciles, por haber hecho de mí una mujer de mucho bien enseñándome a no rendirme, por las alegrías que hemos vivido a tu lado y por tu protección y cariño absolutos en todos los momentos de mi vida. Papá gracias por estar siempre conmigo y por amarme tanto.

A mis hermanas **LILA Y ELISA PÉREZ RUL RIVERO** mis mejores y más grandes amigas porque juntas hemos compartido alegría, ilusiones, sufrimientos y hasta descontentos, pero siempre nos ha mantenido una fuerza grandiosa: LA HERMANDAD. Y con sus ánimos y sus ganas de vivir me han ayudado a saber elegir lo mejor para mí, a ellas dedico mi esfuerzo y todo mi empeño en este proyecto.

la Dirección General de Bibliotecas  
situada en formato electrónico e impresa e  
unido al mi trabajo  
Rosario Pérez Rul  
Rivero  
12-000-03  
G. H. H.

A mi novio **RICARDO CÁRDENAS TARRASA** por mi gran amor hacia el, que ha llegado en el momento mas importante y en tan poco tiempo forma parte esencial en mi y con su amor incondicional, sus consejos, su compañía, su alegría, sus ganas de vivir y de salir adelante ha motivado y revolucionado toda mi vida, gracias por existir y por ser parte tan especial en este logro. TE AMO

A mis 3 y mas grandes amigas **PAOLA RUBIO SALINAS, YAMIN VIRGINIA DÍAZ Y DE ÁVILA Y ZORAYA MIREYA LUCIO OLMEDO** que con su enriquecedora amistad, siempre me han escuchado y ayudado a realizar mis mas grandes sueños, ellas han sabido ser las mejores amigas tratando que mi vida sea mejor cada día.

A mi Asesor **JULIO HERNÁNDEZ FALCÓN** con respeto y agradecimiento por su valiosa colaboración y labor desinteresada para la elaboración de este trabajo.

A todas y cada una de las personas que hicieron posible que este proyecto se llevara a cabo con su participación, aunque poca o mucha ha sido muy valiosa y esencial para lograrlo. A pesar de no haberlos nombrado les doy las gracias esperando éste trabajo sea lo mas productivo posible.

## ÍNDICE

Dedicatoria	2
Índice	4
Resumen	6
I.- Introducción	8
II.-Marco Teórico	10
2.1 Antecedentes	11
2.2 Climaterio y menopausia	11
2.2.1 Definición	11
2.2.2 Epidemiología	12
2.2.3 Estimación epidemiológica de la edad media para la menopausia	14
2.2.4 Edad en que inicia la menopausia	14
2.2.5 Factores que afectan la edad de la menopausia	15
2.3 Epidemiología de los cambios biológicos en la menopausia	16
2.3.1 Endocrinología básica del climaterio	16
2.3.2 Efectos nocivos del hipoestrogenismo	17
2.4 Síntomas físicos y psicológicos en la menopausia	19
2.4.1 Riesgo cardiovascular	20
2.4.2 Osteoporosis	22
2.5 Divisiones del climaterio	25
2.5.1Premenopausia	25
2.5.2Climaterio	25
2.5.3 Perimenopausia	27
2.5.4 Menopausia	28
2.5.5 Posmenopausia	30
2.6 Sintomatología climática	31
2.7 Síntomas vasomotores	32
2.7.1 Síntomas Urogenitales	34
2.7.2 Síntomas psicológicos	35
2.7.3 Síntomas metabólicos	36
2.7.4 Cambios endocrinos	37
2.7.4.1 Insuficiencia Ovárica prematura	37
2.7.4.2 Cambios morfológicos del ovario	38
2.8 Modificaciones en la producción de hormonas hipofisarias y ováricas	38
2.8.1 Gonadotropinas hipofisarias	38
2.8.2 Inhibina	40
2.8.3 Estrógenos	40
2.8.4 Andrógenos	41
2.9 Folículo genesis y producción de ovocitos	41
2.9.1 Frecuencia de ovulación	41
2.9.2 Calidad del ovulo	43
2.10. Alteraciones óseas	43
2.11 Factores de riesgo	44
2.12 Índice de Kuperman	44
2.13 Diagnóstico	46
2.13.1 Diagnóstico clínico	46

2.13.2 Diagnostico hormonal	46
2.14 Tratamiento	48
2.15 Aspectos sociales	50
2.16 Aspectos psicológicos	55
2.17 Miedo al embarazo	57
2.17.1 Desajuste sexual	58
2.17.2 Miedo al cancer	58
2.17.3 Miedo a la menopausia	58
2.17.4 Sintomas o manifestaciones psicológicas en el climaterio	59
2.17.5 Influencia de los factores psicológicos sobre la menopausia	62
2.17.6 Factores sociales	62
2.17.7 Factores psicológicos	63
2.18 Valoración y tratamiento	65
2.19 El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural	66
2.20 Los tojolabales	69
2.20.1 El origen y el pasado de los tojolabales	71
2.20.2 Costumbres religiosas	73
2.20.3 Vida tradicional	73
III.- material y métodos	76
3.1 Justificación	76
3.2 Objetivos	78
3.3 Planteamiento del problema	79
3.4 Hipotesis	80
3.5 Definición de variables	81
3.6 Tipo de estudio	82
3.7 Universo de estudio	82
3.8 Unidades de observación	82
3.9 Criterios de inclusión, exclusión, eliminación	83
3.10 Universo muestra	83
3.11 Instrumento	83
3.12 Validez y confiabilidad	83
3.13 Procesamiento estadístico	83
IV.- Resultados	84
4.1 Datos generales	84
4.2 Manifestaciones de la menopausia	97
4.3 Discusion y análisis	136
4.4 Propuestas	140
4.5 Conclusiones	143
Bibliografía	146
Anexos	149

## RESUMEN

Hasta hace solo unas décadas, las mujeres veían la menopausia como un hecho natural y biológico que reconocían y manejaban gracias a un sistema de autocuidados construido culturalmente. En la actualidad muchos profesionales de la salud y, consecuentemente, los medios de comunicación han elaborado un discurso que se difunde permanentemente, según el cual la menopausia es un proceso lleno de riesgos para las mujeres y por tanto, susceptible de tratamiento. Una población que tal vez hemos olvidado y pensamos que éste tipo de manifestaciones no aquejan en sus comunidades son las mujeres indígenas que al igual que todas las mujeres deben pasar por un periodo climatérico. Es necesario, pues, analizar los síntomas de esta época de la vida.

Durante el servicio social realizado en las comunidades de La Libertad, Ejido Saltillo y Anexo Chacalá ubicadas en el municipio de "Las Margaritas" Chiapas, se realizó un estudio descriptivo de las principales manifestaciones que presentan las mujeres indígenas tojolabales durante el climaterio.

El universo de estudio fueron mujeres de las 4 comunidades antes mencionadas del municipio de Las Margaritas, siendo los criterios de inclusión: Mujeres entre 40 y 60 años del grupo étnico tojolabal con manifestaciones climatéricas y que acuden al centro de desarrollo comunitario. Los criterios de exclusión fueron: mujeres de otro grupo étnico, menores de 40 años y mayores de 60, y aquellas que presentaron alguna patología agregada; no se consideraron mujeres que se negaran a participar.

Para la recolección de datos se considero una muestra no estadística, arbitraria de un total de 80 mujeres.

La recolección de datos se realizó a través de una encuesta que incluyo tanto datos generales como el índice de Kupperman así como reactivos relacionados con el síndrome climatérico.

Los resultados muestran que la mayoría de las encuestadas tenían pareja estable, se dedican al hogar y a los hijos, hubo incidencia de síntomas psíquicos, predominó la ansiedad, la depresión y la irritabilidad, se encontraron alteraciones en las relaciones familiares dadas principalmente por la falta de comunicación, comprensión y las discusiones entre los integrantes de familia incluidos los hijos.

## I.-INTRODUCCIÓN

En la vida de la mujer se pueden diferenciar una serie de periodos que implican profundos cambios físicos y fisiológicos. Así pubertad, embarazo, climaterio y senectud son etapas claramente diferenciadas. Habitualmente se utilizan indistintamente términos como menopausia y climaterio; menopausia es el cese permanente de las menstruaciones como consecuencia de la pérdida de la función ovárica, es la última regla y ocurre aproximadamente sobre los 50 años.

Climaterio es un término que abarca desde el periodo inmediatamente anterior a la menopausia, cuando empiezan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas, orientativas de que se aproxima la menopausia, y dura como mínimo hasta el primer año siguiente a ésta. Es un concepto que abarca la transición de la edad fértil a la no fértil. El climaterio es el periodo de la vida de la mujer en el que tiene lugar la desaparición de la función reproductiva e importantes cambios en la secreción de las hormonas sexuales, que condiciona cambios no solo en el tracto genital, sino en otros lugares del organismo.

El climaterio es un periodo de la vida en el que se producen cambios biológicos y psicológicos trascendentes, ya que marca el paso desde la madurez sexual, con plena capacidad reproductora, hasta la senectud. Durante este periodo, progresivamente la función ovárica normal da paso a la claudicación funcional definitiva de la gónada. Este periodo está bien definido por la pérdida de la menstruación o menopausia, como hemos dicho anteriormente. Clásicamente el climaterio se divide en dos etapas: la premenopausia y la postmenopausia.

El cese de la menstruación y el final de la vida reproductiva de la mujer, desde un punto de vista más integral involucra toda una serie de procesos fisiológicos, endocrinos, psicosexuales, laborales, sociales y familiares entre otros, que deben verse con un criterio holístico para poderlos comprender en toda su magnitud.

El surgimiento de la familia que data de tiempos remotos, y que es la célula básica de la sociedad, ha tenido dentro de sus aspectos fundamentales la función

reproductiva, por lo que la aparición de la menopausia produce cambios en este sentido que de una forma u otra modifican su dinámica. No debemos olvidar que la sexualidad, que es una amplia dimensión de la personalidad, va mucho más allá de las relaciones sexuales de la pareja y matiza los intercambios entre las personas de ambos sexos en su vida familiar, laboral y social.

Los indígenas tojolabales son un grupo étnico de la gran familia maya ubicados en el Municipio de Las Margaritas Chiapas con dolorosa frecuencia brutalmente reprimidos por los gobiernos locales debido a sus costumbres y cultura muy diferente a la ciudadina en la cual la familia, los hijos y el hogar son de las más importantes en estas comunidades. El climaterio en ésta zona esta relegado pese a que las mujeres presentan manifestaciones muy marcadas propias de ésta etapa.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio intenta describir las principales manifestaciones que aquejan en las mujeres indígenas tojolabales, conocer la influencia dentro de la dinámica familiar así como también diferenciar la sintomatología propia del climaterio con las mencionadas en la bibliografía.

El presente estudio aborda temas tales como diferencia entre climaterio y menopausia, clasificación de la menopausia, epidemiología, fisiopatología, cuadro clínico y diagnóstico del climaterio, cambios físicos y psicológicos propios de ésta etapa, así como también algunas alteraciones y riesgos que se pueden presentar durante la misma.

## II.- MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES

#### 2.1.1. HISTORIA

El estrógeno se sintetizó por primera vez en 1920. El primer tratamiento exitoso de los síntomas vasomotores menopáusicos se informó en 1935 por Mazer e Israel. <sup>1</sup>Davies describió mejoría de la vaginitis atrófica con estos compuestos, mientras Albright y Cols observaron que tenía efecto benéfico en la osteoporosis. Estos datos confirmaron que los estrógenos constituían al tratamiento eficaz para el síndrome menopáusico. En fase inicial, algunos ginecólogos mostraron reservas acerca de administrar estrógenos a menopausicas. En un número del American Journal of Obstetrics and Gynecology, Emil Novak señaló: "Tal vez no haya una ginecopatía en la indicación para que la estrogénoterapia sea más razonable que el tratamiento de los síntomas acostumbrados del climaterio. El posible riesgo de producir cánceres en mujeres susceptibles no puede describirse en el estado actual de conocimientos."

En 1940 se aceptó el tratamiento estrogénico como una terapéutica apropiada para los síntomas menopáusicos. El uso de Terapia hormonal de reemplazo (TER) se incrementó de manera gradual hasta la mitad del decenio de 1960.

En 1942, Fuller Albright, propuso que había una "adrenopausia", además de la menopausia. Su planteamiento se basó en disminuciones de 40 y 20% de los valores de dehidroepiandrosterona (DHER) y su sulfato (DHEAS), respectivamente en posmenopáusicas.

---

<sup>1</sup> WESTERMANN Christian. Tratamiento estrogénico de reemplazo posmenopáusico 1998, pag 41-49

En 1966, en la obra femenina Forever, Robert A Wilson se refirió a la menopausia con un estado patológico curable. Después de esto las ventas de estrógenos aumentaron hasta alcanzar 400% y después disminuyó en forma marcada durante la mitad del decenio de 1970 conforme se acumulaban informes de su relación con un incremento en el riesgo de cáncer endometrial<sup>2</sup>

## **2.2. CLIMATERIO Y MENOPAUSIA**

### **2.2.1. Definición**

El término menopausia, se refiere específicamente al cese permanente de la menstruación ya sea fisiológica o quirúrgica en la cual se extirpan los ovarios, es decir la fecha de la última regla, que debe ser confirmada tras un período de amenorrea de un año. Existe un período variable de tiempo alrededor de esta fecha durante el cual el organismo de la mujer se adapta a esta nueva situación, que se conoce como climaterio y se define como la época en que la mujer pierde la capacidad de reproducción.

La menopausia es una etapa más de la vida de la mujer pero sin olvidar que es la etapa más larga, ya que puede alcanzar un tercio de su vida.

El climaterio es un amplio período de la vida de la mujer encuadrado entre dos épocas bien diferentes, la madurez sexual y la senectud. Durante el mismo se va a pasar de una función ovárica normal a una situación de fallo ovárico definitivo, con unas modificaciones clínicas que, en la mayoría de los casos van a repercutir desfavorablemente en el estado de salud y calidad de vida de la mujer.

Se conoce como climaterio al envejecimiento sexual de la mujer, se caracteriza por el desarrollo de la involución de las diferentes gónadas y la pérdida de diferentes funciones. La mayor parte del cuadro sintomático que desarrolla la mujer durante el proceso climatérico queda englobado en lo que se conoce como período menopáusico o menopausia.

---

<sup>2</sup> N. London Steve, HAMMAN B. Charles "Climaterio", MD. Tratado de Obstetricia y ginecología de Danforth, , México, 1994.

# **TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

riesgos de enfermedades relacionadas con su estado fisiológico. Según el censo de 1990, realizado en México, el número de mujeres mayores de 50 años de edad fue de 3'614,187; esto nos dice que para el año 2035 una mujer de cada tres será climatérica o menopáusica. A mayor población y mayor esperanza de vida, el incremento de la población con edad superior a 50 años, será cada día más significativa; esto nos dice que la mujer pasará entre 25 y 30 años en esta época de su existencia.

En México publicado en El Universal existen más de 7 millones de mujeres en la etapa del climaterio y se espera que para el 2010 aumente el número a 12 millones, por lo cual es necesario establecer los mecanismos para mejorar la calidad de vida de las mujeres <sup>6</sup>.

En la actualidad millones de mujeres alcanzan una edad suficiente para experimentar la menopausia y sus secuelas además de los cambios que se observan en la concepción personal, el estilo de vida y las perspectivas del futuro. El cese de la función gonadal se asocia con padecimientos que pueden llevar inherente una elevada morbilidad. <sup>7</sup>

El interés por el síndrome climatérico surgió hace poco tiempo, ya que anteriormente se consideraba un estado que la paciente debía sufrir como parte de su condición de mujer.

## **ENFERMEDADES CORRELACIONADAS**

La menopausia, por la inexistencia de producción de las hormonas estrógeno y progesterona, favorecen la aparición de otras enfermedades en la mujer (24) como son:

---

<sup>6</sup> SILVA Pérez Gerardo et al "Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climaterio" Ginecología y obstetricia de México. 1999; 319-322

<sup>7</sup> [www.geosalud/climaterioprol/fisiop.menopausia.climaterio.htm](http://www.geosalud/climaterioprol/fisiop.menopausia.climaterio.htm)

Durante el climaterio se producen cambios y reajustes metabólicos en prácticamente todos los órganos y sistemas de la mujer. El climaterio coincide, además, con cambios en el entorno familiar y social que pueden favorecer cambios psicológicos y agravar conflictos latentes que hasta entonces habían permanecido ocultos<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista cultural, la mujer menopáusica se infravalora o se considera de forma peyorativa. A veces cuando se quiere ofender a una mujer se dice que es o está menopáusica. Esta situación posiblemente se explica por las tradiciones culturales del mundo occidental y derivadas de las religiones monoteístas predominantes. En la tradición judía, cristiana y musulmana la mujer ocupa un papel eminentemente "reproductivo".

El fenómeno de la menopausia tiene su origen en el agotamiento de la capacidad funcional del ovario, la producción hormonal del ovario sufre una caída en un periodo de tiempo limitado .

### **2.2.2. Epidemiología**

La menopausia es un fenómeno natural durante el proceso normal de envejecimiento de la mujer. Lo que no es natural es el sufrimiento que se genera con el climaterio y las enfermedades que se incrementan con la menopausia.

La menopausia es el resultado de una serie de factores sociales y biológicos que actúan conjuntamente. Entre ellos, los factores genéticos, ambientales, clima, raza, partos y tabaquismo<sup>4</sup>.

Como nos dice Malacara<sup>5</sup>, conocer los factores epidemiológicos que intervienen en el climaterio permite prever su impacto sobre la salud de las mujeres y brinda elementos para aconsejarlas sobre las medidas que deben tomar respecto de los

<sup>3</sup> [www.encomlombia.com/meno41](http://www.encomlombia.com/meno41) "Climaterio y menopausia de la teoría a la práctica" Instituto Nacional de endocrinología.

<sup>4</sup> [www.aventis.com.gt/educando/psicologia/Climaterio\\_y\\_menopausia](http://www.aventis.com.gt/educando/psicologia/Climaterio_y_menopausia)

<sup>5</sup> MALACARA L. Álvarez Aspectos psicosociales relacionados con la mujer menopausica. Endocrino1 México 1998

Enfermedades correlacionadas
Aterosclerosis
Insuficiencia coronaria
Enfermedad de Alzheimer
Osteoporosis (Fracturas patológicas)
Demencia Senil
Lesiones vulvares
Hiperlipidemia

### 2.2.3. Estimación epidemiológica de la edad media para la menopausia.

La menopausia espontánea tiene lugar en la mayoría de las mujeres entre los 45 y los 52 años, aceptándose 50 años como edad promedio. Si ella ocurre antes de los 40, se le considera menopausia precoz y si ocurre después de los 54, se le llama menopausia tardía.

### 2.2.4. Edad en que inicia la menopausia

La edad de la menopausia varía entre las diferentes culturas.

La edad promedio en que se sitúa la menopausia es entre los 39 y 51 años.<sup>8</sup>

En México Carranza<sup>9</sup> se presenta como promedio entre los 47 y 52 años; esta variación depende de factores hereditarios, sociales, culturales y económicos.

La edad de la menarquia no está asociada con la edad de la menopausia.

De 6 al 8% experimenta la menopausia antes de los 40 años por falla ovárica prematura espontánea o posquirúrgica.

Solamente 10% de las mujeres presentan un cese brusco de las menstruaciones sin irregularidades previas.

### 2.2.5. Factores que afectan la edad de la menopausia.

<sup>x</sup> [www.inper.edu.mx/gineco](http://www.inper.edu.mx/gineco). Climaterio, familia y sexualidad. Miguel Lugones Bote!!

<sup>y</sup> CARRANZA Sebastián, Atención integral del climaterio 1998, p p 353

El no contraer matrimonio, una clase social baja, la nuliparidad y el no usar anticonceptivos, se asocian a una menopausia precoz.

El tabaquismo origina adelantos de uno a dos años en la fecha de la menopausia. A mayor número de cigarros, es más temprana la menopausia.

Ello se ha atribuido a que el tabaquismo favorece la inactivación de los estrógenos por activación de la 2-hidroxilación hepática

**El tabaquismo origina adelantos de uno a dos años en la fecha de la menopausia. A mayor número de cigarros, es más temprana la menopausia.**

La influencia del peso es variable con relación a la presentación de la menopausia. La grasa corporal influye sobre los niveles estrogénicos incrementando la conversión periférica de androsteina a estrona y también aumentando los estrógenos libres, debido a la disminución de globulinas portadoras de hormonas sexuales. De lo anterior resulta un incremento en la proporción de estradiol, el cual se encuentra en forma libre. La mujer obesa muestra niveles altos de estrona en el suero así como también de estradiol libre.

Factores genéticos, ambientales, físicos y culturales intervienen en la iniciación de la menopausia. La cultura y la subcultura tiene especial impacto en la variación de la edad en que se presenta la menopausia.

Existe evidencia de que las mujeres mal nutridas experimentan la menopausia más tempranamente.

Las mujeres delgadas, contrariamente a las obesas, presentan menopausias tempranas. Este fenómeno también se observa en las de baja estatura y de frágil estructura.

Las enfermedades, especialmente las infecciones graves o los tumores del sistema reproductivo, pueden en ocasiones dañar tan intensamente las estructuras endocrinas de los ovarios, que precipiten un síndrome menopáusico

Los ovarios residuales posteriores a las histerectomías, también presentan prematuramente deficiencias en sus funciones por tener comprometida su circulación.

Los datos relacionados con la edad se fundan en ocasiones en estadísticas sin validez o bien por muestras cortas o de selecciones de grupos mal logrados. Conociendo que las mujeres de diferentes países no presentan la misma y exacta sintomatología, es lógico que la aparición de la menopausia sea desigual dependiendo de numerosos factores que inciden con esta fecha.

### **2.3. Epidemiología de los cambios biológicos durante la menopausia.**

Después de los 50 años de edad, las mujeres sufren cambios provocados por tres procesos difíciles de separar:

- La pérdida de los esteroides ováricos, que tiene efectos importantes fuera de la esfera reproductiva.
- La senectud, que empieza a manifestarse incipiente pero paulatinamente.
- El efecto acumulativo, en el transcurso de los años, de la morbilidad de las enfermedades crónicas (degenerativas, metabólicas y tumorales).

Desde el punto de vista epidemiológico, deben considerarse los síntomas físicos y psicológicos relacionados con la menopausia, el riesgo de padecer osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas.<sup>10</sup>

#### **2.3.1. Endocrinología básica del climaterio**

El hipogonadismo es el punto de origen de las alteraciones hormonales encontradas en el climaterio. Aún después de la menopausia el ovario produce cantidades mínimas de estrógenos. Por otra parte, los niveles de andrógenos principalmente los de origen ovárico (androstendiona) disminuyen también aunque no en cantidad proporcional a la reducción de los niveles de estrógenos..

Las glándulas suprarrenales producen pequeñas cantidades de estrógenos, pero grandes de andrógenos débiles (dehidroepiandrosterona y su forma sulfatada).. Aunque la producción suprarrenal de andrógenos también disminuye durante el

<sup>10</sup> [www.injpe.edu.mx/ineco/Climaterio\\_familia\\_y\\_sexualidad\\_Miguel\\_Lugones\\_Botell](http://www.injpe.edu.mx/ineco/Climaterio_familia_y_sexualidad_Miguel_Lugones_Botell)

climaterio, es importante desde el punto de vista fisiológico porque es una fuente de estrógenos, los que son formados por aromatización periférica..

Conforme avanza el climaterio se incrementa la relación estrona: estradiol, además se aumenta la frecuencia de los ciclos anovulatorios y las concentraciones de progesterona sérica son significativamente menores a las vistas en mujeres en edad reproductiva. Al igual que los niveles de esteroides, las concentraciones de la globulina fijadora de hormonas sexuales también disminuyen en la perimenopausia

El hipoestrogenismo incrementa los niveles de GnRH y por ende de los FSH. Sin tratamiento la FSH sérica permanece elevada durante algunos años después de la menopausia y posteriormente disminuye paulatinamente, sin alcanzar los niveles premenopáusicos. A nivel del sistema nervioso central la carencia de estrógenos disminuye la concentración de opioides hipotalámicos que tienen efecto inhibitorio sobre la secreción de GnRH. La disminución de los opioides se asocia en la aparición de síntomas vasomotores. Los cambios en las endorfinas también afectan la producción de neurotransmisores como el ácido -aminobutírico y la serotonina. Estas alteraciones se han relacionado con la aparición de síntomas psicológicos en el climaterio.

### 2.3.2 EFECTOS NOCIVOS DEL HIPOESTROGENISMO

La carencia de estrógenos tiene efectos en varios órganos, aunque los más importantes se presentan en el sistema cardiovascular y en el tejido óseo.

EFECTOS NOCIVOS DEL HIPOESTROGENISMO	
Atrofia urogenital	
Síntomas vasomotores	
Disminución de la masa magra	
Incremento del tejido adiposo de	de
distribución androide	
Enfermedad cardiovascular	
Disminución de la masa ósea	

El hipoestrogenismo está estrechamente relacionado con el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular aterosclerótica, ello está parcialmente explicado por los cambios en los lípidos séricos que se presentan durante el climaterio. Aunque las concentraciones de los lípidos plasmáticos están parcialmente reguladas por factores genéticos, es bien conocido el efecto que tiene el hipoestrogenismo en la composición de los mismos.

Además, la carencia de estrógenos puede alterar los niveles de otras lipoproteínas plasmáticas. La lipoproteína Lp(a) se ha considerado como una molécula alérgica y sus niveles tienen relación inversa con las concentraciones de estrógenos. En pacientes sin función ovárica la terapia estrogénica reduce la manera significativa las concentraciones de Lp(a). Esta asociación puede ser clave en la relación que existe entre el climaterio y la enfermedad aterosclerótica y en el efecto cardioprotector de los estrógenos.

Además, el hipoestrogenismo se asocia con cambios en la composición corporal que se manifiestan por pérdida de la masa corporal magra y aumento del tejido adiposo de distribución central. Estas alteraciones también están relacionadas con aumento en el riesgo cardiovascular en la paciente climaterica.

La osteoporosis es una de las enfermedades más incapacitantes que se asocian al hipoestrogenismo. La cantidad de tejido óseo se incrementa constantemente a partir de la adolescencia y alcanza su nivel máximo a los 30 años aproximadamente. Al iniciar la disminución de la función ovárica hay cambios involutivos que se manifiestan por una pérdida sutil en la masa ósea, aun antes que se inicien los síntomas del climaterio. Por otra parte, después de la menopausia el fenómeno se acelera notoriamente. En ausencia de tratamiento hormonal predomina principalmente el proceso de resorción sobre el hueso.

#### 2.4. Síntomas físicos y psicológicos en la menopausia.

Como menciona Malacara<sup>11</sup> durante la perimenopausia aumentan significativamente los síntomas de tipo físico y psicológico en diversas poblaciones, hasta llegar a sobrecargar los servicios de salud. Usualmente estos síntomas no ponen en peligro la vida, y por ello suelen ser mal entendidos por la familia y deficientes atendidos por el médico. La mayoría de ellos no dependen directamente del hipoestrogenismo, sino de factores biológicos y psicológicos, así como del marco cultural en que se desenvuelve la persona.

Estudios efectuados en diversas poblaciones urbanas de México muestran que los síntomas son muy frecuentes. En un trabajo efectuado en la ciudad de León, los fenómenos vasomotores, la ansiedad, la depresión, la angustia y el síndrome del nido vacío, tienen frecuencia que varían entre 40 y 50%. En el estudio multicéntrico coordinado por la Universidad de Durango, la frecuencia fue mayor: bochornos en 62% de los casos, cefalea, irritabilidad y depresión en proporción cercana a 60%. Estas diferencias se explican por variaciones metodológicas, pero la magnitud del problema es evidente.

De los síntomas más frecuentes, sólo los bochornos y, en menor grado, la pérdida del interés sexual se vinculan claramente con la pérdida de estrógenos.

La mayoría de ellos son más comunes durante el prolongado período de la perimenopausia, y algunos (como la depresión y el síndrome del nido vacío) aumentan al instalarse la menopausia. Según el estudio de Huerta y colaboradores, los factores que se relacionan con la aparición de estos síntomas son de diversa índole: familiares, como el control del comportamiento en la familia (un control estricto se asocia con más síntomas); la comunicación entre sus miembros y el aspecto afectivo con el cónyuge. Fue sorprendente encontrar que el factor más significativo relacionado con los síntomas físicos y emocionales correspondió a la actitud hacia la sexualidad; a actitudes más positivas, menos síntomas.

<sup>11</sup> MALACARA L. Álvarez Aspectos psicosociales relacionados con la mujer menopausica Endocrino1 México 1998

Esto puede explicarse, porque las mujeres viven el climaterio de acuerdo con su sexualidad. Las mujeres con personalidad equilibrada y tranquila y una vida sexual satisfactoria tienen menos síntomas en la menopausia. Un estudio subsecuente de Huerta y colaboradores señala la participación que los factores y metabólicos tienen sobre los síntomas. Diversos síntomas se asocian con índices concernientes al estado metabólico de la paciente, como el índice cintura / cadera, que estima el grado de obesidad central, y los índices insulina / glucosa pre y posprandial, que indican un estado de hiperinsulinemia relativa. Estos datos señalan que mujeres con hiperinsulinemia y obesidad central y, por lo tanto, posibles episodios de hipoglucemia, pueden desarrollar más fácilmente algunos de tales síntomas.

#### **2.4.1. Riesgo Cardiovascular.**

La premenopáusica tiene un riesgo cardiovascular inferior al del varón en proporción de 1:7. Después de la menopausia aumentan los eventos cardiovasculares en la mujer, y cerca de los 80 años se iguala el riesgo en ambos sexos. González y colaboradores encontraron, por ultrasonografía, menos aterosclerosis carotídea en las mujeres (12.0%) que en los varones (16.3%), en la ciudad de México.

Esta protección cardiovascular se atribuye a los estrógenos, pues las mujeres que han sufrido ooforectomía tienen mayor riesgo coronario que las premenopáusicas de edad similar. Mathews y colaboradores estudiaron prospectivamente los cambios de los lípidos en 541 mujeres en el paso de la premenopausia a la menopausia, y encontraron que disminuye el colesterol HDL y aumenta el de LDL, sin cambiar la tensión arterial, los niveles de glucosa e insulina, o el consumo calórico. Los cambios de los lípidos han sido confirmados en el estudio de Framingham, y en una población de nivel socioeconómico bajo de la ciudad de México. En este último estudio, entre los 35 y 44 años de edad el colesterol LDL y los triglicéridos son más bajos, y el colesterol HDL más alto en las mujeres. Después de los 45 años aumentan los lípidos en las mujeres, mientras que en los

varones no cambian, y después de los 55 años, el colesterol total y los triglicéridos fueron mas altos en las mujeres.<sup>12</sup>

En países como México, el infarto del miocardio se está convirtiendo en una de las principales causas de muerte, aunque todavía las cifras son inferiores a las informadas en los países sajones. El infarto no letal, en una población de bajos recursos de la ciudad de México, es menos frecuente en la mujer (1.4%) que en el varón (3.2%), cifras inferiores a las de los países desarrollados. No se sabe si las tasas bajas de infarto del miocardio, en México, se deben a que la transición a la vida "occidentalizada" todavía no se completa, al estilo de vida propio (alimentación, ejercicio, estrés), o a factores genéticos favorables. Es importante definir estos factores para estimar el impacto de la menopausia sobre el riesgo cardiovascular.

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular importante, en países desarrollados, la prevalencia de la hipertensión antes y después de la menopausia es similar. Este aspecto parece ser diferente en la población mexicana y en países en desarrollo. En León, Gto., la frecuencia de hipertensión arterial aumenta en las mujeres mayores de 48 años de edad, y alcanza cifras superiores. Fenómeno similar se observó en un estudio en el distrito Federal, en donde la hipertensión fue más frecuente en las mujeres de 45 a 55 años (22.2%) que en los varones (16.5%). Este incremento de la tasa de hipertensión durante la menopausia también se señaló en la República Popular china. Parece ser un proceso característico de las poblaciones en las que aumenta el peso corporal durante la menopausia, lo que, unido a la vida sedentaria, puede provocar el aumento de la tensión arterial.

La diabetes mellitus es otro factor de riesgo cardiovascular importante. En estados Unidos su prevalencia en la edad de la menopausia es similar para ambos sexos.

---

<sup>12</sup> BEARE/MYERS. "Enfermería medicoquirúrgica", 1997. . pp 1224

En otros países es más frecuente en las mujeres de niveles socioeconómicos medio o bajo, como muestran dos estudios realizados en la ciudad de México. Entre los 35 y 44 años de edad, la frecuencia de diabetes es de 5 a 6% en ambos sexos; y entre los 45 y 54 años aumenta a 8 y 12% en los varones y 17% en las mujeres. Esto también se observó en San Luis Potosí. Curiosamente, en los mexiconortamericanos de San Antonio Texas, la prevalencia de diabetes es mayor en la mujer (23.8%), aunque la diferencia respecto de la tasa de los varones es (19.8%). La mayor prevalencia de diabetes en las mujeres durante la menopausia, en importantes sectores de México, no ha recibido la atención que ameritan sus repercusiones epidemiológicas. Igual que la hipertensión, el fenómeno se explica por factores ambientales. El mayor sobrepeso de las mujeres de niveles socioeconómicos bajos provoca cambios en los lípidos y más resistencia a la insulina. Puede deberse a la menor actividad física de la mujer en la menopausia, ya que en corto lapso reduce su trabajo físico, pues los hijos mayores requieren menos atención. Este fenómeno no se encuentra en culturas donde las mujeres tiene menos hijos y más participación en actividades económicas y sociales. El efecto del ejercicio físico sobre el colesterol HDL y sobre la mayor sensibilidad a la insulina en las mujeres mexicanas ha sido informado por Sowers y colaboradores. Se ha propuesto que la paridad se asocia con mayor frecuencia de diabetes, según el estudio de Rancho Bernardo, Cal., pero esto debe confirmarse en poblaciones con paridad alta como México.<sup>13</sup>

#### **2.4.2. Osteoporosis.**

Nos dice Malacara,<sup>14</sup> la pérdida ósea es un problema epidemiológico relacionado con la privación de estrógenos en la menopausia. Su importancia radica en la alta mortalidad vinculada con la fractura de cuello de fémur en los ancianos, y en la considerable morbilidad por fracturas de columna y otros sitios del esqueleto.

---

<sup>13</sup> CARRANZA Sebastián, Atención integral del climaterio. . 1998, p p. 353

<sup>14</sup> MALACARA L. Álvarez Aspectos psicosociales relacionados con la mujer menopausica. Endocrino1 México 1998

La masa ósea máxima se alcanza cerca de los 35 años de edad y pronto se inicia una lenta e inexorable pérdida, que se acelera en la menopausia. Dicha pérdida ósea se relaciona con la privación de esteroides sexuales, y ello se observa tanto en la menopausia como en la amenorrea de las atletas, así como con el hipogonadismo en general. La adquisición de la masa ósea máxima y la pérdida posterior también dependen de factores raciales y genéticos, de otras hormonas, de factores nutricionales y del estilo de vida.

Los factores raciales y genéticos son quizá los más importantes. Se afirma que las fracturas por osteoporosis son más frecuentes en los países escandinavos, que en los países en desarrollo. En Estados Unidos, los individuos negros sufren menos fracturas que los blancos, y los negros de África las tienen aun con menor frecuencia. Los estudios en gemelos indican más influencia de los factores ambientales. La naturaleza de los factores genéticos se desconoce, pero se ha relacionado la asociación de variantes alélicas del receptor de la vitamina D con la osteoporosis en la menopausia.

Después de los 44 años de edad, la pérdida ósea es aparentemente obligada; en los varones a una velocidad de 0.5% anual, y en las mujeres menopáusicas, a 1% anual. Las hormonas sexuales, en especial los estrógenos y los andrógenos, se consideran los factores hormonales más importantes durante la edad madura. Se calcula que la cantidad mínima de estradiol circulante necesaria para impedir la pérdida ósea es de 100 pg/ml. Los estrógenos también previenen la pérdida ósea en la edad avanzada. Desde el punto de vista epidemiológico, la pérdida ósea en una población se relaciona con la edad en que inicia la menopausia, la frecuencia de las irregularidades menstruales y la prevalencia del uso de la terapia hormonal de reemplazo. La obesidad también es importante pues, como se mencionó, las mujeres obesas menopáusicas tienen cierto grado de estrogenización por la conversión de andrógenos suprarrenales a estrógenos en el tejido adiposo.

Otros factores hormonales propuestos recientemente son la hormona del crecimiento, el factor de crecimiento semejante a la insulina I (IGF-I) y la insulina. La hormona del crecimiento y el IGF-I son factores anabólicos que permiten conservar las proteínas, y ambos disminuyen en la edad avanzada, lo que

favorece el catabolismo. Recientemente se ha mencionado a la insulina en la conservación ósea y se ha especulado que la hiperinsulinemia del obeso constituye un factor adicional que permite mayor densidad ósea. Shaw y colaboradores han señalado que la diabetes está vinculada con pérdida de la densidad mineral ósea.

De los factores relacionados con el estilo de vida, la actividad física es el más importante para la masa ósea, especialmente si repercute en la carga de peso. Hay abundante evidencia de la rápida desmineralización causada por la inmovilización o la ausencia de gravedad, y de la mayor densidad ósea de las personas que siguen un entrenamiento físico. No hay información sobre la cantidad y tipo de ejercicio necesario para disminuir la pérdida ósea en la menopausia. Las actividades en las que se soporta peso como correr caminar y los deportes de raqueta, son más efectivas para mantener la masa ósea que aquellas en las que no, como la natación o el ciclismo. Sin embargo, para personas de mala condición física o con fracturas previas, los ejercicios en los que no se soporta peso pueden ayudar a la conservación ósea al aumentar la fuerza muscular <sup>15</sup>. El tabaquismo aumenta la inactivación hepática de los estrógenos y favorece la pérdida ósea, que es mayor en la posmenopausia. En cuanto al alcoholismo, hay menos información, pero la ingestión moderada de alcohol afecta poco la masa ósea.

De los factores nutricionales, dada la baja prevalencia de la osteoporosis en los países en desarrollo, se ha supuesto que la dieta, y en particular la ingesta de calcio, afectan poco la masa ósea. Sin embargo, en dichos países, complementos de calcio que se administran a los adolescentes y a las mujeres menopáusicas permiten conservar mejor la masa ósea. La obesidad protege contra la osteoporosis y constituye una de sus pocas ventajas biológicas. Este factor opera a través de cuando menos tres vías: el efecto gravitatorio del sobrepeso, la mayor estrogenización de la mujer menopáusica obesa y los mayores niveles de insulina que se observan en la obesidad. A pesar de ello, sería inaceptable recomendar a

---

<sup>15</sup> CARRANZA Sebastián, Atención integral del climaterio. 1998, p.p. 353

las mujeres la obesidad para evitar la osteoporosis. Este aspecto ilustra cómo el análisis de los problemas epidemiológicos de la menopausia no ofrece respuestas sencillas. Las propuestas para mejorar la salud en este periodo de la mujer, desde el inicio de la menopausia hasta su muerte, deben considerar globalmente los síntomas físicos y emocionales, y los riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, hipertensión, diabetes y las neoplasias frecuentes.

## **2.5. DIVISIONES DEL CLIMATERIO**

Antes de abordar este tema es necesario definir algunos términos, sobre los cuales no existe un acuerdo universal, pero que permitirán saber a qué nos referimos.<sup>16</sup>

Se presentan varias definiciones relativas a climaterio y menopausia por considerar que es conveniente conocer los conceptos de varias escuelas y además observar la intención de aplicar estas denominaciones en diferentes áreas médicas y sociales.

### **2.5.1. Premenopausia**

"Comprende los años anteriores y próximos a la menopausia"

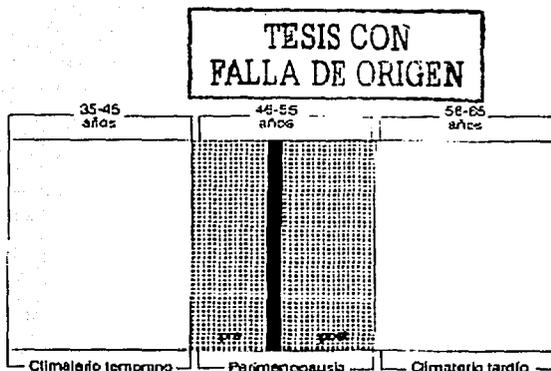
"La premenopausia puede tener el carácter de precoz (10-5) o de tardía (5-1)"

### **2.5.2. Climaterio**

"El climaterio comprende tres décadas: de los 35 a 45 años es el climaterio temprano, de los 46 a los 55 años abarca la pre y la postmenopausia y de los 56 a los 65 es el climaterio tardío" (Fig. 1).

---

<sup>16</sup> [www.inper.edu.mx/gineco](http://www.inper.edu.mx/gineco). Climaterio, familia y sexualidad. Miquel Luçones Botell



Definición diagramática del climaterio.

Fig. 1

"Según Morris Notelovich, el climaterio principia a los 35 años y termina 30 años después. Basa esta aseveración en que algunos hechos biológicos se alcanzan a los 35 años, como por ejemplo la madurez de la masa ósea y es entre los primeros y medianos años de los sesentas en que se aprecian las consecuencias de la deficiencia del hueso (probablemente otros factores) manifestadas por la presentación clínica de fracturas de las vértebras. Señala también que la edad de 65 años marca la línea divisoria entre la edad media y la vejez".

Climaterio proviene del griego *climater* (peldaños o escalones de escalera) y connota una transición gradual con cambios psicológicos y biológicos.

Es el lapso que comprende el tránsito de la mujer del estado productivo y fértil a la etapa marcada por la declinación de la función ovárica.

Se puede tomar en consideración, para esta definición, el periodo que comprende entre la fecha en que se alcanza la máxima formación ósea (28-38 años) y el tiempo en que no se producen cambios en la misma derivados de la acción hormonal natural.

"El climaterio es el periodo transicional entre la terminación normal de la capacidad reproductiva y la senescencia."

"Otra definición señala que el climaterio se inicia entre seis y ocho años antes de la última menstruación y se prolonga después por un tiempo indefinido dentro del proceso de envejecimiento."

"Se puede definir el climaterio como una endocrinopatía, en la cual el perfil de cambios hormonales de origen ovárico están asociados con efectos sobre tejidos blanco, dentro y fuera de la pelvis."

"El término climaterio se refiere al intervalo de tiempo durante el cual disminuye el potencial reproductivo, con manifestaciones clínicas, marcando la transición en el periodo reproductivo de la vida."

"El climaterio comprende tres décadas: de los 35 a 45 años es el climaterio temprano, de los 46 a los 55 años abarca la pre y la postmenopausia y de los 56 a los 65 es el climaterio tardío".

Aunque se utiliza con diferentes significados, aquí se tomará como el periodo de involución ovárica que comienza cuando hay alteraciones bioquímicas, reproductivas o clínicas, ocasionadas por la disminución de las funciones ováricas de producción hormonal o de gametos, y que termina con el inicio de la senectud, cuando se estabiliza la función ovárica residual de secreción de esteroides. Generalmente se considera desde los 35 hasta los 60 años, aunque estos límites son poco precisos.

### **2.5.3. Perimenopausia**

La perimenopausia es el periodo que comprende unos cuantos años antes y después de la menopausia, pudiendo presentarse en el mismo anomalías menstruales, síntomas vasomotores y atrofia genital. La perimenopausia abarca los años cercanos anteriores y posteriores a la fecha en que definitivamente cesan las menstruaciones (46-48 / 50-55)".

"Climaterio proviene del griego climater (peldaños o escalones de escalera) y connota una transición gradual con cambios psicológicos y biológicos".

Etapa del climaterio alrededor de la menopausia que comienza cuando aparecen los trastornos menstruales y endocrinos, y se prolonga hasta que puede asegurarse que realmente se presentó la menopausia, cuando ha transcurrido un año de amenorrea. Su duración es muy variable, dos a ocho años antes de la menopausia y un año posterior a ella. Algunos autores consideran esta etapa como transición a la menopausia o insuficiencia ovárica incipiente.

#### **2.5.4. Menopausia**

La menopausia es para el climaterio lo que la menarquia es para la adolescencia.

Menopausia se refiere al momento de la amenorrea completa y final.

El término menopausia se aplica al último período menstrual, el cual ocurre usualmente después de algunos años de iniciado el climaterio.

La menopausia es una consecuencia inevitable del envejecimiento de la mujer.

Endocrinológicamente representa un amplio concepto de falla progresiva de la función ovárica. Esa situación se presenta entre los 40 y 60 años de edad.

La menopausia es consecuencia de la terminación de la ovulación y de la pérdida de la producción estrogénica.

La menopausia es un evento multifacético en la vida de la mujer.

La menopausia es un tiempo en que la mujer ya no experimenta los inconvenientes asociados con las menstruaciones, cuando la mujer está libre de la dismenorrea y no teme a embarazos no deseados.

La menopausia marca el fin de la vida reproductiva, con sueños a veces no realizados y comienza el tiempo en que se incrementa el riesgo de la salud, como con sécula verdadera menopausia se alcanza cuando ya no existe ninguna respuesta de los últimos y restantes folículos a los estímulos críticos gonadotrópicos dejando de producir estradiol y desarrollo endometrial.

Se considera como menopausia la fecha en que se presenta la última menstruación y éstas no ocurren en los doce meses posteriores.

La menopausia para algunas mujeres marca el cambio hacia la iniciación de relaciones más completas y nuevos retos para el crecimiento psicológico positivo. La menopausia en términos simples es la transición del tiempo en que las pacientes menstruaban y podían tener hijos con el tiempo en que no hay menstruaciones y no se producen embarazos.

En términos técnicos se produce cuando los ovarios no laboran ya suficientes estrógenos para estimular apropiadamente el endometrio.

La menopausia es un hecho natural, siendo la fecha en que permanentemente cesan las menstruaciones debido a la pérdida de la función ovárica.

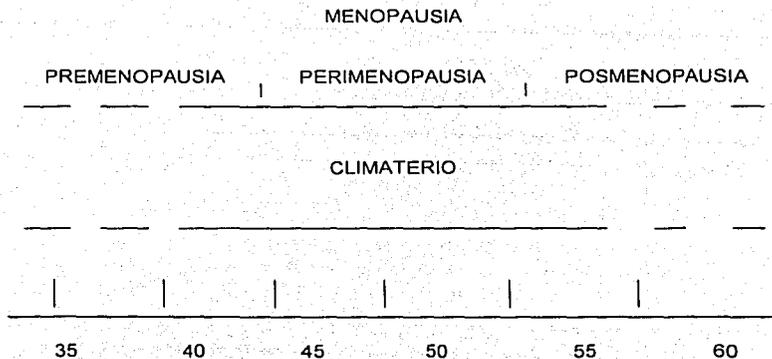
La menopausia puede significar un periodo crítico devastador e inevitable que anuncia la muerte, en cambio para otros se observa como una iniciación para alcanzar la felicidad, libre de embarazos y de menstruaciones inconvenientes y molestas.

**"La menopausia es para el climaterio lo que la menarquia es para la adolescencia."**

La menopausia es un evento neuroendocrino caracterizado por el agotamiento de los folículos como consecuencia de los cambios en la producción de gonadotropinas.

Cesación definitiva de la menstruación como consecuencia de la insuficiencia ovárica. Corresponde al último sangrado menstrual, que se presenta, en promedio, entre los 47 y 50 años de edad en diferentes poblaciones. Su diagnóstico sólo puede hacerse en forma retrospectiva cuando ha transcurrido un año de amenorrea.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> [www.inper.edu.mx/qineco\\_Climaterio\\_familia\\_y\\_sexualidad\\_Miguel\\_Lugones\\_Botell](http://www.inper.edu.mx/qineco_Climaterio_familia_y_sexualidad_Miguel_Lugones_Botell)



### 2.5.5. Posmenopausia

La posmenopausia abarca los años posteriores y cercanos a la fecha en que definitivamente cesan las menstruaciones (50-54).

La posmenopausia temprana abarca de cero a cuatro años después de la menopausia y la tardía es de cinco años en adelante.

Siempre se debe utilizar este término cuando se refiere a hechos desarrollados después de la menopausia.

La posmenopausia se caracteriza por cambios endocrinos posteriores a la menopausia con expresiones clínicas importantes.

La posmenopausia se establece por la pérdida de la secreción hormonal ovárica; su tratamiento es considerado como una acción terapéutica y preventiva de la salud de alta prioridad.

Tiempo del climaterio posterior al establecimiento de la menopausia.

## 2.6. SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA.

Nos dice Carranza <sup>18</sup> el climaterio se presenta con una serie de cambios en todo el organismo provocada por el hipoestrogenismo, lo que genera signos y síntomas de diferente intensidad. Se calcula que aproximadamente 85% de las mujeres padece síntomas relacionados con la menopausia; 75% de ellas los padece durante uno a cinco años, mientras que 25% por un tiempo mayor. De las mujeres sintomáticas, 35% los experimenta en forma intensa y 65% en forma leve

Los síntomas pueden dividirse en específicos e inespecíficos

Los primeros se vinculan principalmente con la disminución en los niveles de estrógenos, mientras que los segundos, además del hipoestrogenismo, pueden tener relación con múltiples entidades como hipertiroidismo, síndrome carcinoide, laberintitis e infecciones urinarias, entre otras.

<i>Síntomas específicos</i>	<i>Síntomas inespecíficos</i>
Bochornos Resequedad vaginal Alteraciones psicológicas Disminución de la libido	Sudoración Palpitaciones Parestesias Cefalea Insomnio Vértigo Incontinencia urinaria Polaquuria Disuria Dispareunia Nerviosismo Irritabilidad Depresión

Los síntomas también pueden catalogarse en cuatro grandes grupos:

<sup>18</sup> CARRANZA Sebastián. Atención integral del climaterio. 1998, p p. 353

<i>Grupos</i>	<i>Síntomas</i>
Vasomotor	Bochornos, sudoración, palpitaciones, parestesias, cefalea, insomnio y vértigo
Urogenital	Resequedad vaginal, incontinencia urinaria, polaquiuria, disuria, dispareunia, alteraciones menstruales
Psicológico	Labilidad emocional, disminución de libido, nerviosismo, irritabilidad, depresión.
Metabólico	Alteración de la relación entre lipoproteínas que lleva a aterosclerosis, osteoporosis

## 2.7. Síntomas vasomotores

Estos se originan por la inestabilidad del centro termorregulador del hipotálamo, condicionados por la menor concentración de estrógenos circulantes. Los bochornos se han relacionado con la disminución de los estrógenos y se ha observado que se vinculan con los picos en la secreción de hormona luteinizante(LH); sin embargo, se ha descartado que éstos sean la causa del mismo, ya que aun después de la disminución de esta hormona, los bochornos se siguen presentando. Esto significa que la secreción de LH no es un requisito para la presentación del bochorno.

Por otra parte, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) no parece asociarse con el inicio del bochorno, al parecer, el centro productor de la GnRH es el que tiene relación con el centro termorregulador, modulado por la regulación dopaminérgica, adrenérgica y opióide. Se ha observado que las concentraciones de adrenalina se incrementan durante el bochorno, mientras que las de noradrenalina disminuyen. Las concentraciones de betaendorfina, betalipotropina, hormona adrenocorticotrópica, cortisol, dehidropediandrosterona y androstendiona se incrementan durante el bochorno, pero el pico máximo ocurre después de que los síntomas desaparecen. Se puede afirmar que la disminución en las

concentraciones de estrógenos condiciona el bochorno, pero el mecanismo de la respuesta que acompaña a éste no es del todo conocido.

Clínicamente, muchas mujeres experimentan la premonición de que el bochorno se avecina, a través de estados de ansiedad, sensación de presión en la cabeza y hormigueo. En el período inmediato a la presentación del bochorno (5 a 60 seg.) la frecuencia cardíaca y el flujo sanguíneo se empiezan a incrementar.

Al inicio del bochorno se presenta sudoración de predominio en la parte superior del cuerpo, con un incremento en la resistencia de la piel. La sensación principal de calor interno, aunque la temperatura corporal no se incrementa. El flujo sanguíneo cutáneo aumenta y la frecuencia cardíaca continúa acelerándose (4 a 35 latidos/min), mientras que la temperatura de la piel se incrementa, particularmente en dedos de pies y manos (1 a 7°C).

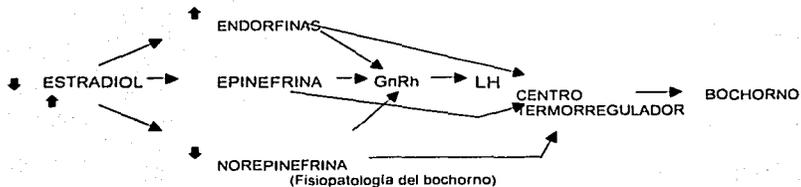
Por otra parte, el enfriamiento por evaporación condiciona que la temperatura de la piel caiga principalmente en la frente y el pecho, donde la sudoración es importante, lo que motiva que la mujer realice maniobras para disipar el calor.

La vasodilatación, la sudoración y los cambios conductuales, condicionan un decremento en la temperatura interna de 0.1 a 0.9°C, llegando al punto más bajo entre cinco y nueve minutos después de la aparición del bochorno y, si la pérdida de temperatura es importante, se tiene la sensación de temblor y escalofrío según el bochorno se resuelva. Lo anterior facilita el retorno de la temperatura corporal a los niveles normales en un lapso de 30 minutos o más, dependiendo de la temperatura de la piel y del ambiente.<sup>19</sup>

Estos cambios se pueden presentar desde dos a tres veces al día hasta varias veces por hora, lo que provoca ansiedad e irritabilidad en la paciente. Esto, aunado a la falta de sueño, genera fatiga crónica, que llega a combinarse con alteraciones en la dinámica familiar, derivadas de los intentos por disminuir la sensación de calor, mediante actitudes con las cuales los miembros de la familia pueden estar en desacuerdo.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> BEARE/MYERS, "Enfermería medicoquirúrgica", 199 7, pp 1224

<sup>20</sup> CARRANZA Sebastián, Atención integral del climaterio. 1998, p p 353



### 2.7.1. Síntomas urogenitales

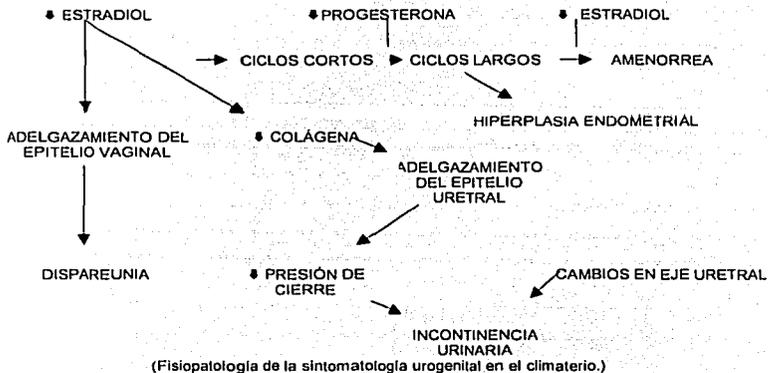
Estos síntomas pueden ser diversos: ciclos cortos o prolongados, condicionados los primeros por fases luteínicas deficientes secundarias a fases foliculares corta, y los segundos por anovulación, y al final, amenorrea como consecuencia del hipoestrogenismo grave, al presentarse el "agotamiento" folicular.

A nivel vaginal, el hipoestrogenismo se manifiesta en la citología por una modificación de las poblaciones celulares, al disminuir el número de células superficiales y aumentar el de parabasales e intermedias, llevando el índice de maduración hacia la teleatrofia o hacia la atrofia de células intermedias. La disminución en las poblaciones celulares se asocia con adelgazamiento del epitelio, atrofia y menor resistencia al traumatismo, lo que condiciona dispareunia y sangrado. Adicionalmente, el hipoestrogenismo provoca una disminución de la flora vaginal (lactobacilos), la cual incrementa el pH vaginal y predispone a infecciones por microorganismos saprofitos.

A nivel urinario, se ha observado que disminuye la colágena y que el epitelio uretral sufre atrofia, lo que se traduce en una menor continencia urinaria; asimismo, pueden presentarse síntomas urinarios del tipo polaquiuria, urgencia e incontinencia.

La producción de estrógenos sin oposición por progesterona, propia del climaterio premenopáusico, lleva a un mayor riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio. En la posmenopausia, la mujer puede cursar con sangrado, el cual se debe

generalmente a atrofia, pero debe estudiarse por la posibilidad de ser secundario a un proceso maligno, sobre todo en pacientes obesas que producen una mayor cantidad de estrógeno. Es conveniente mencionar que de una muestra de mujeres a quienes se realizó biopsia de endometrio en la premenopausia, 61% presentó endometrio atrofico o hipotrofico, 15% endometrio proliferativo y 13% hiperplasia simple; en la posmenopausia, 42% fue atrofico; 24%, proliferativo, 24%, secretor (30% con desfase) y 9.3%, con hiperplasia.

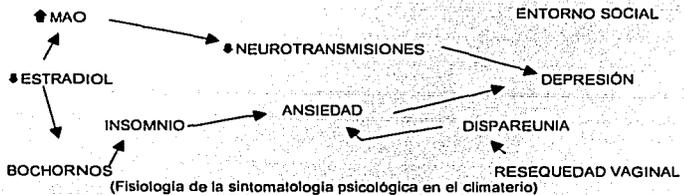


## 2.7.2. Síntomas Psicológicos

Los síntomas del climaterio no tienen que ver sólo con algo físico. Muchas mujeres en esta etapa viven situaciones por las que nunca habían atravesado. Por ejemplo, a esta edad suelen morir sus padres; la muerte está más cerca. Los hijos se van de la casa y no los tienen que atender más. Les queda más tiempo libre. Se hacen abuelas. Esta crisis vital significa cambio. El climaterio, se dice, es la etapa que precede al comienzo de la vejez.

A nivel psicológico, existen cambios condicionados por el entorno social, pero también se sabe que las concentraciones bajas de estrógenos repercuten de distinta manera y en diferentes sitios del sistema nervioso central. Algunos de los cambios psicológicos se han atribuido a la disminución de neurotransmisores en el espacio intersináptico, ya que la actividad de la monoaminoxidasa es mayor en ausencia de estrógenos, además, el estrógeno aumenta la liberación de noradrenalina e inhibe la acción de la monoaminoxidasa. La disminución de la libido se ha atribuido a la menor cantidad de estrógenos y de andrógenos ováricos.<sup>21</sup>

Se ha observado que los estrógenos estimulan la arborización y el número sinapsis en el animal lesionado, probablemente a través de factores neurotróficos. La memoria depende de la inervación colinérgica del hipotálamo, el hipocampo, el sistema límbico y la corteza cerebral, pero está modulada por estrógenos, por lo que éstos previenen la degeneración del cerebro.



En suma, tanto los cambios fisiológicos como los cambios sociales provocan modificaciones en la esfera psicológica durante el climaterio.<sup>22</sup>

### 2.7.3. Síntomas metabólicos

Los cambios metabólicos se vinculan con la alteración de la relación de lipoproteínas de alta y baja densidad, que incrementa el riesgo de aterosclerosis.

<sup>21</sup> [www.rionegro.com.ar/salud/4-990318.htm](http://www.rionegro.com.ar/salud/4-990318.htm) El climaterio y el síndrome del nido vacío

<sup>22</sup> CARRANZA Sebastián, *Atención integral del climaterio*, 1998, p p 353

Además, el hipoestrogenismo modifica la absorción de calcio y desaparece el efecto trófico sobre el hueso, lo cual, a largo plazo, puede causar osteoporosis.

Síntoma	España (%)	Estados Unidos (%)	México (%)
Bochornos	55	78	52
Sudoración	44	64	54
Parestesias	7.4	52	50
Nerviosismo	15	45	-
Cefalea	18	40	40
Palpitaciones	30	38	42
Dolor muscular o artralgias	37	35	22
Estado depresivo	38	18	49
Astenia psíquica	-	12	-
Dispareunia	56	-	-
Resequedad vaginal	69	-	-
Disminución de libido	15	-	21
Irritabilidad	49	-	34
Incontinencia urinaria	18	-	34
Astenia	3.7	8	38

(Frecuencia de síntomas presentados por posmenopáusicas, según el país)

## 2.7.4. CAMBIOS ENDOCRINOS

### 2.7.4.1. Insuficiencia ovárica prematura

Es cuando la menopausia se presenta antes de los 35 años de edad. Anteriormente se consideraba menopausia precoz.

De acuerdo con estos conceptos, se analizarán fundamentalmente tres puntos con relación al climaterio: 1) los cambios morfológicos del ovario, 2) las modificaciones en la producción de hormonas hipofisarias y ováricas, y 3) la foliculogénesis y producción de ovocitos.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> PARISER S.F. "Women and mood disorders menarche o menopause" and-clinpsychiatry. 1993;

### **2.7.4.2. CAMBIOS MORFOLÓGICOS DEL OVARIO**

La perimenopausia es un periodo de involución del circuito funcional conformado por el hipotálamo, la hipófisis y los ovarios. Generalmente se ha considerado que la falla de este sistema comienza por el ovario. Sin embargo, también se ha mencionado la disminución de la sensibilidad hipotalámica a la retroalimentación negativa de los estrógenos, así como una menor respuesta de los gonadotropos hipofisarios a la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH).

En la premenopausia pueden existir ciclos menstruales regulares, aunque la reserva ovárica ya esté reducida. Las irregularidades menstruales durante la perimenopausia varían ampliamente.

Durante el climaterio haya una disminución progresiva de los últimos folículos primordiales, hasta llegar a su extinción en la perimenopausia. El ovario en la posmenopáusica es una estructura atrófica, amarillenta, opaca, con superficie rugosa que pesa menos de 10 gramos. Al microscopio se aprecia que la corteza es delgada, con escasos folículos y en ocasiones puede haber hiperplasia del estroma. La médula es proporcionalmente mayor que la corteza, presenta hábeas albicans y células hiliares.

En consecuencia, se observan cambios en los estudios de imagen del ovario después de la menopausia, principalmente por ecografía, donde se aprecia disminución del tamaño de los ovarios y ausencia de zonas ecolúcidas, debido a la falta de folículos en desarrollo.<sup>24</sup>

## **2.8. Modificaciones en la producción de hormonas hipofisarias y ováricas**

### **2.8.1. Gonadotropinas hipofisarias**

La secreción de la hormona estimulante del folículo (FSH) y la hormona luteinizante (LH) varía considerablemente durante la perimenopausia, tanto de una

---

<sup>24</sup> LOEWIT K Hormone treatment of sex disorders in menopause-causal therapy of placebo. Geburtshilfe frauenheilk 1993,53. 814-818

mujer a otra como en la misma paciente en diferentes tiempos, debido a alteraciones hormonales transitorias. Algunas personas presentan cifras de gonadotropinas similares a las de mujeres en la etapa reproductiva, y otros aumentos transitorios de FSH y LH, parecidos a los de mujeres después de la menopausia. Es importante mencionar que durante la perimenopausia se pueden presentar patrones de secreción de gonadotropinas no observados durante la vida reproductiva anterior al climaterio, como incremento de FSH y LH con niveles mayores de estrógenos, incremento de FSH sin aumento de LH, así como elevación persistente de LH con FSH en límites normales para la fase folicular temprana. Los episodios frecuentes durante la perimenopausia, y dichos episodios se presentan cada vez más a menudo, hasta hacerse continuos cerca de la menopausia.

Después de la menopausia, los niveles de FSH pueden llegar a incrementarse más de 10 veces, y las concentraciones de LH, cerca de tres veces con respecto a los valores encontrados durante la vida reproductiva, hasta alcanzar los valores máximos después de uno a tres años, para luego disminuir paulatinamente.

No se ha aclarado si la disminución en la producción de esteroides sexuales e inhibina, provocada por la reducción de folículos en desarrollo, condiciona el aumento de las gonadotropinas o si el incremento de estas hormonas hipofisarias determina la desaparición acelerada de los últimos folículos ováricos.

Las concentraciones circulantes de gonadotropinas y estrógenos en suero se muestran en el cuadro. Por medio de estudios cromatográficos se ha observado la presencia de distintas formas moleculares de FSH y LH en el suero de pacientes con insuficiencia ovárica prematura en comparación con mujeres durante la vida reproductiva o, en otro caso, con menopausia fisiológica.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> LOEWIT K. "Hormone treatment of sex disorders in menopause-causal therapy of placebo. Geburtshilfe frauenheilk 1993;53: 814-818

### 2.8.2. Inhibina

La inhibina es una hormona glucoproteica, producida por los folículos en crecimiento.

La disminución de la reserva ovárica, es decir, la presencia de un número menor de folículos, reduce gradualmente la producción de inhibina, lo que provoca aumento de la secreción de FSH, inicialmente en la premenopausia, cuando todavía hay regularidad menstrual, y después en la perimenopausia, cuando se asocia con menor secreción de estrógenos. Durante los meses siguientes a la menopausia disminuyen todavía más los niveles de inhibina, y en los años siguientes ya no es posible detectarla.<sup>26</sup>

### 2.8.3. Estrógenos

Debido a la extinción de los folículos, la mujer tiende a producir menor cantidad de estrógenos. La principal alteración hormonal durante el climaterio es la disminución de la producción de estradiol; pero también se reduce la de estrona que se convierte en el estrógeno más abundante en la posmenopáusica, debido a la aromatización de androstendiona, fundamentalmente a nivel periférico extraglandular, y en menor grado en el estroma ovárico.

La producción de estrógenos es variable y episódica durante la perimenopausia. El patrón más frecuente es el de secreción baja de estrógenos y alta de gonadotropinas; además, pueden encontrarse concentraciones aumentadas de estrógenos con diferentes niveles de FSH y LH. Las concentraciones de estradiol pueden llegar a ser tan bajas que provoquen la aparición de los síntomas del síndrome climatérico.

<i>Hormona</i>	<i>Vida reproductiva</i>	<i>Posmenopausia</i>
FSH (mUI/ml)	<20	>30
LH (mUI/ml)	<30	>40
E <sub>2</sub> (pg/ml)	>30	<30

<sup>26</sup> GUYTON C Arthur, MD, may E. John, Ph. D. "Fisiología femenina antes de la gestación y hormonas femeninas". Tratado de fisiología médica. México, 1996. p p 1115-1132

Concentraciones de gonadotropinas hipofisarias y estradiol consideradas generalmente límites en la posmenopausia.

#### **2.8.4. Andrógenos**

El ovario climatérico es un órgano funcional, sitio de recepción y acción de las gonadotropinas, el cual produce principalmente andrógenos.

La androstendiona circulante disminuye significativamente durante el climaterio, mientras que los ovarios en la premenopáusia contribuyen con la mitad de la producción total, en la posmenopausia sólo aportan 20% y las suprarrenales, el 80% restante. Sin embargo, los ovarios después de la menopausia producen más androstendiona que testosterona.

La testosterona circulante también disminuye en el climaterio, pero no en la misma proporción que la androstendiona. La secreción ovárica de testosterona baja ligeramente, pero la producción fuera del ovario disminuye significativamente. Por esta razón, la contribución ovárica a la producción total aumenta de 25% en la premenopausia a 40% en la posmenopausia.

La insuficiencia ovárica prematura es un modelo que puede compararse a la menopausia fisiológica en la producción esteroide.

### **2.9. Folículo génesis y producción de ovocitos**

#### **2.9.1. Frecuencia de ovulación**

Las mujeres en la perimenopausia presentan aproximadamente entre 5 y 12 ciclos menstruales por año y ovulan en cerca de la mitad de ellos. Durante esta etapa existe gran variabilidad en cuanto a la presencia de ovulación, la cual se observa cada vez menos a medida que transcurre el tiempo, principalmente en los ciclos largos, mayores de 35 días. Asimismo, se ha demostrado indirectamente ovulación en los cuatro primeros meses después de la menopausia.

La mujer en etapa reproductiva tardía, mayor de 32 años, experimenta una recuperación retrasada de la función ovárica después de un parto, con relación a la mujer en la vida reproductiva media, de 20 a 32 años, considerada como la etapa más adecuada para la gestación.

La inducción de la ovulación en la mujer con amenorrea y con gonodotropinas aumentadas consigue que una quinta parte de los ciclos sean ovulatorios (19%), pero que en pocos ciclos se llegue a concebir (5%), y se logre el embarazo excepcionalmente (2%).

Andrógeno	Premenopausia			Posmenopausia		
	Ovárica	No ovárica	Total	Ovárica	No ovárica	Total
Androstendiona (mg/día)	1.5 (50%)	1.5 (50%)	3.0	0.3 (20%)	1.2 (80%)	1.5
Testosterona (ug/día)	60 (25%)	190 (75%)	250	60 (40%)	120 (60%)	180

(Cambios en la producción de andrógenos durante el climaterio)

Promedio de las concentraciones de androstendiona y testosterona en un grupo testigo de mujeres en etapa reproductiva (fase folicular temprana) y otro de pacientes con insuficiencia ovárica prematura (IOP), después de la inhibición con dexametasona y la estimulación con hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Las áreas sombreadas corresponden a las diferencias entre la respuesta promedio para cada hormona, considerando la producción del grupo testigo como 100% del área bajo la curva, con una proporción más alta de androstendiona que de testosterona. Las áreas sombreadas indican la contribución ovárica a la síntesis de esteroides en mujeres del grupo testigo, y las áreas no sombreadas representan la producción periférica y suprarrenal con mínima participación de los ovarios en el grupo con insuficiencia ovárica prematura.

### 2.9.2. Calidad del óvulo

Los programas de fertilización asistida han hecho patente que después de los 40 años, la mujer tiene menor probabilidad de concebir. Esto puede deberse a la calidad inadecuada del ovocito o a la receptividad deficiente del endometrio.

Se han diseñado estudios para determinar en que medida participa cada uno de estos factores y se ha observado que la donación de ovocitos de mujeres jóvenes a pacientes mayores de 40 años aumenta la probabilidad de embarazo, lo que demuestra que la calidad deficiente de los óvulos es el principal factor que impide la concepción.<sup>27</sup>

### 2.10. Alteraciones Óseas

La disminución de estrógenos que registran las mujeres al llegar al climaterio es uno de los factores de riesgo más importantes para la osteoporosis, mal que ha sido denominado como la "enfermedad silenciosa".

El apelativo se debe a que el deterioro óseo se desarrolla progresivamente a través de los años, avanzando de manera indolora y de modo tal que la gente no sabe que padece la enfermedad hasta que se fractura un hueso. El reumatólogo y experto en osteoporosis, doctor Jaime Bravo, asegura que existe gran confusión en el público sobre esta enfermedad ya que "muchos creen erróneamente que es debido a ella que le duelen las articulaciones o los huesos, en circunstancias que la osteoporosis no duele, excepto cuando hay fracturas".

La osteoporosis afecta a los huesos, haciendo que éstos se tornen más frágiles y se fracturen con extrema facilidad, especialmente los brazos, columna vertebral y caderas. Según el doctor Bravo, "se registra un mayor número de casos por fracturas osteoporóticas que la suma de casos de cáncer de mamas, útero y los

<sup>27</sup> CARRANZA Sebastián, Atención integral del climaterio, 1998, p.p. 353

infartos juntos". Estimaciones médicas señalan que alrededor del 25 por ciento de las mujeres mayores de 50 años podrían tener osteoporosis.

Durante las últimas etapas de la vida, las fracturas de cadera constituyen uno de los problemas más frecuentes entre las mujeres.

Alrededor del 80% de los pacientes que sufre este tipo de fracturas son incapaces de caminar después de transcurridos 6 meses y un 20 por ciento de ellos fallece en el lapso de un año.

### **2.11. FACTORES DE RIESGO**

La única manera de prevenir las fracturas por osteoporosis es mejorando la formación de los huesos. Según explica la endocrinóloga, Paula Rojas, "esto se logra siguiendo una alimentación que contemple alimentos ricos en calcio durante toda la vida". Asimismo, el consumo de vitamina D, presente en la carne y derivados lácteos, permite fijar dicho mineral a los huesos. Además, es importante tomar una cantidad apropiada de sol ya que el organismo forma la vitamina D a partir de la luz solar.

Otras medidas de prevención son dejar de fumar, hacer ejercicios regularmente, no beber alcohol ni café.

El mejor tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica es la terapia de reemplazo hormonal mediante estrógenos. De existir alguna contraindicación para su consumo, se receta Raloxifeno, medicamento que tiene el mismo efecto en los huesos pero sin los efectos hormonales de los estrógenos. Otros medicamentos son los fijadores de calcio como el Alendronato y la Calcitonina (spray nasal) (27)

### **2.12. ÍNDICE DE KUPPERMAN**

Para evaluar la severidad de los síntomas a corto plazo se utilizó el índice de Kupperman que integra 11 parámetros, como son: fogajes, cefalea, depresión, debilidad, artralgias o mialgias, vértigo, insomnio, parestesias, nerviosismo,

calambres y palpitaciones los cuales se evalúan subjetivamente por parte de la paciente en una escala de 0 a 3, donde 0 representa ausencia del síntoma, 1 presencia leve, 2 moderado y 3 severo.

La gravedad y duración de los síntomas es muy variable, y el impacto sobre la calidad de vida de la mujer guarda relación directa con la intensidad y duración de los mismos, por lo que se ha tratado de determinar y cuantificar, realizándose índices de valoración clínica <sup>28</sup>

ÍNDICE DE KUPPERMAN	Constante	Intensidad 0-3	Total
Sofocos, sudores	4		
Parestesias	2		
Insomnio, alteraciones del sueño	2		
Irritabilidad, nerviosismo	2		
Humor depresivo, melancolía	1		
Vértigo, mareos	1		
Cansancio, debilidad	1		
Artralgias, mialgias	1		
Cefalea	1		
Palpitaciones	1		
Hormigueos	1		

La intensidad de los síntomas se valora del 0 al 3:

- ausente 0 - leve 1- moderado 2 -severo 3

Para calcular el índice de Kupperman, se multiplica cada constante por el grado de intensidad y después se suman.

Consideramos sintomatología menupaúsica:

- ligera 15-20

-moderada 21-35

-severa +35

## **2.13. DIAGNOSTICO**

Este resulta muy confiable con base a los datos clínicos. La presencia de amenorrea por un período de 12 meses o más, en unión de los síntomas vasomotores característicos, son habitualmente suficientes para establecer el diagnóstico.

### **2.13.1 Diagnóstico clínico**

Debe realizarse un interrogatorio sobre los antecedentes de la paciente: insuficiencia ovárica en familiares, galactosemia, parotiditis, presencia de enfermedades autoinmunitarias, cirugías a nivel de ovarios, exposición a radiaciones o citotóxicos y tabaquismo.

Debe conocerse también la edad en que aparecieron los síntomas, ya que si éstos se presentan antes de los 40 años, bien pudiera tratarse de una insuficiencia ovárica prematura.

Respecto de los síntomas y signos, debe investigarse el tiempo de inicio, la intensidad, la frecuencia de presentación y la medicación recibida para su corrección, así como el tiempo de administración. Debe acompañarse de una exploración física completa.

El diagnóstico de síndrome climatérico es eminentemente clínico, y el de menopausia sólo puede establecerse en retrospectiva, después de que la mujer ha padecido amenorrea durante 12 meses.<sup>29</sup>

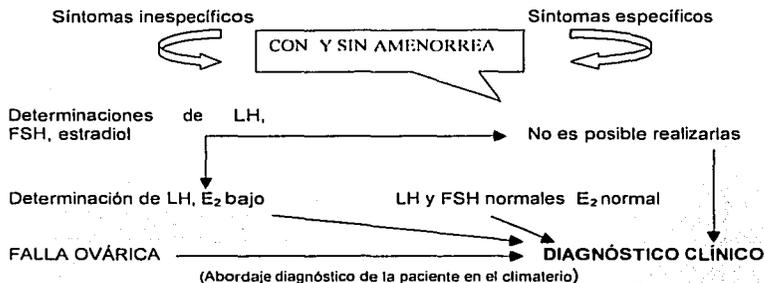
### **2.13.2. Diagnóstico hormonal**

En el diagnóstico puede ser útil la medición de hormona luteinizante (LH), hormona estimulante del folículo (FSH) y estradiol (E<sub>2</sub>). Los análisis deben realizarse entre el tercero y el quinto día del ciclo, si es que la paciente aún tiene periodos menstruales, o cualquier día, en el caso de presentar amenorrea.

<sup>29</sup> R Guadamuz Katuska, "el climatérico y menopausia". El climatérico o menopausia; 1998, 1-4

Se considera que un valor de FSH por arriba de 30 mUI/ml es indicativo de insuficiencia ovárica, si se asocia a una cifra de E<sub>2</sub> por debajo de 30 pg/ml. El incremento leve de la FSH mayor a 15 mUL/ml puede sugerir el diagnóstico, sobre todo durante la premenopausia cuando empieza a disminuir la inhibina, lo que permite que la FSH empiece a aumentar, aun con E<sub>2</sub> normal.

Se ha observado que existen ciclos ovulatorios ocasionales (entre 12 y 23% de los casos), lo cual puede llevar a errores en el diagnóstico, ya que las determinaciones en un ciclo pueden coincidir con un ciclo ovulatorio. Se ha observado que la sensibilidad de la determinación de FSH y E<sub>2</sub> es muy baja en el climaterio premenopáusico, sobre todo en obesas, dada la conversión periférica de andrógenos a estrógenos. Además, se han descrito tres patrones poco usuales de ganodotropinas y E<sub>2</sub>: 1) LH y FSH altas con E<sub>2</sub> alto y sin relación con el pico preovulatorio, 2) FSH alta con LH baja, y 3) LH alta sin incremento equivalente de FSH. Lo anterior debe tenerse en cuenta al evaluar a la mujer, ya que puede considerarse la ausencia de climaterio en la paciente.



Una vez que han pasado 12 meses de la menopausia, la determinación de FSH y E<sub>2</sub> refleja una sensibilidad elevada, pero está por demás realizar estos análisis, y que el diagnóstico clínico resulta obvio.

Es deber del personal de salud, además de diagnosticar el climaterio, valorar en forma integral a la paciente. Valorara las mamas, los genitales y diagnosticar trastornos metabólicos tales como hiperglucemia o dislipidemias; también debe

documentar el estado de la masa ósea, ya que todos estos aspectos coexisten en esta etapa de la vida.<sup>30</sup>

## 2.14. TRATAMIENTO

Existe una gran controversia sobre las ventajas y las desventajas del tratamiento estrogénico sustitutivo en la posmenopausia. Se ha observado un mayor riesgo de cáncer de endometrio con el tratamiento estrogénico, pero la adición de progesterona minimiza este aumento de riesgo. Solo unos pocos estudios han demostrado una relación entre el empleo de estrógenos y el cáncer de mama. Sin embargo, investigaciones actuales indican que los estrógenos orales no incrementan este riesgo; no obstante, se recomienda la realización de una mamografía para descartar el cáncer de mama subclínico antes de iniciar el tratamiento estrogénico. El tratamiento con estrógenos se ha mostrado eficaz para combatir los sofocos, la atrofia vaginal y la osteoporosis y para prevenir las enfermedades cardíacas.

El tratamiento con estrógenos orales suele administrarse en ciclos; es decir, 0,625 mg de estrógeno equino conjugado los días 1 a 25 y 10 mg de acetato de medroxiprogesterona los días 15 a 25. A continuación el ciclo se repite. Por lo general, es preferible emplear la menor dosis que alivie los síntomas, con el objetivo de retirar gradual y completamente la medicación. Las contraindicaciones absolutas para el tratamiento sustitutivo con estrógenos son las enfermedades cerebrovasculares, de la vesícula biliar, hepáticas y pancreáticas, la anemia de células falciformes y los antecedentes de infarto al miocardio, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o tumores dependientes de estrógenos de útero o mama.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> GUYTON C. Arthur, MD, may E. John, Ph. D. "Fisiología femenina antes de la gestación y hormonas femeninas". Tratado de fisiología médica. México, 1996 p p 1115-1132

<sup>31</sup> WESTERMANN Christian "Tratamiento estrogénico de reemplazo posmenopáusico". 1998, pag 41-49

Debe tenerse presente que la terapia hormonal tiene 2 propósitos fundamentales: por una parte aliviar y suprimir los síntomas relacionados con la deficiencia estrogénica, tales como bochornos, molestias urinarias, dispareunia, sequedad vaginal y trastornos psicológicos que acompaña a esta molestia. El segundo gran objetivo y el más importante en términos de expectativa de vida saludable, costo social y económico en la prevención de osteoporosis y la prevención del riesgo cardiovascular. El estradiol transdérmico está siendo evaluado como tratamiento de la osteoporosis a largo plazo.

La absorción de calcio disminuye con la edad y con la deficiencia de estrógenos, por lo que algunos autores recomiendan el empleo profiláctico de 1.000 – 1.500 mg/día de calcio, sobre todo en pacientes con osteoporosis. Sin embargo, esta medida aún es controvertida<sup>32</sup>.

Muchos médicos administran hormonas para el tratamiento de la depresión y otros síntomas psicológicos. Este tratamiento se justifica si tales síntomas resultan de la incapacidad de la mujer para hacer frente a sus trastornos físicos: p. Ej.: los bochornos. Sin embargo, en caso de que se deriven de incapacidad general para adaptarse al envejecimiento, el tratamiento hormonal no resultará adecuado<sup>33</sup>.

Para atender las necesidades de la mujer deberá cambiar algunos hábitos, evitando el sedentarismo, fumar, el exceso de peso, incrementar la actividad física, la dieta deberá ser rica en fibras, cereales, frutas y verduras frescas, la ingesta de origen animal deberá ser reducida al mínimo. Debe evitarse la ingesta de chocolate, de alcohol, exceso de café o bebidas estimulantes<sup>34</sup>

---

<sup>12</sup> BEARE/MYERS, "Enfermería medicoquirúrgica". 2ª edición 199 7, . pp.1224

<sup>11</sup> WESTERMANN Christian "Tratamiento estrogénico de reemplazo posmenopáusico". 1998, pag 41-49

<sup>11</sup> R. Guadamuz Katuska, "el climaterio y menopausia". El climaterio o menopausia. 1998, 1-4

## 2.15. ASPECTOS SOCIALES.

Las consideraciones que suelen hacerse sobre la esfera psicológica y emocional de la mujer durante la menopausia y el climaterio no siempre tienen una base real, contrastada, sino que muchas veces proceden de creencias y afirmaciones erróneas que se han ido asumiendo como verdaderas. Entre tales creencias las más extendidas son las siguientes:

- Todas las mujeres en la menopausia están angustiadas
- Es normal estar deprimida en la menopausia
- Con la menopausia se acaba la capacidad de disfrutar del sexo (en el modelo sexual de nuestra sociedad se sigue asociando sexualidad con reproducción).
- Cuando se llega a esta edad, ya no eres apetecible sexualmente.
- Es normal estar irritable, tensa, dolorida.
- Con la menopausia te sientes vacía, como si ya lo hubieras vivido todo.

Son creencias falsas, conceptos infundados pero todavía muy extendidos, que son asumidos como auténticos; generadores de expectativas negativas, nada reales, de esta etapa de la vida de mujer, que contribuyen –junto a otros factores– a la génesis de trastornos emocionales negativos que nada tienen que ver con un déficit de las hormonas estrogénicas.<sup>35</sup>

Las manifestaciones psicósomáticas de las mujeres que llegan a la etapa del climaterio dependen de la estructura de personalidad previa de cada una y de su historia psicológica. Cuando la mujer comienza a presentir la declinación de alguna de sus funciones, como consecuencia de la edad cronológica, aparecen una serie de síntomas orgánicos y psicósomáticos. La mujer que ha gozado y

<sup>14</sup> - [www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria Menopausia y cerebro](http://www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/Menopausia_y_cerebro)

goza sexualmente al llegar al climaterio, comprobara que no perdió esa facultad y que la independencia de los procesos hormonales hará que renuncie más fácilmente a su capacidad de crear biológicamente, pues se siente creativa en otros terrenos. Puede mirarse al espejo y observar sus arrugas, sin sentir que no sirve para nada, pues ha logrado encontrar caminos sublimatorios que la satisfacen, como intereses intelectuales, artísticos o políticos que antes estuvieron llenados. En estas mujeres es raro ver conflictos relacionados con su menopausia a la que consideran una etapa mas en su vida.

Ante todo, hay que partir del hecho de que la menopausia no es ninguna enfermedad, sino una etapa más de la vida. Y como ocurre con todas las cosas que nos acontecen, una valoración positiva o negativa depende en gran medida de nuestra interpretación –mediada en gran parte por factores sociales-.

Es lógico que la disminución de los potenciales físicos (la merma de la capacidad reproductiva, la menor tersura de la piel, la respuesta a veces no tan rápida en el terreno sexual), afecten la autoevaluación personal. Pero esto ocurre en una sociedad competitiva como la nuestra, que, además, sobrevalora la juventud en detrimento de otras edades y cuyo estilo educativo no enseña a aceptar los cambios evolutivos desde una óptica positiva sino asociándolos a una idea de pérdida.

Lógicamente, además de estas variables socioculturales, existen variables personales de gran importancia que explican la variabilidad –en cuanto a la presentación de síntomas psicológicos en la menopausia- entre unas mujeres y otras. Así, por ejemplo, la pérdida de la capacidad reproductora es considerada por algunas mujeres como algo negativo, mientras que para otras supone una liberación de las molestias propias de la menstruación, además de la posibilidad de prescindir de los medios anticonceptivos habituales. Hay mujeres que parecen centrar la atención prioritariamente en las pérdidas, en los aspectos negativos, pero también hay mujeres orgullosas de su madurez, que se sienten satisfechas de su evolución, de sus capacidades, del reconocimiento del que están siendo objeto por su labor. Como es obvio, estas mujeres consideran que se trata de una

de las etapas más gratificantes de su vida, ya que la serenidad, el conocimiento y la madurez que poseen les permiten apreciar en mayor medida las cosas que tienen y ocurren a su alrededor, muchas veces infravaloradas en la juventud<sup>36</sup>.

Los diferentes significados hacen que la mujer, dependiendo a la cultura a la que pertenezcan desarrolla una determinada actitud y experimente una vivencia en particular hacia estos fenómenos, basada en la historia personal y matizada por la sociedad de la que forman parte.

La predisposición negativa de la mujer hacia el climaterio se explica por las pérdidas psicológicas que sufren durante esta época de la vida, por las situaciones de crisis que ocurren en su familia y por los prejuicios sociales hacia la menopausia. Además de esta postura social desfavorable la climatérica tiene que hacer frente a una tendencia hacia la marginación, tanto laboral como social.<sup>37</sup>

El climaterio coincide con algunos factores socioculturales que pueden influir en las emociones y la personalidad de la mujer, en consecuencia esta etapa importante de la vida debe considerarse un fenómeno físico, emocional y psicológico, al cual todas las mujeres temen, circunstancia que a su vez provocara conflictos psíquicos en la mujer. Algunas mujeres pueden enfrentar dicho ajuste y otras reaccionan y manifiestan una serie de alteraciones psicológicas que se hacen más evidentes a partir de la declinación en la producción de estrógenos, de tal manera que pueda haber disminución de la autoestima, sentimientos de poca consideración, abandono, desesperación, frustración, incomprensión y decepción. La crisis de la edad madura, propia de la mujer en el climaterio – pre, peri y posmenopáusica -, puede tener como reflexión de fondo esta idea: "Las mujeres

---

<sup>36</sup> ZUCKER De L. Martha. "Enfoque psicossomático del climaterio". 1999;2 (11) :221-227.

<sup>37</sup> [www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/Menopausia\\_y\\_cerebro](http://www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/Menopausia_y_cerebro)

sufren esta crisis si durante su existencia deben realizar un cambio importante en su rol social y/o de su identidad" <sup>38</sup>

La mujer debe efectuar un ajuste social en su vida, afrontar el climaterio, el envejecimiento y la crisis de la edad mediana, la cual, representa un choque emocional en su vida, creando dificultades emocionales y en sus relaciones interpersonales, lo que se ve expresado por alteraciones en el estado de ánimo, concepto de sí mismo, sentimientos de culpa y deseos de autocastigo y regresivos. Al mismo tiempo, crea tensión entre la pareja, emociones negativas, altera el bienestar de ambos y sus actividades sociales y nuevamente se culpa al climaterio, la falta de comunicación, la falta de intereses mutuos, falta de actividades compartidas, comunicación a través de los hijos, falta de reconocimiento de los cambios presentados, alejamiento o separación de los hijos, convencimiento de que la pareja ha cambiado. Durante el climaterio la mujer sufre un síndrome efectivo caracterizado por síntomas neuropsíquicos que alteran su papel laboral y social y que a su vez se ven influidos por su ambiente familiar, profesional y por sus relaciones interpersonales. Esto puede causar infelicidad en caso de no adaptarse al cambio y puede expresarse en diversas formas: astenia, disminución del rendimiento, insomnio, depresión y ansiedad generalizada.

Se han propuesto varias teorías para explicar los síntomas psicoemocionales que ocurren durante el climaterio. Estas teorías refieren cambios cerebrales sobre todo en la función del eje hipotálamo-hipófisis-ovario con alteraciones en las concentraciones de gonadotropinas hipofisarias y de esteroides sexuales, así como alteración del metabolismo de aminoras que conlleva a la aparición de trastornos afectivos. Es cierto que los síntomas emocionales se deben a la existencia de receptores de estradiol y progesterona en el sistema nervioso central, en particular en el hipotálamo y sistema límbico ya que los esteroides sexuales modulan el metabolismo de ciertas sustancias neurotransmisoras implicadas en la regulación del estado afectivo y de vigilia. Por lo que la declinación de los estrógenos hace que la mujer sea vulnerable a trastornos

<sup>38</sup> TEJERIZO L.C., et al "Aspectos psicológicos y psiquiátricos del climaterio". Cln. Invest. Gin y Obst. 7 1992. Salamanca España

afectivos y a síntomas neuropsíquicos que se hacen evidentes en el climaterio; sin embargo, la expresión neuropsíquica durante este periodo puede variar de una mujer a otra de acuerdo a su personalidad, entorno familiar, conyugal y profesional<sup>39</sup>

Las mujeres son muy vulnerables a la depresión, por lo cual se debe tener especial cuidado en los antecedentes familiares de depresión y alteraciones del estado de ánimo ya que un tratamiento temprano es muy importante porque puede prevenir una alteración más crónica como los desordenes polares (manía y depresión) los cuales son de mal pronóstico<sup>40</sup>.

Esta asociación de los síntomas depresivos no se encuentra de forma permanente. Esta entidad puede ser debida a una disfunción en los sistemas noradrenergicos del cerebro. Los síntomas depresivos asociados con la disminución de estrógenos pueden mejorar con la sustitución hormonal

Las hormonas no ejercen influencia sobre el comportamiento sexual, jugando por lo tanto los factores psicológicos un papel relevante en las disfunciones sexuales, siendo mas frecuente en los años de nido vacío. Por lo tanto se hace hincapié en que una relación profesional en la salud-paciente basado sobre todo en la confianza es de gran ayuda para el entendimiento de estos factores, lo que repercute en una mejoría en la calidad de vida sexual de la pareja.

Se ha descubierto que la progestina tiene efectos sobre el sistema nervioso central reflejados en un aumento sobre los síntomas psicológicos especialmente en lo referente al sexo, siendo atenuada la sintomatología por un aumento de estrógeno-progestina<sup>41</sup>.

<sup>39</sup> CAVA de la Loza Rio María Fernanda, "Trastornos neuropsíquicos relacionados con el climaterio." Climaterio. 1997; 29-34

<sup>40</sup> PARISER S.F. "Women and mood disorders menarchet o menopause" and-clinpsychiatri. 1993; 249-254

<sup>41</sup> LOEWIT K "Hormone treatment of sex disorders in menopause-causal therapy of placebo." Geburtshilfe fravenheik 1993,53 814-818

Debido a las alteraciones del equilibrio biopsicosocial que ocurre en esta etapa de la vida de la mujer, ellas buscan ayuda profesional para resolver la problemática en general de la menopausia con vigilancia física y psicológica.

## 2.16. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Se han achacado a la menopausia casi todos los trastornos de la conducta. En la televisión, los libros, las revistas y la publicidad de las revistas médicas se habla de la menopáusica como una persona sujeta a cambios repentinos en el estado de ánimo, irritable, llorosa e inadecuada para el contacto social. De hecho, en la publicidad de algunos fármacos se centra la atención en el esposo de la menopáusica: si ella toma los medicamentos, la vida de él será más placentera. La menopáusica a veces padece tensión, angustia e insomnio. Según Novak y sus colaboradores:

El Bochorno y la sudoración frecuentes suelen alterar su descanso nocturno y despertarla con sensación de pánico, lo cual incrementa su inestabilidad nerviosa y la vuelve irritable. ¿Por qué no habría de tener la menopáusica cefalalgia, vértigo, depresión, tendencia al insomnio, pérdida del apetito, otros síntomas digestivos o cualquiera de las múltiples manifestaciones subjetivas? Estos signos no son por cierto el resultado directo de trastornos endocrinos, sino una parte del trastorno que representa la menopausia para la mujer.

En el pasado se consideraba a la menopausia no como crisis maduracional por la cual tendrían que pasar todas las mujeres que vivían lo suficiente, sino como causa de enfermedades mentales. Se decía que las mujeres que padecían estas últimas durante la menopausia sufrían de melancolía involutiva. Sin embargo, los síntomas de trastornos mentales durante la menopausia varían de una a otra mujer e incluyen esquizofrenia, depresión y síntomas de histeria. Estos trastornos tienen causas diversas, por lo que resulta evidente que no se puede considerar como factor único de su surgimiento, a las deficiencias hormonales<sup>42</sup>

<sup>42</sup> [www.psiquiatria.com/articulos/enfermedad-Menopausia-y-cerebro](http://www.psiquiatria.com/articulos/enfermedad-Menopausia-y-cerebro)

El envejecimiento puede resultar agobiante, particularmente en una cultura que hace de la juventud un culto. La menopausia es, sin duda alguna, síntoma de envejecimiento, pero difiere de otros porque surge poco a poco y en forma más imperceptible.

Muchos médicos administran hormonas para el tratamiento de la depresión y otros síntomas psiquiátricos. Este tratamiento se justifica si tales síntomas resultan de la incapacidad de la paciente para hacer frente a sus trastornos físicos: p. Ej. Bochornos. Sin embargo, en caso que se deriven de incapacidad general para adaptarse al envejecimiento, el tratamiento hormonal no resultará adecuado.

La intensidad del trastorno mental varía ampliamente con cada persona. En algunas mujeres se manifiesta simplemente como irritabilidad o una actitud de distracción, mientras que en otras suele constituirse en una neurosis de tal intensidad, que imposibilita los ajustes personales normales.

Las diversas reacciones emocionales de la mujer a la menopausia representan una explicación de las también diferentes manifestaciones conductuales, y al parecer la cuestión radicaría en el significado real de la menopausia para ella. "Una de las sensaciones más comunes de la edad crítica es la disminución de la autoestima." Sin embargo, cabe señalar que este período de la vida no es necesariamente abrumador para la mujer adecuadamente adaptada, que se valora a sí misma y a sus contribuciones.<sup>43</sup>

El climaterio, con sus cambios, es un reto al que se ve enfrentada la mujer, "La crisis de la edad madura", y demanda su organización y reorientación de su vida, a veces de un modo radical, exigiéndole el cambio de su identidad personal y de su imagen social. La exigencia viene definida por una nueva integración en su mundo "por sí misma", una verdadera redefinición del ser.

Toda crisis, y el climaterio lo es, entraña un desafío, un desequilibrio y un reajuste, y el desenlace puede concluir a la apertura del destino personal que suponga enriquecimiento y "crecimiento emocional" o, por el contrario, puede llevar a un

---

<sup>43</sup> TEJERIZO L.C., et al "Aspectos psicológicos y psiquiátricos del climaterio". Clin. Invest. Gin y Obst 1992 Salamanca España

cierre negativo que profundice en una entidad nosológica. Si se presenta esta segunda alternativa puede llegar a instalarse un cuadro psiquiátrico importante.

Desde hace siglos se vienen asociando problemas psicológicos con el climaterio y la menopausia, probablemente en relación o como resultado de las antiquísimas creencias que relacionaban el útero con emociones negativas.

Actualmente, cuando las expectativas de vida, sobre todo para la mujer, se sitúan entre los setenta o más años, se incrementan los casos de síndromes climatéricos y sus consecuencias psicológicas y psíquicas. Al prolongarse la vida media de la mujer y mejorar su estado intelectual, físico y estético, el climaterio adquiere una mayor importancia, y genera una patología psíquica y psicósomática cada vez mayor.

No obstante, siguen existiendo mitos y confusiones en torno a los aspectos psicológicos y psiquiátricos de la menopausia y, al igual que en otras facetas de la ginecología, los estudios más recientes, mejor diseñados y realizados, están empezando a poner en duda creencias tradicionalmente sustentadas acerca de la sintomatología femenina de esta época de la vida.<sup>44</sup>

El cese de la menstruación enfrenta a la mujer, de forma repentina, con la realidad del envejecimiento.

Las alteraciones psíquicas y psiquiátricas del climaterio, algunas de ellas presentes ya en la premenopausia, reconocen una etiopatogenia de naturaleza mas bien sociocultural, que se centra en varios problemas:

- a) Miedo al embarazo; b) desajuste sexual; c) miedo al cáncer y d) miedo a la menopausia.

## **2.17. MIEDO AL EMBARAZO**

Existe una tendencia constatada, más allá de los 40 años, a suprimir o interrumpir el uso de anticonceptivos orales, o los mismos son contraindicados por diversas

---

<sup>44</sup> WESTERMANN Christian "Tratamiento estrogénico de reemplazo posmenopáusico". 1998. pag.41-49

causas, al tiempo que se reconoce, por parte incluso de la mujer, la menor fiabilidad de otros métodos. Se origina, de esta forma, un estado de ansiedad agravado si hay un retraso menstrual, frecuente por otra parte en esta época, por temor a que dicho atraso sea debido a una gestación. En esta época de la vida, con hijos generalmente ya mayores y con el temor hoy en día extendido por la cultura médica de malos embarazos (síndrome de Down), la gestación es particularmente temida.

### **2.17.1. DESAJUSTE SEXUAL**

La Relación sexual, hasta entonces forma comunicación y expresión del amor, puede pasar a ser considerada como un riesgo, e incluso como una agresión, con consecuencias negativas sobre la libido, que llega con frecuencia a la frigidez. No es extraño un sentimiento de pérdida del vigor sexual, no porque falte el deseo, sino porque dicho vigor se ve frustrado por la disminución clásica en las actividades sexuales de la pareja o las molestias que producen procesos como la vaginitis atrófica; este desajuste sexual es un grave impacto emocional para la mujer, que ya deja atrás su juventud.

La experiencia muestra que las mujeres que se sienten bien son las que logran superar este desajuste sexual y son capaces de conservar, en algún grado, relaciones íntimas, al tiempo que recuperan el diálogo, la presencia humana y una escucha que les alivie el temor a la soledad.

### **2.17.2. MIEDO AL CÁNCER**

Las alteraciones menstruales propias del periodo perimenopausico, principalmente la metropatía hemorrágica, y una mayor tensión y sensibilidad mamaria, conducen al miedo al cáncer, otro motivo de inseguridad personal.

Son muchas las mujeres que relacionan a la menopausia, de forma vaga, con el cáncer y debe explicárseles que esto no es así.

### **2.17.3. MIEDO A LA MENOPAUSIA**

El miedo al envejecimiento, el miedo a la vejez y a la inutilidad.

La menopausia puede suponer un sentimiento de pérdida de la función reproductora, en aparente contradicción con el miedo a la gestación, que puede dar origen a una sensación de que se redujo su función biológica. Muchas mujeres, en número cada vez más numeroso, sienten que con la regla se les va lo más significativo de su feminidad.

Las primeras arrugas, la tendencia a la obesidad, y otros signos involutivos son factores asociados que son origen de ese miedo a la menopausia.

Como síntomas psicológicos, se han comunicado en el climaterio (pre,peri y posmenopausia) una disminución de la energía y el estímulo, dificultad de concentración, irritabilidad, agresividad, agotamiento nervioso, fluctuaciones en el estado de ánimo, tensión, depresión, introversión, sensación de frustración interna e imperfección, intolerancia a la soledad, problemas conyugales, patrones de comportamiento antisocial, ansiedad, cefalea e insomnio <sup>45</sup>.

#### 2.17.4. SÍNTOMAS O MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS DURANTE EL CLIMATERIO

Hasta el momento ha habido escaso acuerdo acerca de qué síntomas psicológicos pueden ser considerados como significativamente asociados a los cambios fisiológicos y endocrinos del climaterio.

Botella refiere los siguientes síntomas psíquicos en la mujer climática:

1. Síntomas vasomotores. El síntoma vasomotor en estas mujeres es el sofoco, fenómeno de origen endocrino, pero que al estar asociado a descargas de catecolaminas permite explicar, a través del sistema límbico, su origen emocional.
2. Síntomas cardíacos. No son síntomas propios de cardiopatía orgánica, aunque pueden padecerlo. Se trata de arritmias de origen nervioso, de taquicardias y algunas veces de dolor precordial. Este último es atribuible a una crisis de angustia.

<sup>45</sup> TEJERIZO L. C. et al "Aspectos psicológicos y psiquiátricos del climaterio". Clin Invest. Gin y Obst 1992 Salamaca España

3. Síntomas de apetito. La presencia de alteraciones, en un sentido o en otro –anorexia o bulimia-, es algo consustancial a estas pacientes. La anorexia se asocia, frecuentemente, a depresión, melancolía o pesimismo. La bulimia, mas rara, suele aparecer en mujeres con sentido de frustración, sobre todo sexual.
4. Tendencia al alcoholismo. Se trata, por lo común, de una alcoholismo como síntoma más que como enfermedad, que interesa en el conjunto del síndrome psicopático del climaterio. La forma de bebedora solitaria se puede asociar a formas graves de depresión. Menos importante es la bebedora social.
5. Tabaquismo. Síntoma inespecífico por cuanto el consumo de tabaco es hoy práctica habitual en mujeres de cualquier edad. Algunos autores valoran el número de cigarrillos al día como signo de psicopatía angustiosa.
6. Trastornos del sueño. El más común es el insomnio, bajo la forma de mujer madrugadora, cuya consecuencia más nociva puede ser el abuso de hipnóticos. Mas rara es la somnolencia, presente, sobre todo, en las depresivas, con cansancio, apatía e indolencia.
7. Trastornos del carácter. Son cambios múltiples y muy difíciles de valorar y analizar. Suponen la adaptación a una conducta opuesta a la que ha sido habitual durante la vida. El signo más común es la ansiedad. Dennerstein y Burrows señalan que lo más típico es el cambio de carácter, la alteración de la personalidad, con el peligro de crearse una personalidad psicopática que la mujer no percibe.
8. Depresión. La depresión parece ser más frecuente en la mujer menopáusica, pero la mayor parte de las autoridades en la materia no logran encontrar un mayor índice constante de depresión.

La depresión, señala Botella, mas que una enfermedad, es un estado de ánimo, un talante (mood). Un estado de ánimo deprimido es una emoción humana que todos experimentamos en un momento u otro de la vida. Los sentimientos de tristeza, desencanto y apatía forman parte de la experiencia habitual. La depresión se convierte en un síntoma patológico en virtud de su

intensidad, penetración, duración e interferencia con el funcionamiento social y fisiológico.

La depresión es, al principio, sólo eso, un estado de ánimo y luego, poco a poco, va progresando hasta convertirse en un estado patológico. Junto con otros signos, el síntoma de estado de ánimo deprimido anormal se presenta como parte de un síndrome depresivo. El síndrome depresivo es un trastorno en el que hay un persistente decaimiento del estado de ánimo como rasgo primario, incluyendo manifestaciones sugestivas de una enfermedad física (fatiga, cansancio, astenia, anorexia, pérdida de peso, cefaleas, disnea, sequedad de boca, etc.).

La menopausia como proceso involutivo que es, imprime al cuadro clínico de la depresión una determinada expresión patoplástica común a los cuadros afectivos propios de esta época de declive biopsicosocial.

9. Cansancio, Fatiga. La disminución del rendimiento físico es casi una constante en esta fase de la vida, como signo, no solo climatérico, sino como signo de involución y presenilidad.
10. Trastornos sexuales. Otra tarea, que ocuparía por su propia temática toda una monografía, en la que se ocupa muy poco la mayoría del personal de salud es la sexualidad de la mujer climatérica.
11. Pesimismo. Fenómenos de autoacusación, falta de reacción a los estímulos exteriores, cancerofobia, etc. Son comunes en esta época de la vida.
12. Cefaleas. El dolor de cabeza es un síntoma climatérico muy frecuente.

#### **2.17.5. INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS SOBRE LA EXPERIENCIA DE LA MENOPAUSIA**

La menopausia tiene lugar en el contexto de la fase media de la vida y, tal como el término "cambio de vida" sugiere, existen expectativas de cambios en la salud física y emocional, así como en el papel a desempeñar en relación con la familia y, tal vez, cambios en el estilo general de vida.

La persona, la mujer en este caso, aporta a esta fase de la vida patrones de conducta previos para hacer frente al estrés, a las actitudes y a las expectativas

que conllevan la menopausia y el envejecimiento en general. Botella señala que la respuesta emocional a la menopausia dependerá de gran número de vivencias anteriores, que se reflejarán en este momento en el comportamiento y que condicionan en gran parte la personalidad psíquica de la mujer climática.

La menopausia, como experiencia resultante, es una interacción de factores sociales y psicológicos.

### **2.17.6. Factores sociales**

Los factores o influencias sociales hacen referencia a determinados acontecimientos que, sin estar relacionados con la menopausia, suelen tener lugar cronológicamente y coinciden con la misma. La terminación del cometido paternal, la liberación de los hijos, la reafirmación de relaciones conyugales y sociales, la posible viudedad, la pérdida de los padres o su ancianidad con la consiguiente pérdida de protección por parte de los mismos, etc., son acontecimientos que pueden coincidir en muchos casos, con la menopausia biológica y, por tanto, tener una incidencia "psicológica" sobre la misma.

Algunas de estas situaciones sociales son, en primer lugar el llamado "síndrome del nido vacío", generalmente descrito como si de una crisis se tratara.

Otras situaciones sociales sí parecen sugerir una mayor presencia y evidencia de síntomas psicológicos y somáticos en la menopausia, sobre todo las "privaciones o pérdidas"; éstas entresacadas del análisis de numerosas situaciones de tensión vital, eran los más potentes pronosticadores de síntomas psicósomáticos. Entre estas privaciones o pérdidas habría que señalar:

**Pérdida de los padres.** La madre, señala Botella, está siempre presente en la vida de la mujer, aunque sea muchas veces, por discreción de la progenitora en un segundo plano. La menopausia de una mujer coincide con frecuencia con la muerte de la madre, o ésta queda relegada por su misma ancianidad. La mujer adquiere la conciencia de "quedarse sola". El padre suele sugerir un factor protector frente a problemas sociales, materiales o económicos, y su pérdida puede incidir en este sentido.

La viudedad, el divorcio o la separación matrimonial es altamente probable que produzcan un impacto psíquico y emocional, ya que estos tres tipos de estados tensionales son considerados como los de más difícil enfrentamiento.

La clase social, el estatus matrimonial y la situación laboral son otros de los factores sociales, parece ser que las mujeres de clase trabajadora, en comparación con mujeres de clase media, comunican más síntomas psicológicos y somáticos.

Otro impacto emocional importante es el de estatus matrimonial o relaciones con el marido. Estar casada o mantener una relación estable, ha sido considerado tanto como un factor positivo de apoyo potencial como negativo que somete a la mujer a cometidos de simple ama de casa o de madre. Es la calidad del matrimonio o de la relación lo que influye sobre la salud mental. La menopausia coincide con el tiempo, con frecuencia, con una mayor preocupación profesional por parte del marido, que no presta la adecuada atención a la vida conyugal. Esto supone un grave impacto en la mujer, mientras que una relación íntima y satisfactoria puede ejercer un efecto protector frente a otras situaciones vitales creadoras de tensión.

Igualmente se ha comunicado una mayor incidencia de síntomas psicológicos en la concurrencia de ser clase trabajadora y no tener empleo <sup>46</sup>.

#### **2.17.7. factores psicológicos**

Se deben considerar como tales factores o influencias psicológicas la "actitud ante la menopausia", "las experiencias pasadas" y "la personalidad". Estas tres circunstancias influirán en las reacciones ante la menopausia y en la percepción de los síntomas experimentados en esta época.

1. Actitud ante la menopausia: La pérdida de la capacidad reproductiva y la pérdida de la feminidad han sido consideradas en el contexto que nos ocupa. Las mujeres peor adaptadas a sus identidades femeninas, es de esperar que presenten más síntomas psicológicos. No obstante, existen

<sup>46</sup> TEJERIZO L. C. et al "Aspectos psicológicos y psiquiátricos del climaterio" Clin. Invest. Gin y Obst 1992 Salamaca España

problemas conceptuales en el uso del término feminidad. Se necesitan definiciones claras, dado que es frecuente confundir la idea de mujer o papel o identidad femenina –concepto psicológico- con la capacidad reproductiva –concepto biológico-. Son precisas definiciones más claras. La identidad femenina incluye, puesto que no es unidimensional, cometidos tan diversos como el de persona, madre, trabajadora, hija, esposa etc., que pueden, o no, entrar en conflicto. El "yo –en- relación " define esta condición vertebral de la mujer que es la identidad femenina. La identidad femenina o feminidad es el "poder crear y mantener filiaciones y relaciones" como mujer. En relación con estas ideas, la escasa evidencia empírica disponible no apoya el punto de vista de que las mujeres que no poseen fuertes identidades femeninas desarrollan más síntomas.

Si parece cierto que los síntomas psicológicos son más frecuentes en la menopausia de mujeres con antecedentes psiquiátricos, y en aquellas con rasgos de personalidad neuróticos y en aquellas con baja autoestima.

La actitud ante la menopausia también se ha relacionado con términos de identidad cultural. En culturas en que la menopausia va seguida de un cambio social positivo, se ha comunicado un menor número de síntomas. Así por ejemplo se habla de un estereotipo negativo de mujeres menopausicas en sociedades occidentales, donde el climaterio se asocia a envejecimiento, declive y disminución de la juventud y belleza.

2. Experiencias pasadas. Factor importante es el impacto de la pubertad. Aunque hayan pasado muchos años, señala Botella, el recuerdo de la pubertad está siempre presente en la menopausia. La mujer es fuertemente impactada por la pubertad, en el sentido de que la aparición de una hemorragia periódica la hace sentirse a la vez autosuficiente e insegura; autosuficiente por ser afirmación de su carácter femenino e insegura porque su espera periódica y el temor a su retraso (sospecha de embarazo) la mantienen alerta durante 35 años.

La aversión hacia la menstruación y los problemas del embarazo y del parto suelen asociar con una actitud positiva hacia la menopausia. Los problemas menstruales son uno de los pronosticadores de síntomas en mujeres climatéricas.

3. Personalidad. Existe razonable acuerdo en que las mujeres pueden ser propensas a los síntomas psicósomáticos, que llamamos menores, si cuentan con antecedentes psiquiátricos, dificultad evidenciada en múltiples ocasiones para enfrentarse con las situaciones de estrés, y una baja autoestima. Los factores no son específicos de la menopausia, pero son pronosticadores de síntomas generales. Los síntomas psicológicos y somáticos parecen ir más claramente asociados con tensiones psicosociales concurrentes que la menopausia biológica.<sup>47</sup>

## 2.18. Valoración y Tratamiento

La explicación de las causas de los síntomas psicológicos y somáticos menores de la menopausia es más difícil que las de los síntomas vasomotores o la de los trastornos psiquiátricos más graves.

Un problema importante es que los síntomas a los que nos estamos refiriendo son, con frecuencia, inapropiadamente atribuidos a la menopausia, por lo que puede llevar a tentativas de tratamiento inadecuado o sin éxito.

Parece fundamental no atribuir los síntomas psicológicos de la menopausia demasiado rápidamente a una sola causa (estatus menopausico, edad etc.).

Existe evidencia creciente de que los factores psicológicos, ya comentados, como la clase social y los acontecimientos o procesos vitales que implican privación o pérdida deben ser considerados inicialmente como posibles factores causales. La clase social, por ejemplo, es un factor variable: ser de clase trabajadora puede asociarse a problemas financieros, más tensiones vitales, más hijos y determinadas actitudes que inciden en la menopausia.

En la valoración previa al enfoque terapéutico de las manifestaciones psicológicas menopausicas es útil considerar las siguientes facetas: cualquier cambio vital reciente; tensiones como privación, divorcio o problemas de relación; dificultades para atender a padres de edad avanzada o a niños adolescentes; pérdidas de apoyo individual (p.ej., un amigo) o pérdidas de apoyo social; insatisfacción con el propio estilo de vida; adaptación al compañero en esta fase de la vida, intensidad de los síntomas somáticos coincidentes (sofocos, trastornos del sueño, etc.)<sup>48</sup>

El único tratamiento eficaz, correcto y necesario para muchas mujeres es la confianza y educación proporcionada por el personal de salud. Algunas, incluidas las que recibieron una educación adecuada tienen ideas erróneas sobre la naturaleza y la importancia de la menopausia. El punto principal radica en proporcionar confianza<sup>49</sup>.

## **2.19. EL CLIMATERIO Y EL SÍNDROME DEL NIDO VACÍO EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL.**

Para destacar que el llamado Empty nest síndrome de los norteamericanos o Síndrome del nido Vacío, aunque se conoce hace pocos años, existe desde siempre y es tan antiguo como el mundo. De por sí, la comparación encierra una gran belleza poética, con una gran dosis de verdad y de nostalgia, la que se produce como decía Dante, en medio del camino de la vida. Colombat de L'Isere, en el siglo XIX, al referirse a la mujer menopáusica decía: " Se parece a una reina destronada o más bien a una diosa cuyos adoradores ya no frecuentan su templo, sólo puede atraerlos por la gracia de su ingenio y la fuerza de su talento". Porque si bien es cierto que como ya hemos señalado, la edad de la menopausia ha variado muy poco, no debemos olvidar que la vida media antiguamente y hasta casi el presente siglo, era mucho más corta, por lo que muchas mujeres morían

---

<sup>48</sup> G. ASPIRI Raúl, CH TAWEE, Bernardo. Et Al. Valoración diagnóstica de la paciente posmenopáusica climaterio, 1999, 73-77

<sup>49</sup> TEJERIZO L C , et al "Aspectos psicológicos y psiquiátricos del climaterio" Clin Invest. Gín y Obst 1992 Salamaca España

antes del climaterio, y las que sobrevivían a la menopausia lo hacían como ancianas. Hoy todo ha cambiado, pues la expectativa de vida promedio en muchos países, incluido el nuestro sobrepasa los 70 años, lo que hace que la mujer tenga que jugar un rol social por un tiempo mayor.

Este síndrome del nido vacío se trata, en realidad, de una forma específica de depresión, con frecuencia enmascarada, que se presenta en mujeres en esta época de la vida. Pareciera que en este grupo de mujeres los síntomas físicos representan la vía de expresión primordial del malestar psicológico y la necesidad de atención. Aunque muchas de ellas no se quejan abiertamente de sentimiento de tristeza o desánimo, en realidad no perciben el cambio de su actitud vital y consultan a los profesionales, en general, por muy diversas dolencias corporales. El término "madre en paro voluntario" supone un estado en el que se unen la pérdida de la juventud, la pérdida de atractivo físico y la pérdida de la fertilidad. Para evitar connotaciones sexistas, hay autores que sugieren cambiar el término "nido vacío" por síndrome posmaternal.

En relación con éste síndrome del nido vacío o posmaternal, se han comunicado menos síntomas psicológicos menopáusicos cuando los hijos aún están en casa y mayor impacto psíquico sobre la menopausia por la boda de una hija que por la de un hijo.

Si bien la menopausia representa el cese de la menstruación y el final de la vida reproductiva de la mujer, desde un punto de vista más integral involucra toda una serie de procesos fisiológicos, endocrinos, anatómicos, psicosociales, sexuales y biológicos que deben verse con un criterio holístico para poderlos comprender en toda su magnitud.

El síndrome climatérico es muy frecuente y ocurre en 2 de cada 3 mujeres presentándose alteraciones psicológicas como irritabilidad, depresión, ansiedad, nerviosismo, disminución de la libido.

Además en esta etapa suelen aparecer algunas enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial; el cáncer ginecológico es más frecuente, fundamentalmente el de endometrio y mama, y el comportamiento sexual aunque

no debe modificarse, sufre algunos cambios ocasionados por la presencia de sequedad vaginal, la presencia de prolapsos, la aparición de las enfermedades crónicas a las que hacíamos referencia, así como disfunciones en la relación de pareja, y el desconocimiento que tienen las mujeres acerca de estos cambios las lleva, entre otras cosas a la disminución de la libido, la dispareunia, la anorgasmia. También hay disminución de la satisfacción personal con sentimientos de minusvalía y devaluación en el contexto familiar y hasta laboral, al acercarse la edad de la jubilación. Entre las expresiones psicoconductuales ocurre el tema que nos ocupa, o sea, el nido vacío que es uno de los eventos vitales de esta etapa. Esto ocurre cuando la mujer siente que el hogar está sólo, que sus hijos crecieron e hicieron vida independiente y ella siente que ha perdido su papel protagónico socialmente; es decir, que hay pérdidas. Muchas veces se sienten solas, y están preocupadas por su futuro y el de la familia y muestran desinterés por el porvenir.

Por otra parte, el hombre, con frecuencia se aparta, se aleja de ella, porque ante un sexo decadente necesita excitarse con la juventud de una nueva pareja y con el encanto de lo desconocido y lo inaccesible. En este sentido y en contraposición con lo señalado anteriormente, Marañón dijo hace muchos años que "el varón más diferenciado y más eficaz era el fiel a su pareja, el monógamo por excelencia".

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

Es importante destacar que hay una gran diferencia en la percepción de este fenómeno entre las sociedades occidentales y otras sociedades. Los hábitos, las costumbres, la educación, el trabajo, la religión, los mitos y hasta el clima influyen en las manifestaciones que pueden presentarse y que hemos descrito. Históricamente, el papel que haya desempeñado en la sociedad, su papel en el desarrollo de diversas culturas y el status familiar son aspectos de gran interés. Es un gran aspecto a considerar que el papel social de la mujer no termina con el climaterio, sino que puede aumentar su influencia según el trabajo que realiza; no obstante, es bueno no olvidar que los trastornos que se presentan en esta etapa de la vida, pueden repercutir, desfavorablemente tanto física, emocional y socialmente.

Muchas otras variables deben considerarse al evaluar esta etapa de la vida y su manera de enfrentarla, como son el nivel socioeconómico, las mediciones de expectativas, los estereotipos creados por la sociedad etc.

Hemos tratado de esbozar brevemente los principales aspectos de índole sociocultural que deben considerarse en la mujer climaterica. Observarlos, descubrirlos en sus diferentes matices, es como tratar de descubrir todo lo que hay detrás de sus hilos de plata, que muchas se apuran en ocultar y disimular, para no ser como decía Colombat de L'Isere, una reina destronada y convertirse en una amalgama perfecta entre experiencia y juventud, para manejar con más talento "el arte de amar" y así demostrar, como decía Shakespeare que "la edad no puede marchitarlas, ni sus costumbres ya anticuadas, la hagan que pierda su infinita versatilidad"<sup>50</sup>.

## 2.20. LOS TOJOLABALES

Los tojolabales son un grupo étnico de la gran familia maya que vive en la región fronteriza del estado de Chiapas, principalmente en los municipios de Las

---

<sup>50</sup> ROMERO L Botell El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural, Rev Cubana Med Gen Integr 2001, 206-8

Margaritas, Altamirano y Comitán. Los límites del territorio de su dominio se encuentran marcados por el río Tzaconejá y el río Jataté hacia el norte y al este, al oeste por la carretera internacional que va de Comitán a San Cristóbal de las Casas y al Sur con la frontera de Guatemala.

El Consejo Supremo Tojolabal tienen localizadas 184 comunidades de habla tojolabal repartidas en los municipios de la siguiente forma: en el municipio de Comitán hay 8 comunidades, en la independencia 7 localidades, en Trinitaria 8 comunidades, en Altamirano 47 y en el municipio de Las Margaritas, que concentra el mayor número, 114.

Este último municipio tiene más de 4000 Kilómetros cuadrados y más de 400 comunidades y concentra el mayor número de hablantes de la lengua; las comunidades tojolabales se encuentran sobre todo en las tierras altas y las tierras de los valles del municipio. En la región selvática se alternan con comunidades de habla tzeltal y tzotzil emigrantes de los municipios de Tenejapa, Chamula y Huixtan.

La zona de los valles tiene un clima templado húmedo y de reducida vegetación debido a la tala inmoderada que ha sido objeto. Es una zona de extensas planicies y de valles comunicados cercanos a Comitán y Las Margaritas son tierras de mejor calidad para la agricultura donde hay muchas propiedades dedicadas a la ganadería.

La principal actividad económica se basa en la agricultura, pero los cultivos varían por el tipo de suelos, el clima y la precipitación pluvial. Los de las tierras de los valles poseen tierras un poco más fértiles y pueden diversificar más sus cultivos, entre los que se incluyen la caña, el tomate de cáscara, algunos cítricos y frutas. Los distintos tipos de cultivo hacen las diferencias en lo que a nivel socioeconómico se refiere, los pobladores del municipio de Las Margaritas se ven obligados a procurarse medios alternos que les permita fortalecer sus precarias economías familiares. La cría de cerdos y de ganado, la manufactura de

artesanías y sobre todo, el salir a buscar trabajo a otras partes son los medios de conseguir sustento<sup>51</sup>

### **2.20.1. El Origen y el pasado de los Tojolabales**

Con la conquista de Chiapas, empezó la dominación que por más de cuatro siglos han sido objeto los indígenas tojolabales. La ciudad más antigua fue fundada por los españoles hace 460 años, en 1528, con el nombre de San Cristóbal de los Llanos, este lugar se habitó principalmente por españoles que vinieron a hacer fortuna por estas regiones, sometieron a los pueblos indígenas y los distribuyeron en encomiendas. Treinta años después, en 1577, los padres dominicos fundaron el convento de santo domingo de Guzmán, apoderándose de las tierras de los indígenas para convertirlas en tierras ganaderas y de producción agrícola. El convento de Comitán llegó a controlar la mayoría de las estancias ganaderas de los municipios de Trinitaria, Chicomuceló, Comalapa y Soconusco, además de las fincas cercanas de Comitán y Las Margaritas.

El recuerdo de la vida de las haciendas se mantiene fresco en la memoria de los tojolabales porque muchos de ellos la vivieron en carne propia durante su infancia y adolescencia. Los indígenas tenían que trabajar una de cada dos semanas sin recibir paga del patrón, lo que incluso dio nombre a la época, la "época del baldío" por tener que trabajar de balde. La razón de los finqueros se basaba en que así los peones "pagaban" el lugar que se les daba para vivir.

La época de la esclavitud en las fincas terminó con las nuevas leyes agrarias y los trabajadores se salieron para formar los nuevos ejidos. De las grandes haciendas se formaron las nuevas colonias a las que pusieron nombres patrios y nacionales.

Desde los tiempos del baldío los tojolabales vivieron en pequeñas comunidades separadas entre sí, en la actualidad todavía viven de esta forma y es en sus comunidades donde se sienten más arraigados. El largo tiempo de dominación

<sup>51</sup> LOMELI G. Arturo " Algunas costumbres y tradiciones del mundo tojolabal ". Las Margaritas, Chis. México 1988

que han sufrido los tojolabales desde la época colonial hasta los tiempos del baldío, hizo que perdieran sus costumbres originales. A la vez que perdieron sus tierras, sus apellidos, las formas de organización social y sus autoridades civiles y religiosas. Perdieron sus pueblos y sus centros más antiguos para ser cambiados de lugar y vivir en tierras que no les pertenecían.

La autoridad principal en cada colonia está representada por el comisariado ejidal que se encarga de todos los problemas de la comunidad relativos a conflictos agrarios, de obras y de trabajos comunales. Para auxiliario cuenta con un secretario, un tesorero y un consejo de vigilancia.

Otra autoridad es el agente municipal que se encarga del orden de la comunidad y es el mensajero entre la comunidad y el municipio. Las demás autoridades son los representantes de los comités de salud, de la escuela y las autoridades religiosas.

La organización social de la comunidad tojolabal esta basada en el núcleo familiar. Un hombre sigue relacionándose estrechamente con su familia incluso después del matrimonio. Así el hombre más anciano de la casa dispondrá la forma en que el trabajo se lleve a cabo, el tipo de cultivos, cuántos y quienes de los hijos emigrarán cada año, el uso que se dará al dinero obtenido por medio del trabajo familiar e individual y muchas de las decisiones que se tienen que tomar en el seno familiar.

La unidad familiar se ve reforzada por el resto de los parientes a quienes se acude en tiempos normales o en tiempos de catástrofe para solicitar ayuda laboral o económica. La familia es también quien determina las normas que dirigirán la vida comunal, pues además de elegir entre todos los jefes de familia a los representantes de la comunidad, es su acción conjunta la que decide en todos los casos, grandes o pequeños, por medio de la asamblea comunal, lo que hay que hacer y la manera de efectuarse.

"Tojolab'al" significa hablar "correctamente", hablar "La verdadera lengua", que es el aspecto que define a los miembros de este grupo étnico, los que utilizan esta

lengua son los hombres "correctos". En la actualidad la mayoría de los tojolabales son bilingües. El estrecho contacto que ha mantenido con el castellano a través de su historia, ha hecho que el uso exclusivo del idioma tojolabal esté generalmente limitado a los ancianos y a las mujeres que confinadas en el hogar no han tenido necesidad de aprender la "Kastilla".<sup>52</sup>

### **2.20.2. Costumbres religiosas**

En cuanto a sus creencias, los tojolabales se encuentran divididos en tres grupos: los tradicionalistas, los católicos y los que "han encontrado la palabra de Dios". Entre los dos primeros hay mucho desacuerdo porque los dos pertenecen a la religión católica, pero los católicos o "catequistas" no ven con buenos ojos las costumbres de los tradicionalistas pues dicen que sus celebraciones son motivo para que la gente se emborrache. Con los que si hay conflictos es con los evangelistas, porque éstos últimos no participan en muchas de las actividades comunales. Estos desacuerdos han traído muchos problemas al interior de las comunidades llegando al extremo de excluir y expulsar a los miembros de la comunidad.

El modo de ser de los campesinos tojolabales es muy diferente al modo de ser de otros pueblos indígenas. Su forma de pensar, su forma de hablar, de vivir y de trabajar, la forma de festejar sus fiestas y sus costumbres y tradiciones los hacen distintos y únicos.

### **2.20.3. Vida tradicional**

La vida de los indígenas tojolabales transcurre en sus comunidades y todas sus actividades están relacionadas con los trabajos del campo. En todas las colonias hay una forma parecida de vivir, principalmente en los trabajos y actividades diarias. La comunidad es el centro de todas sus relaciones y sólo los

---

<sup>52</sup> LENKERSDORF Carlos. "Diccionario tojolabal-español". Ed. Nuestro tiempo, Comitán, Chis. México 1978

viajes ocasionales a Las Margaritas, Comitán o a otras colonias cambia la rutina diaria.

La vida del indígena tojolabal está en su comunidad, en sus parcelas rodeados de su pobreza y sufrimiento, se esfuerza diario el hombre y la mujer para encontrar el diario sustento. Sus vidas son la vida del trabajo de la tierra de donde obtienen sus alimentos. El fruto que la tierra les brinda es el resultado de su trabajo. Entre los tojolabales el ocio es muy mal visto porque ellos creen que Dios quiere que todos trabajen. Nadie se pasa los días descansando. Los hijos crecen en un ambiente de trabajo y son educados desde pequeños para aprender el trabajo de los mayores.

Hombres mujeres comienzan sus tareas desde muy jóvenes y las siguen realizando en la medida de sus posibilidades hasta el momento de su muerte. Hay muchas tareas que hacen los dos sexos. Ambos acarrear agua, plantan, escarban y cosechan, transportan cargas, cortan leña y llevan a los animales a pastar. Los hombres suelen hacer los trabajos en los que hay que usar mucha fuerza. A los diez u once años se espera que las niñas trabajen "entero", como una mujer plenamente desarrollada. Los trabajos reservados para el hombre se espera que un muchacho de trece años los pueda realizar. La vida de los campesinos tojolabales esta normada por los trabajos agrícolas y el resultado que se espera de la cosecha se debe al buen tiempo y a los cuidados que la familia ha hecho durante un año de trabajo.

Cuando una pareja tojolabal se casa, los primeros meses se viven con gran ansiedad de saber si la esposa está embarazada. La ilusión del matrimonio es la de tener hijos. La espera de un niño es motivo de mucha alegría para la familia y amigos de ambos padres, no solo por la ayuda potencial que un niño representan, sino porque ellos son la mayor riqueza de un matrimonio.

Las familias jóvenes, no importando el área que habiten, poseen casi siempre una sola habitación en la cual se mezclan zonas de descanso, cocina, granero e incluso se aloja a los animales. Cuando las posibilidades económicas lo permiten esta primera habitación se dedica exclusivamente a cocina y se construye una más amplia destinada a área de descanso y granero.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> LENKERSDORF Carlos. "Diccionario tojolabal-español". Ed. Nuestro tiempo, Comitán, Chis. México 1979.

LOMELI G. Arturo "Algunas costumbres y tradiciones del mundo tojolabal". . Las Margaritas, Chis. México 1988 )

### III. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

El climaterio estuvo relegado durante muchos años y fue considerado como un estado que debía afrontar la paciente por su propia condición de mujer. Es hasta hace poco que cobró auge dada la importancia de las repercusiones médicas, económicas y sociales que esta etapa de la vida conlleva.

La esperanza de vida ha aumentado y ha alcanzado los 76 años en países como México. La longevidad le ha dado a la mujer el tiempo suficiente para que sus ovocitos se agoten y, por lo tanto, presente el síndrome climatérico y la menopausia. Alcanzar esta etapa de la vida conlleva morbilidad que afecta la esfera personal y social, debido a los síntomas tempranos como son los bochornos y la labilidad emocional.

La menopausia o cese de la menstruación suele presentarse de forma fisiológica entre los 41 y los 60 años, con un pico de incidencia a los 50 +/- 1,5 años y el climaterio es el periodo de transición de la edad reproductiva a la no reproductiva, comienza antes de la fecha de la última regla, y puede durar hasta 14 años. A nivel orgánico podemos observar síntomas a corto, medio y largo plazo.

Es posible que la atención de la salud de una población de mayor edad requiera más dedicación, siendo las mujeres indígenas tojolabales las principales usuarias de los servicios de sanidad, lo que las hace desear participar en cuanto a lo relacionado con su salud, pues a mayor bienestar, mejor la integración en la relación familiar. Siendo precisamente durante la etapa de transición del climaterio a la menopausia donde se ha observado que ocurren cambios físicos, psicológicos que alteran la vida de la mujer, la cual se torna más inestable pues generalmente se cree que cuando la mujer llega a esta etapa y sobre todo sin información que le permita descubrir que es lo que pasa en su cuerpo, se piensa que ya perdió su capacidad reproductiva, no es una mujer completa, perdiendo por consiguiente el deseo sexual y por lo tanto las satisfacciones físicas y psicológicas que están implicadas. Los integrantes de la familia notan el cambio en la mujer pero por falta de conocimiento desconocen lo que pasa en ella.

Los Licenciados en enfermería en su empeño por observar al ser humano en sus 3 esferas biopsicosocial, de una manera holística y motivados por la satisfacción que ha dejado el hacerlo, entienden que el climaterio es una etapa que amerita estudiarla de esta forma, ya que implica cambios en todas las esferas de la mujer que si no son comprendidas por ésta y por los integrantes de la familia, puede tener un desenlace lamentable.

Durante el Servicio social se noto que los servicios de salud han olvidado éste periodo tan importante como es el climaterio, ya que las mujeres indígenas tojolabales no tienen ningún conocimiento acerca de los cambios que ocurren durante esta etapa, por esto las manifestaciones propias del climaterio son vistas como una enfermedad, como algo malo que se observó que ocurre con frecuencia en las comunidades estudiadas, la educación es muy importante en esta etapa de la vida de la mujer en donde debemos hacer énfasis en el cuidado de la salud de la misma; por lo tanto creo conveniente analizar las principales manifestaciones que se presentan durante el climaterio en zona indígena tojolabal.

### **3.2. OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

- Identificar las principales manifestaciones que se presentan durante el climaterio en las mujeres de la zona indígena tojolabal de Las Margaritas Chiapas.

#### **ESPECÍFICOS**

1. Determinar las principales manifestaciones de la mujer indígena tojolabal durante el climaterio.
2. Determinar inicio, frecuencia, duración e intensidad de las alteraciones que se presentan durante el climaterio en mujeres indígenas tojolabales.

### 3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El climaterio es la fase en el proceso del envejecimiento durante la cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva y es el periodo durante la cual tiene lugar la menopausia. En consecuencia, las manifestaciones clínicas propias de este periodo deben describirse como síntomas o molestias climatéricas, donde los síntomas psicológicos tienden a presentarse con mas frecuencia en el periodo que precede a la menopausia. Debe tenerse presente que si bien algunos de estos traducen también la serie de cambios que acompañan este periodo de la vida de la mujer y que están vinculados a problemas conyugales, familiares y laborales propios de la edad. Por eso es importante informar y educar a la mujer indígena tojolabal que se encuentra en el periodo climatérico con respecto a los síntomas, signos y cambios propios de esta etapa fisiológica de la vida tendientes a promover la adopción de actitudes y conductas favorables para la prevención de complicaciones.

¿Cuáles son las principales manifestaciones que se presentan durante el climaterio en mujeres en la zona indígena tojolabal del Municipio de Las Margaritas Chiapas?

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

### **3.4. HIPOTESIS**

**Las principales manifestaciones que se presentan durante el climaterio en mujeres de la zona indígena tojolabal del Municipio de "Las Margaritas" Chiapas, son distintas a las indicadas por la bibliografía o por el índice de Kupperman.**

### 3.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

#### a) Variable estudio

Manifestaciones que presentan las mujeres indígenas tojolabales durante el climaterio.

#### b) Indicadores de la Variable

- Índice de Kupperman
- Cambios menstruales
- Duración de las manifestaciones
- Intensidad de los síntomas

#### c) Definición Nominal

- **Índice de Kupperman:** El índice de Kupperman es una escala que se utiliza para evaluar la severidad de los síntomas a corto plazo, integra 11 parámetros, los cuales se evalúan subjetivamente por parte de la paciente en una escala de 0 a 3, donde 0 representa ausencia del síntoma, 1 presencia leve, 2 moderado y 3 severo.
- **Cambios menstruales:** Se refiere a los cambios en la frecuencia, duración, características de la menstruación.
- **Duración de las manifestaciones:** Se refiere al tiempo que las manifestaciones han durado desde su inicio hasta el momento de ésta entrevista.

- **Intensidad de los síntomas:** Se refiere a la percepción que tiene la mujer respecto a la severidad con que se presenta el síntoma, es decir el grado referido y percibido por la mujer.

d) **Definición Operativa:**

- **Índice de Kupperman:** Cuantitativo, de intervalo, escala numérica del 0 al 35.

Indica la intensidad de la sintomatología menopáusica: Ligera de 15 a 20, moderada de 21 a 35, severa mas de 35.

- **Cambios menstruales:** Cualitativo, nominal, categorías: cambios en la cantidad de sangrado, cambios en los días de duración del sangrado, presencia de dismenorrea.
- **Duración de las manifestaciones:** Cuantitativo, categorías: 6,8,12,24 y 36 meses
- **Intensidad de los síntomas:** Cualitativo, nominal, categorías: severos, moderados, leves y ausentes.

**3.6. Tipo de estudio:** Descriptivo, prospectivo, transversal, no experimental

**3.7. Universo de estudio:** Comunidades indígenas: Ejido Saltillo, Anexo Chacalá y La Libertad municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

**3.8. Unidades de Observación:** Mujeres

**3.9. Criterios de inclusión:** Mujeres de 40 a 60 años, indígenas tojolabales que presenten manifestaciones climatéricas.

- **Criterios de exclusión:** Se excluirán mujeres menores de 40 años y mayores de 60, que no presentaron datos propios del climaterio y aquellas que presentaron alguna patología de tipo ginecológico y/o psicológico.
- **Criterios de eliminación:** Las mujeres que se nieguen a participar.

**3.10. Universo / muestra :** Se encuestaron 40 mujeres del Ejido Saltillo, por ser la comunidad más grande, 20 mujeres del anexo chacalá y 20 mujeres del ejido La libertad.

**3.11. Instrumento:** Encuesta realizada en las comunidades señaladas y que se basa en el índice de Kupperman. (Ver anexo)

**3.12. Validez y confiabilidad:** La validez del instrumento se estableció a través de juicio experto.

**3.13. Procesamiento estadístico:** Se presentaron cuadros simples y graficas de pastel así como se aplico estadística descriptiva

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Datos Generales

Después de haber aplicado 80 encuestas a mujeres indígenas tojolabales del municipio Las Margaritas en el estado de Chiapas, se encontró:

Con relación a la edad de la población estudiada el 31.25% correspondieron al grupo de 40 – 45 años, un 28.75% al de 46 – 50 años, 23.75% al de 51 – 55 años y 16.25% al de 56 – 60 años (ver cuadro Núm. 1, grafica 1).

Con relación al número de hijos referido un 51.25% mencionó de 1 a 5 hijos, 45% de 6 a 10 y un 3.75% de 11 a 15 hijos (Ver cuadro Num 2, grafica 2).

Con relación al número de integrantes de familia que habitan en la misma casa, se encontró que un 45% mencionó de 1 a 5 integrantes, 46.25% de 6 a 10 y un 3.75% de 11 a 15 (Ver cuadro Núm. 3, grafica 3).

Con relación al estado civil el 58.75% mencionó estar casadas, el 11.25% viudas, el 1.25% divorciadas y el 28.75% unión libre (Ver cuadro Núm. 4, grafica 4).

En cuanto a la ocupación el 46.25% se dedican al hogar, el 11.25% a la milpa y el 38.75% dividen su tiempo en ambos, ya que tienen que acompañar a sus esposos desde muy temprano a la milpa y el 3.75% tienen alguna otra ocupación como partera o atender una tienda. (Ver cuadro Núm. 5, grafica 5).

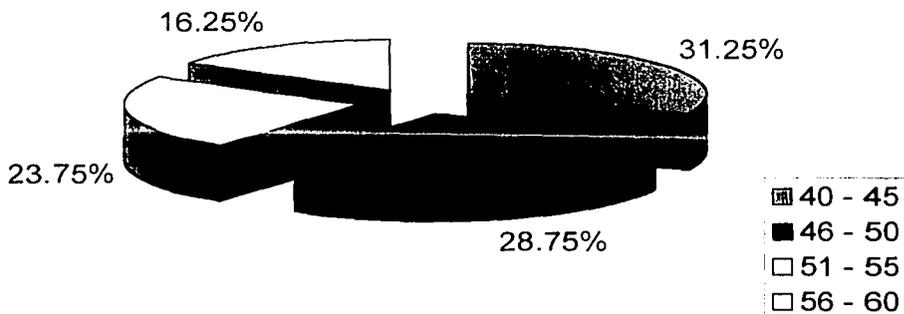
En cuanto a la escolaridad de las encuestadas el 45% correspondió a analfabetas, el 43.75% que mencionó primaria incompleta, estudiaron hasta el segundo o tercer año, el 8.75% con primaria completa y solo el 2.5% secundaria incompleta. (Ver cuadro Núm. 6, grafica 6).

**CUADRO 1. EDAD EN INTERVALOS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS**

<b>EDAD</b>	<b>No. PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
40-45	25	31.25%
46-50	23	28.75%
51-55	19	23.75%
56-60	13	16.25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 1. EDAD EN INTERVALOS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002  
a las mujeres indígenas tojolabales del municipio  
de "Las Margaritas" Chiapas.

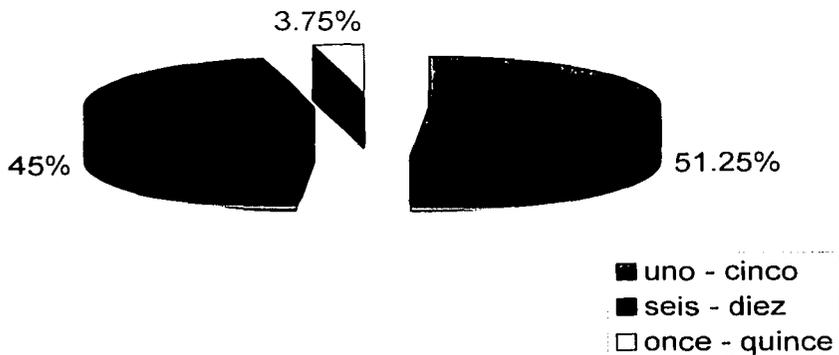
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO 2. NÚMERO DE HIJOS

No. DE HIJOS	No. PERSONAS	PORCENTAJE
1 - 5	41	51.25%
6 -10	36	45%
11-15	3	3.75%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 2. NÚMERO DE HIJOS



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002  
a las mujeres indígenas tojolabales del municipio  
de "Las Margaritas" Chiapas.

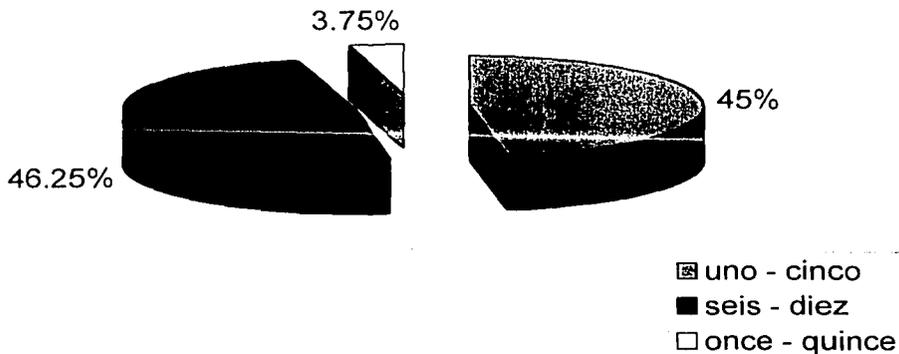
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **CUADRO 3. NÚMERO DE INTEGRANTES DE FAMILIA**

<b>No. INTEGRANTES DE FAMILIA</b>	<b>DE</b>	<b>No. PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1 - 5		41	51.25%
6 -10		36	45%
11-15		3	3.75%
<b>Total</b>		<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

### GRAFICA 3. NÚMERO DE INTEGRANTES DE FAMILIA



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

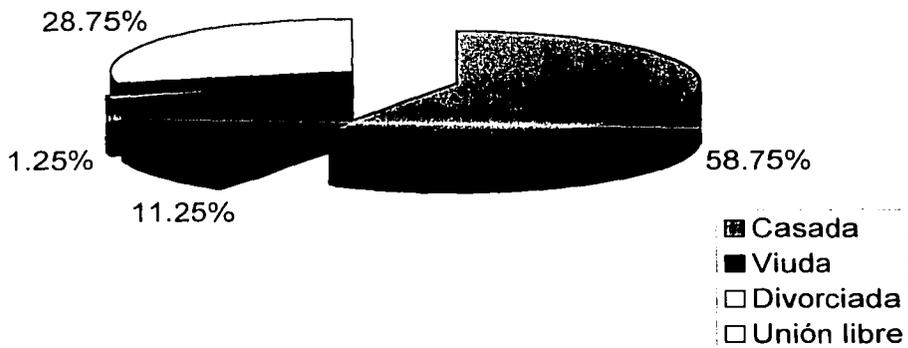
#### CUADRO 4. ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Casada	47	58.75%
Viuda	9	11.25%
Divorciada	1	1.25%
Unión Libre	23	28.75%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## GRAFICA 4. ESTADO CIVIL



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002  
a las mujeres indígenas tojolabales del municipio  
de "Las Margaritas" Chiapas.

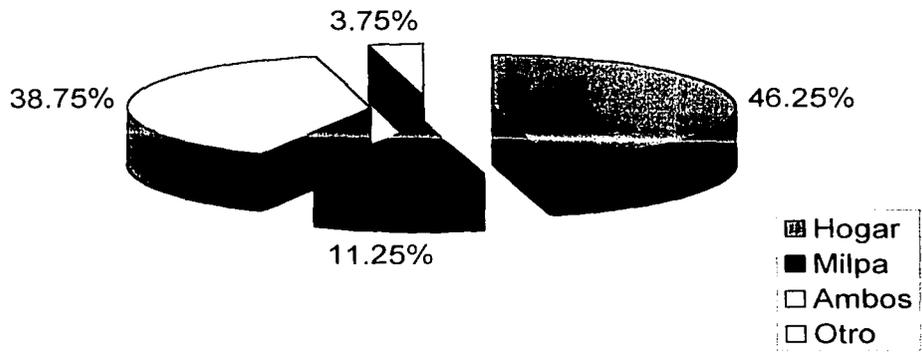
### CUADRO 5. OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Hogar	37	46.25%
Milpa	9	11.25%
Ambos	31	38.75%
Otro	3	3.75%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### GRAFICA 5. OCUPACIÓN



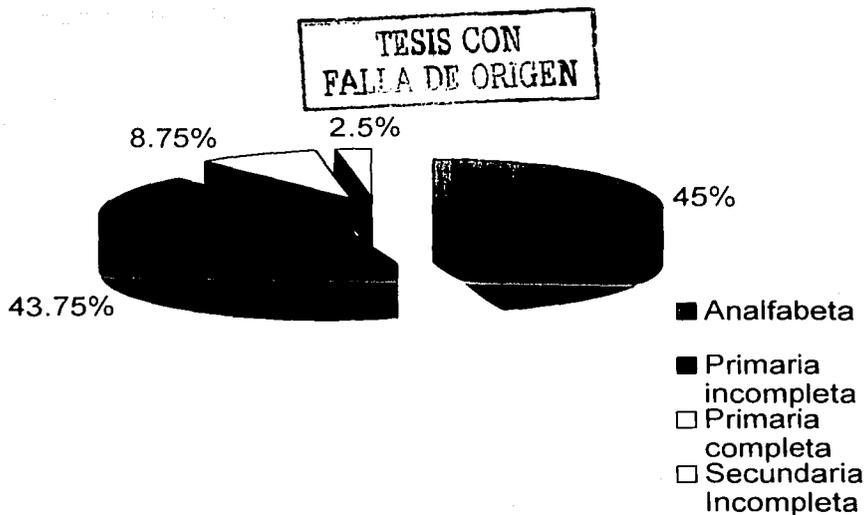
Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## CUADRO 6. ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Analfabeta	36	45
Primaria Incompleta	35	43.75
Primaria completa	7	8.75
Secundaria Incompleta	2	2.5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

GRAFICA 6. Escolaridad



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

En relación a las manifestaciones debidas al climaterio y menopausia en el 33.75% el bochorno estuvo ausente, 35% lo refirió leve, 21.25% moderado y severo en 10%. (Ver cuadro Núm. 7, grafica 7).

En cuanto a cefalea el 27.5% lo refirió ausente, 41.25% leve, moderado un 25% y 6.25% severo. (Ver cuadro Núm. 8, grafica 8).

Los mareos se encontraron en un 58.75% ausentes, 20% mencionó leve, 16.25% moderado y severo un 5%. (Ver cuadro Núm. 9, grafica 9).

El 45% refirió las palpitaciones ausentes, mientras que el 31.25% las encontraron leves, el 17.5% moderadas y severas el 6.25%. (Ver cuadro Núm. 10, grafica 10).

En relación a la irritabilidad y el nerviosismo, el 18.75% de las mujeres las mencionó ausentes, el 21.25% leves, el 43.75% lo consideraron moderado y el 16.25% severo. (Ver cuadro Núm. 11, grafica 11).

El cansancio y la debilidad se presento ausente en un 32.5%, leve en un 17.5%, moderado en un 35% y 15% lo refirió severo. (Ver Núm. 12, grafica 12).

En relación a la depresión el 27.5% estuvo ausente, el 31.25% lo mencionó leve, el 30% moderado y el 11.25% severo. (Ver Núm. 13, grafica 13).

En cuanto a hormigueo la mayoría de las mujeres lo mencionó ausente con 63.75%, leve con el 25%, moderado con 10% y solo el 1.25% severo. (Ver cuadro Núm. 14, grafica 14).

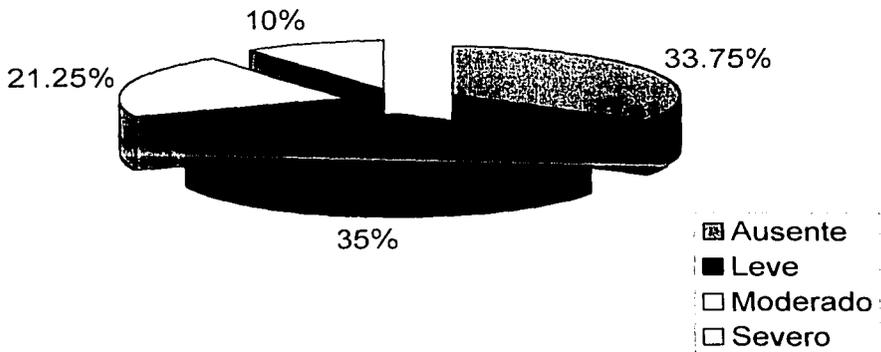
### CUADRO 7. BOCHORNOS

BOCHORNOS	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Ausente	27	33.75%
Leve	28	35%
Moderado	17	21.25%
Severo	8	10%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA 7. BOCHORNOS**



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

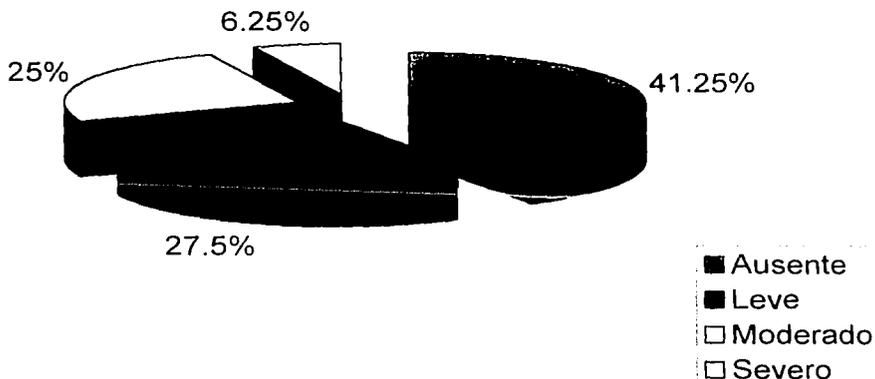
### CUADRO 8. CEFALEA

CEFALEA	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Ausente	33	41.25%
Leve	22	27.5%
Moderado	20	25%
Severo	5	6.25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 8. CEFALEA



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002  
a las mujeres indígenas tojolabales del municipio  
de "Las Margaritas" Chiapas.

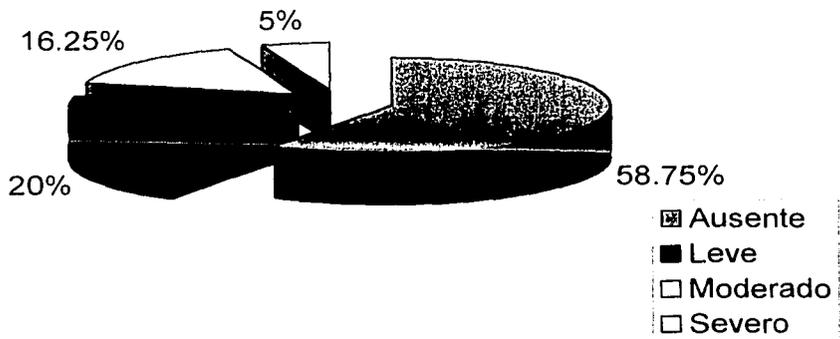
### CUADRO 9. MAREOS

BOCHORNOS	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Ausente	47	58.75%
Leve	16	20%
Moderado	13	16.2%5
Severo	4	5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 9. MAREOS



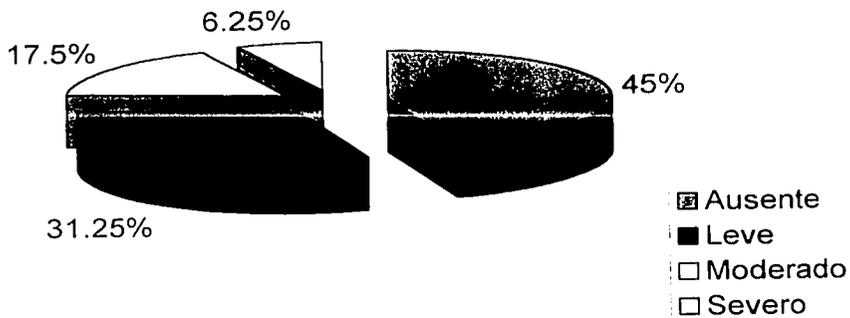
Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

### CUADRO 10. PALPITACIONES

<b>PALPITACIONES</b>	<b>No. PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Ausente	36	45%
Leve	25	31.25%
Moderado	14	17.5%
Severo	5	6.25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 10. PALPITACIONES



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

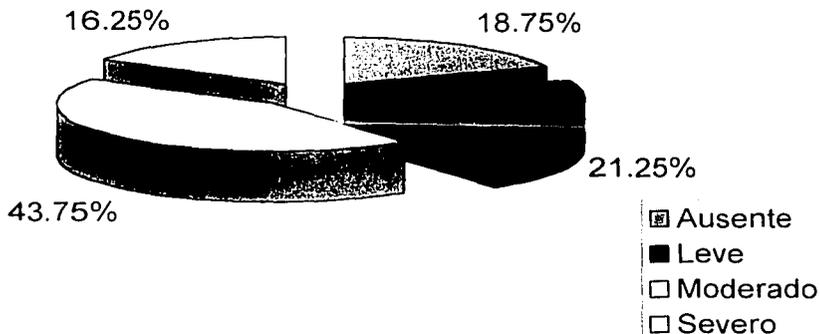
### CUADRO 11. IRRITABILIDAD, NERVIOSISMO

IRRITABILIDAD, NERVIOSISMO	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Ausente	15	18.75%
Leve	17	21.25%
Moderado	35	43.75%
Severo	13	16.25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICA 11. IRRITABILIDAD,  
NERVIOSISMO**



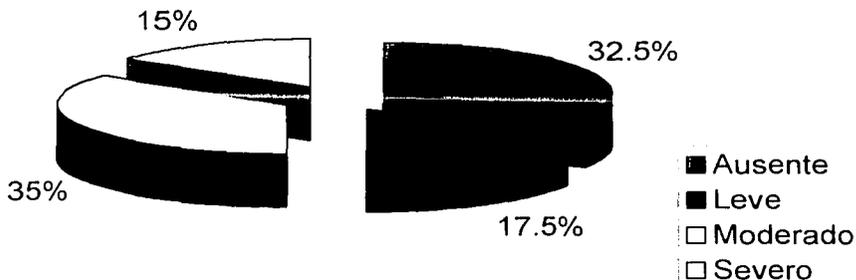
Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002  
a las mujeres indígenas tojolabales del municipio  
de "Las Margaritas" Chiapas.

## CUADRO 12. CANSANCIO, DEBILIDAD

CANSANCIO, DEBILIDAD	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Ausente	26	32.5
Leve	14	17.5
Moderado	28	35
Severo	12	15
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 12. CANSANCIO, DEBILIDAD



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

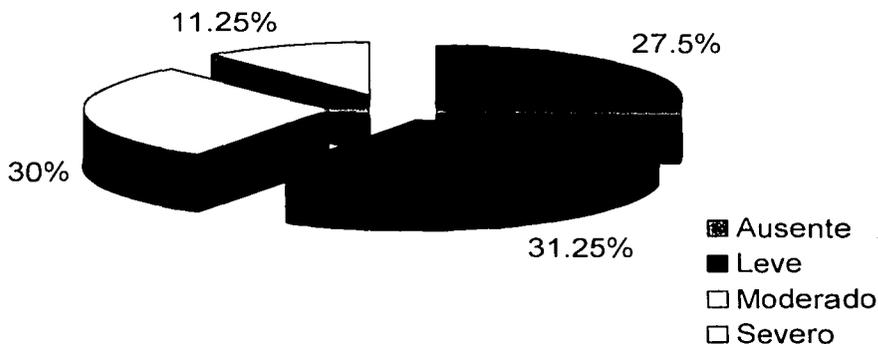
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CUADRO 13. DEPRESIÓN

DEPRESIÓN	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Ausente	22	27.5
Leve	25	31.25
Moderado	24	30
Severo	9	11.25
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 13. DEPRESIÓN



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

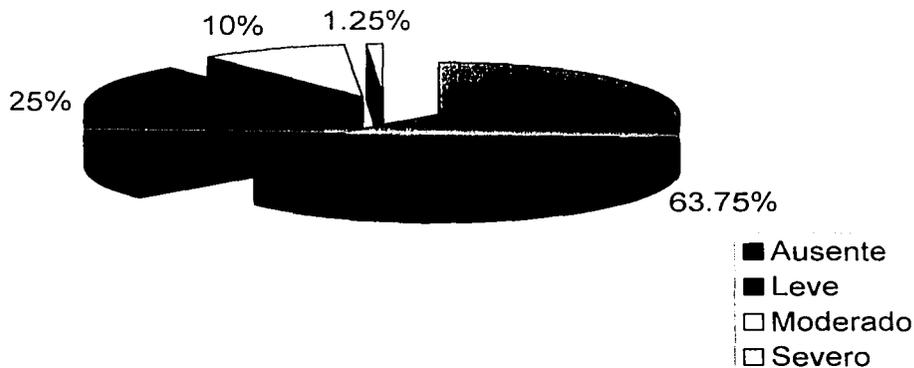
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CUADRO 14. HORMIGUEO

HORMIGUEO	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Ausente	51	63.75%
Leve	20	25%
Moderado	8	10%
Severo	1	1.25%
Total	80	100%

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 14. HORMIGUEO



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El insomnio, muy frecuente durante el periodo climatérico, se encontró ausente en 20% de las mujeres tojolabales; leve en 28.75% mientras que el 36.25% mencionó moderado y el 15% severo. (Ver cuadro Núm. 15, grafica 15).

En relación a artralgias y mialgias el 56.25% las refirió ausentes, 31.25% leves, 12.5% las presenta moderadas y el 0% severas. (Ver cuadro Núm. 16, grafica 16).

En cuanto a parestesias el 38.75% de las encuestadas lo encontraron ausente, el 33.75% leve, el 17.5% mencionó moderado y el 10% severo. (Ver cuadro Núm. 17, grafica 17).

Con relación a los cambios en la menstruación. Las mujeres indígenas refirieron que en el 32.5% disminuyó el numero de días del sangrado, en el 20% disminuyo la cantidad de sangrado, el 21.25% presento dismenorrea y el 26.25% no presentaron cambios. (Ver cuadro Núm. 18, grafica 18).

La relación familiar de las encuestadas se vio mas afectada con la pareja en un 35% casi a la par que con los hijos en un 31.25%, el 12.5% mencionó que con algún otro miembro de la familia como padres, hermanos, nuera, yerno o suegros y el 21.25% mencionó que no se afecto ninguna relación familiar. (Ver cuadro Núm. 19 grafica 19).

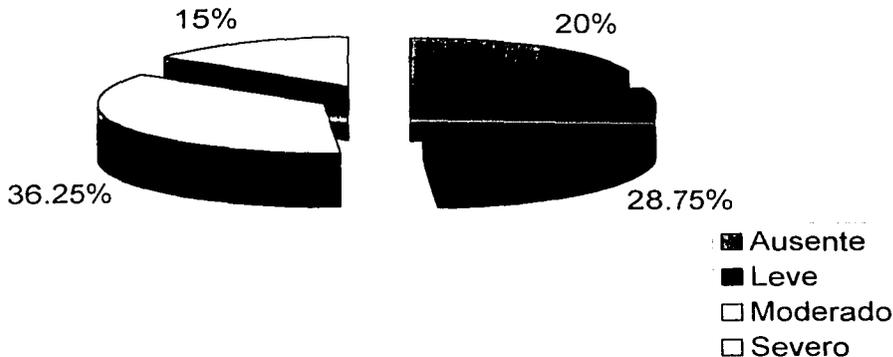
Si profundizamos en los principales aspectos que dificultan las relaciones familiares vemos que predomina la falta de comprensión en el hogar en un 56.25%, la falta de comunicación en un 18.75% fundamentalmente con su pareja, así como también la presencia de discusiones frecuentes con 25%. (Ver cuadro Núm. 20, grafica 20).

### CUADRO 15. INSOMNIO

INSOMNIO	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Ausente	16	20%
Leve	23	28.75%
Moderado	29	36.25%
Severo	12	15%
Total	80	100%

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 15. INSOMNIO



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002  
a las mujeres indígenas tojolabales del municipio  
de "Las Margaritas" Chiapas.

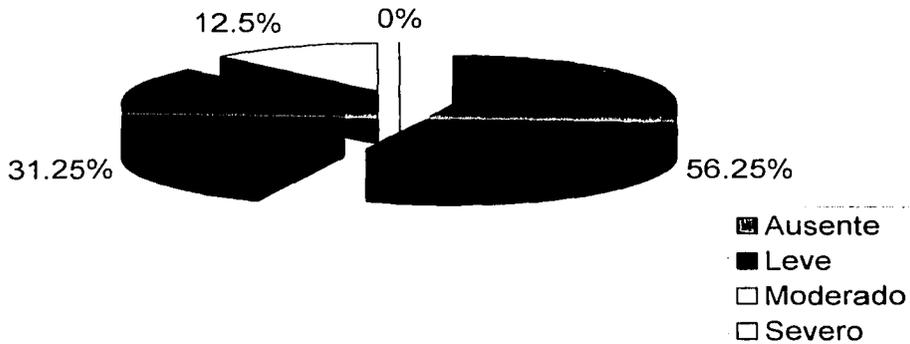
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO 16. ARTRALGIAS, MIALGIAS

ARTRALGIAS, MIALGIAS	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Ausente	45	56.25%
Leve	25	31.25%
Moderado	10	12.5%
Severo	0	0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 16. ARTRALGIAS, MIALGIAS



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002  
a las mujeres indígenas tojolabales del municipio  
de "Las Margaritas" Chiapas.

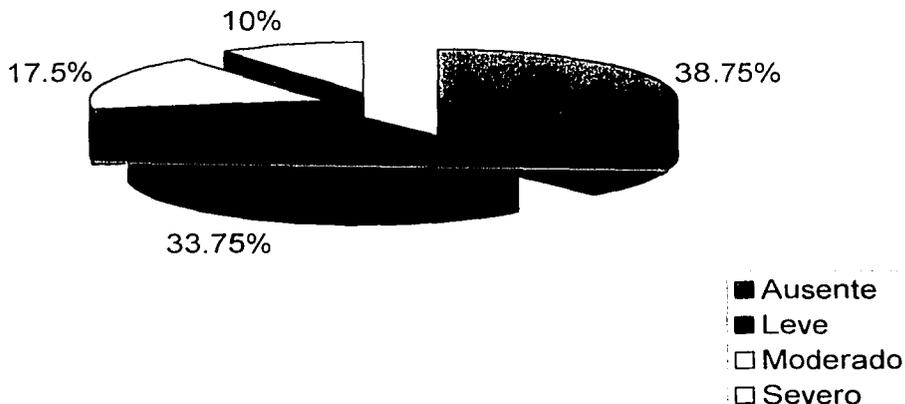
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO 17. PARESTESIAS

PARESTESIAS	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Ausente	31	38.75%
Leve	27	33.75%
Moderado	14	17.5%
Severo	8	10%
Total	80	100%

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 17. PARESTESIAS



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002  
a las mujeres indígenas tojolabales del municipio  
de "Las Margaritas" Chiapas.

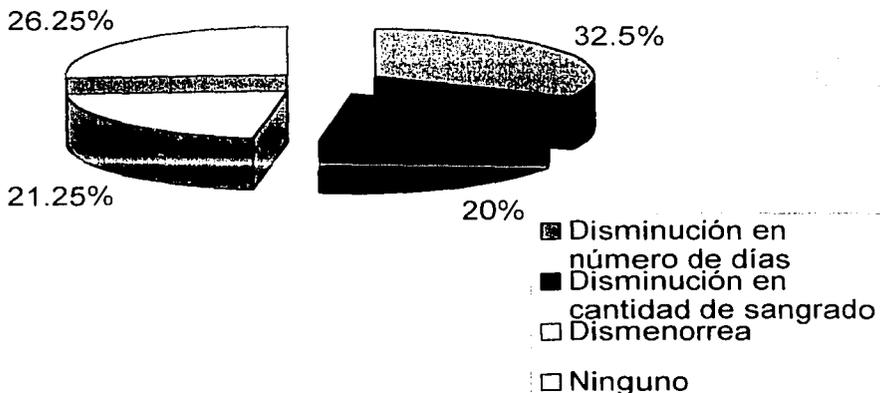
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO 18. CAMBIOS EN LA MENSTRUACIÓN

CAMBIOS EN LA MENSTRUACIÓN	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Disminución de num. de días	26	32.5%
Disminución en la cantidad de sangrado	16	20%
Dismenorrea	17	21.25%
Ninguno	21	26.25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 18. CAMBIOS EN LA MENSTRUACIÓN



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

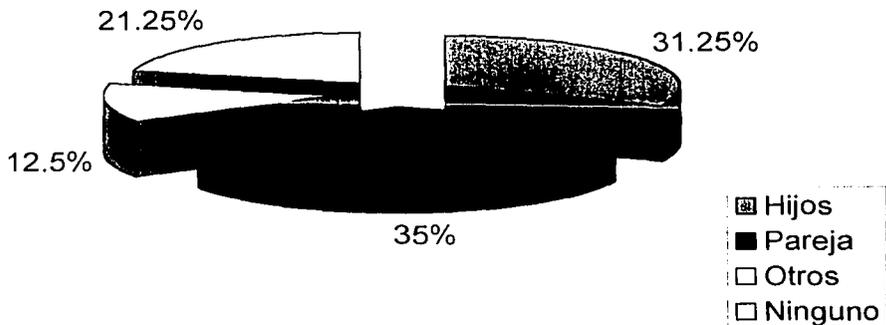
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO 19. RELACIÓN FAMILIAR AFECTADA

RELACION FAMILIAR AFECTADA	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Pareja	28	35%
Hijos	25	31.25%
Otros	10	12.5%
Ninguno	17	21.25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 19. RELACIÓN FAMILIAR AFECTADA



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

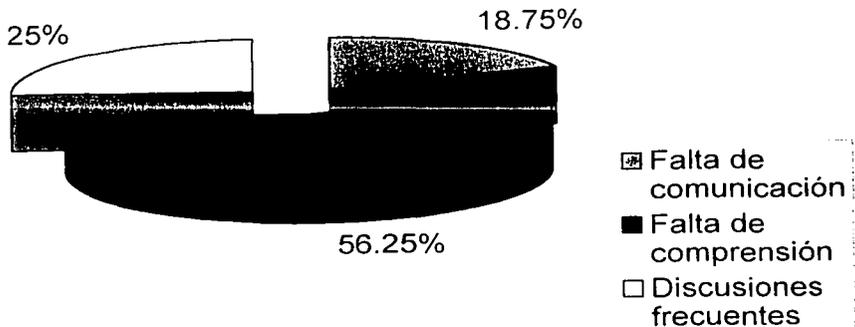
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO 20. PRINCIPALES PROBLEMAS FAMILIARES

PRINCIPALES PROBLEMAS FAMILIARES	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Falta de comunicación	15	18.75%
Falta de comprensión	45	56.25%
Discusiones frecuentes	20	25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 20. PRINCIPALES PROBLEMAS FAMILIARES



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002  
a las mujeres indígenas tojolabales del municipio  
de "Las Margaritas" Chiapas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Con relación a la edad en la que dieron inicio los síntomas propios del climaterio el 75% se encontraba dentro del grupo de 40 -- 45 años, el 21.25% en el de 46 – 50, el 2.5% entre los 51 – 55 y solo el 1.25% entre los 56 – 60 años. (Ver cuadro Núm. 21, grafica 21).

Las encuestadas mencionaron que los síntomas se presentaron en un 62.5% poco frecuentes, esporádicos independientemente de la intensidad, mientras que el 37.5% lo refirió muy frecuentes. (Ver cuadro Núm. 22, grafica 22)

En relación con el tiempo de duración de los síntomas el 12.5% lo refirió de 6 meses, el 17.5% de 8 meses, el grupo más alto con 28.5% fue de 12 meses casi a la par con 25% que corresponde a 24 meses y el 16.25% de 36 meses o más. (Ver cuadro Núm. 23, grafica 23).

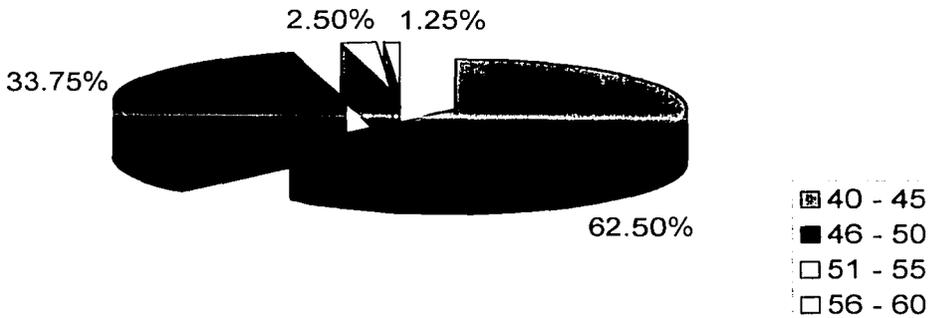
En cuanto a la intensidad de los síntomas con ayuda del índice de Kupperman se encontró Ligera con calificación de 15 – 20 puntos en un 46.25%, Moderada con calificación de 21 – 35 puntos en un 41.25% y el 12.5% severa con calificación de 35 o más. (Ver cuadro Núm. 24, grafica 24).

## CUADRO 21. EDAD EN QUE INICIARON LOS SÍNTOMAS

EDAD EN QUE INICIARON SÍNTOMAS	No. PERSONAS	PORCENTAJE
40-45	50	62.5%
46-50	27	33.75%
51-55	2	2.5%
56-60	1	1.25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 21. EDAD EN QUE INICIARON LOS SINTOMAS



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002  
a las mujeres indígenas tojolabales del municipio  
de "Las Margaritas" Chiapas.

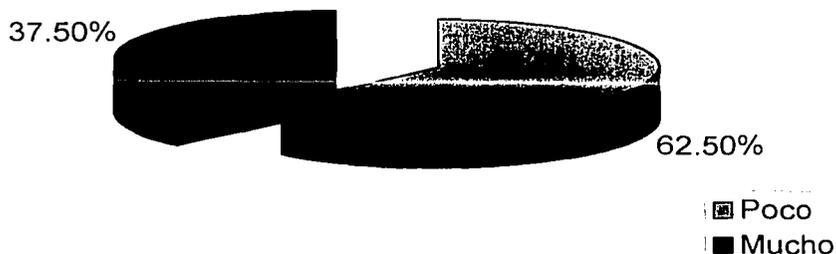
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO 22. FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS

FRECUENCIA	No. PERSONAS	PORCENTAJE
Poco	50	62.5%
Mucho	30	37.5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 22. FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

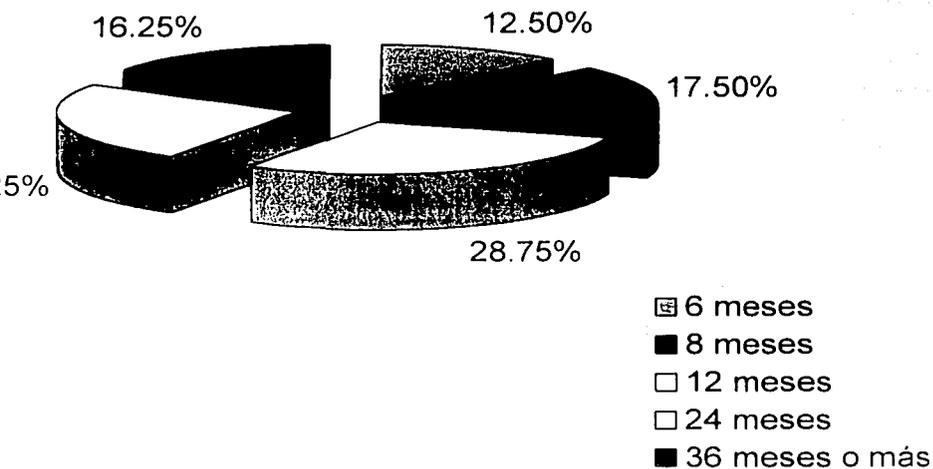
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CUADRO 23. DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

TIEMPO	No. PERSONAS	PORCENTAJE
6 meses	10	12.5%
8 meses	14	17.5%
12 meses	23	28.75%
24 meses	20	25%
36 meses o mas	13	16.25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

GRAFICA 23. DURACIÓN DE LOS SINTOMAS

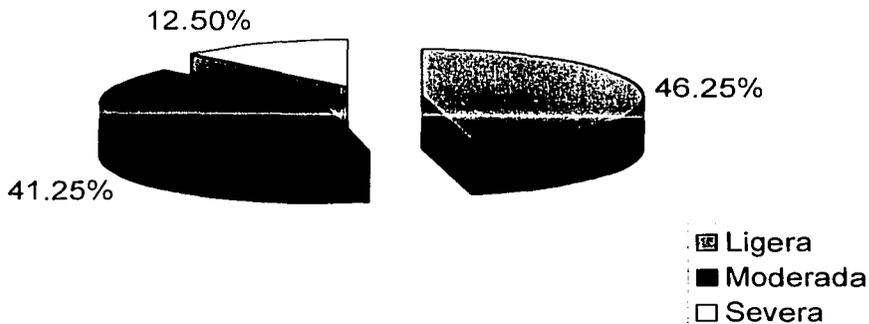


**CUADRO 24. INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS POR EL ÍNDICE DE KUPPERMAN**

<b>INTENSIDAD</b>	<b>No. PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Ligera	37	46.25%
Moderada	33	41.25%
Severa	10	12.5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

## GRAFICA 24. INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS POR EL ÍNDICE DE KUPPERMAN



Fuente: Encuesta realizada en Junio y Julio del 2002 a las mujeres indígenas tojolabales del municipio de "Las Margaritas" Chiapas.

### 4.3. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Es necesario reconocer la importancia que tiene en la mujer la etapa del climaterio y la menopausia en lo físico, biológico, endocrino, emocional y psicosocial, entre otros aspectos, ya que como nos dice Valdés Sayli en su Art. Climaterio, familia y salud: durante éste periodo la mujer la mujer pasa de una función ovárica normal a una situación de fallo ovárico definitivo, con modificaciones clínicas que repercuten en el estado de salud.

Se considera que el impacto psicológico de la menopausia está fuertemente ligado a factores personales y sociales; de esta manera padecen más afecciones psicológicas aquellas mujeres provenientes de ámbitos culturales en los que el cuidado de los hijos, la fertilidad y el rol femenino son elementos predominantes como lo menciona Lugones Botell en la Rev. Cubana en relación con el síndrome del nido vacío, se ha comunicado menos síntomas psicológicos menopausicos cuando los hijos aun están en casa. Esto ocurre cuando la mujer siente que el hogar esta solo, que sus hijos crecieron e hicieron su vida independiente y ella siente que ha perdido su papel protagónico.

En el presente trabajo hubo un gran predominio de manifestaciones psicológicas en las mujeres tojolabales, pues como sabemos, en nuestra cultura y sobre todo en la de los indígenas se le da mucha importancia al cuidado de los hijos y la fertilidad en la mujer; como Lenkerdorf lo menciona en su libro: la ilusión de matrimonio es la de tener hijos. La espera de un niño es motivo de mucha alegría para la familia y no solo por la ayuda potencial que un niño representa, sino porque ellos son la mayor riqueza de un matrimonio.

Dentro de la sintomatología que se encontró más frecuente, fué el llanto fácil, la ansiedad, la irritabilidad, nerviosismo, la falta de comunicación y comprensión que observamos en éstas mujeres y que influyó en su dinámica familiar y conyugal. Esto es muy bien explicado por Cava ma. Fernanda que menciona que la mujer tiene que efectuar un ajuste en su vida, afrontar el climaterio, el envejecimiento y la crisis de la edad mediana, la cual representa un choque emocional en su vida, creando dificultades emocionales y en sus relaciones interpersonales lo que se ve

expresado por alteraciones en el estado de ánimo, concepto de sí mismo, sentimientos de culpa y deseos de autocastigo y regresivos. Al mismo tiempo, crea tensión entre la pareja, emociones negativas, altera el bienestar de ambos y sus actividades sociales y nuevamente se culpa al climaterio, la falta de comunicación, la falta de intereses mutuos, falta de actividades compartidas, comunicación a través de los hijos, falta de reconocimiento de los cambios presentados, alejamiento o separación de los hijos, convencimiento de que la pareja ha cambiado. Durante el climaterio la mujer sufre un síndrome efectivo caracterizado por síntomas neuropsíquicos que alteran su papel laboral y social y que a su vez se ven influidos por su ambiente familiar, profesional y por sus relaciones interpersonales. Esto puede causar infelicidad en caso de no adaptarse al cambio y puede expresarse en diversas formas: astenia, disminución del rendimiento, insomnio, depresión y ansiedad generalizada.

Uno de los síntomas psicológicos que se admite como secundario a los cambios hormonales menopáusicos es el insomnio, muy frecuente y deteriorante de la calidad de vida de las mujeres climáticas, presentando con ello más estrés diario que las mujeres que subjetivamente duermen bien, como dicen los autores de la página [www.psiquiatria.com/articulos/enfermeriamenopausiaycerebro](http://www.psiquiatria.com/articulos/enfermeriamenopausiaycerebro) El Bochorno y la sudoración frecuentes suelen alterar su descanso nocturno y despertarla con sensación de pánico, lo cual incrementa su inestabilidad nerviosa y la vuelve irritable. ¿Por qué no habría de tener la menopáusica cefalalgia, vértigo, depresión, tendencia al insomnio, pérdida del apetito, otros síntomas digestivos o cualquiera de las múltiples manifestaciones subjetivas? Estos signos no son por cierto el resultado directo de trastornos endocrinos, sino una parte del trastorno que representa la menopausia para la mujer.

Se hace evidente que los cambios y las alteraciones presentadas por estas mujeres están dados por diversos factores, que van desde las alteraciones neuroendocrinas de esta etapa, hasta las costumbres, los criterios y lo aprendido de su familia y de la sociedad. Según la forma en que se viva y se acepte la

sexualidad, ésta será fuente de dicha y satisfacciones, o de angustias, conflictos y frustraciones. Los indígenas y sobre todo las mujeres ven la sexualidad como sinónimo de reproducción, no como algo placentero que se debe disfrutar, los hombres la ven como una necesidad la cual sus mujeres deben de cumplir.

Considero importante profundizar en el estudio de la dinámica familiar y conyugal en estas mujeres, pues esto es muy importante no solamente para mejorar su calidad de vida, sino también por la influencia que pueda tener en el bienestar emocional que puedan entregar a sus hijos y nietos.

Los cambios sociales y la emancipación que ha tenido la mujer exige de la familia cambios profundos en los roles, que permitan resolver las contradicciones entre un modelo familiar establecido y las nuevas exigencias sociales que satisfagan el mejor funcionamiento y enriquecimiento de sus miembros; habría que señalar:

Pérdida de los padres. La madre, señala Botella, está siempre presente en la vida de la mujer, aunque sea muchas veces, por discreción de la progenitora en un segundo plano. La menopausia de una mujer coincide con frecuencia con la muerte de la madre, o ésta queda relegada por su misma ancianidad. La mujer adquiere la conciencia de "quedarse sola". El padre suele sugerir un factor protector frente a problemas sociales, materiales o económicos, y su pérdida puede incidir en este sentido.

Tejerizo nos dice que la viudedad, el divorcio o la separación matrimonial es altamente probable que produzcan un impacto psíquico y emocional, ya que estos tres tipos de estados tensionales son considerados como los de más difícil enfrentamiento.

La clase social, el estatus matrimonial y la situación laboral son otros de los factores sociales, parece ser que las mujeres de clase trabajadora, en comparación con mujeres de clase media, comunican más síntomas psicológicos y somáticos.

Otro impacto emocional importante es el de estatus matrimonial o relaciones con el marido. Estar casada o mantener una relación estable, ha sido considerado tanto como un factor positivo de apoyo potencial como negativo que somete a la

mujer a cometidos de simple ama de casa o de madre. Es la calidad del matrimonio o de la relación lo que influye sobre la salud mental. La menopausia coincide con el tiempo, con frecuencia, con una mayor preocupación profesional por parte del marido, que no presta la adecuada atención a la vida conyugal. Esto supone un grave impacto en la mujer, mientras que una relación íntima y satisfactoria puede ejercer un efecto protector frente a otras situaciones vitales creadoras de tensión.

A principios del siglo XX el promedio de vida de las mujeres después de la menopausia era aproximadamente de 5 años. El climaterio anunciaba la enfermedad y el deterioro de la salud. Hoy en día las mujeres pueden contar con 25 años adicionales de vida (un tercio completo de su existencia), el cual puede ser un preludio, un paso en donde se realicen promesas no alcanzadas, exploraciones potenciales hacia nuevas metas para una forma estimulante de vida, a esto hace referencia la revista cubana: porque si bien es cierto, la edad de la menopausia ha variado muy poco, no debemos olvidar que la vida media antiguamente y hasta casi el presente siglo, era mucho más corta, por lo que muchas mujeres morían antes del climaterio, y las que sobrevivían a la menopausia lo hacían como ancianas. Hoy todo ha cambiado, pues la expectativa de vida promedio en muchos países, incluido el nuestro sobrepasa los 70 años, lo que hace que la mujer tenga que jugar un rol social por un tiempo mayor.

#### 4.4. PROPUESTAS

La intervención de la enfermera consistirá en:

- Asegurar que en esta crisis maduracional, la asistencia capacitada y amable del personal médico facilitará a la mujer continuar con su vida en forma semejante o incluso mejor que antes de la menopausia.
- Organizar un plan de cuidados a la mujer en la menopausia con una formación y un conocimiento sobre los aspectos básicos de la misma que permitirán valorar, educar, transmitir y enseñar a las mujeres los autocuidados eficaces en esta etapa de sus vidas, así como detectar alguna patología y/o el riesgo de padecerla, sobre todo enfermedad cardiovascular, osteoporosis y cáncer.
- incluir tanto la atención a los aspectos psicológicos y sociales, como el tratamiento farmacológico, pero al mismo tiempo debe considerar todo un conjunto de medidas destinadas a garantizar el bienestar y preservar, de forma integral, la calidad de vida de la mujer en esta etapa, promoviendo hábitos saludables como son: la abstinencia de fumar, la moderación en el alcohol, la alimentación balanceada, el ejercicio físico y la vida de relación.
- brindarle a la mujer climatérica una información completa sobre la etapa que vive, las repercusiones fisiológicas y psicológicas de la menopausia, las medidas terapéuticas disponibles y los beneficios y riesgos que implican, para contribuir a desmitificación de los símbolos culturales incluyendo el rol femenino y para ofrecerle la posibilidad de seleccionar libremente entre las distintas opciones

que se le ofrecen, aquellas que se adapten mejor a sus necesidades y visión del problema.

- una medicina preventiva dirigida a este período es muy importante y debe ser hecha, preferencialmente en centros femeninos que ofrezcan programas especialmente dirigidos a las menopáusicas con grupos de apoyo que respondan a sus necesidades especiales. Este centro puede localizarse en una de las comunidades ubicada donde este la mayor población, destinando un espacio exclusivo para esto y en donde las mujeres de las demás comunidades pueden acudir.
- En la clínica rural, dentro del consultorio, el médico hablará con la paciente y la examinará. La anamnesis y examen deben ser completos. Es importante que contengan historia médica y quirúrgica (personal y familiar), antecedentes de osteoporosis, cáncer diabetes, hipertensión, tromboembolismo, infarto del miocardio, accidente vascular cerebral, alteraciones del ciclo menstrual, métodos contraceptivos usados, síntomas climatéricos, terapia hormonal, síndrome premenstrual, y enfermedades cardiovasculares.
- Analizar cómo se relaciona la mujer consigo misma, valorar su potencial intelectual, emocional, afectivo y su responsabilidad laboral, su seguridad social, la recreación, como también la vida social.
- Es necesario un equipo interdisciplinario que incluya profesionales de la salud como nutricionista, psicólogo, médico general, reumatólogo, cirujano plástico y fisioterapeuta; la clínica rural se puede apoyar en el hospital del municipio más cercano para esto, sin embargo el médico y la enfermera deben tener conocimiento general para poder apoyar a las mujeres climatéricas cuando no puedan acudir al hospital o cuando se requiera.

- La información y educación a las mujeres y a la familia es muy importante, tal vez lo más importante. Esto puede lograrse con pláticas continuas programadas para cada comunidad, en donde los videos pueden ser buena opción de material didáctico para transmitir la información sobre el periodo climatérico y su tratamiento. La clínica debe tener un espacio con equipo audiovisual, donde un médico y/o una enfermera darán charlas a grupos de personas sobre menopausia y climaterio. Se deben tener disponibles libros, folletos y panfletos para las mujeres y su familia.
- La educación sirve para enseñar a una mujer qué debe esperar de la menopausia y como puede afrontar los problemas que puedan surgir. Los grupos de apoyo y discusión ayudan a algunas mujeres a redefinirse y a encontrar nuevos modos de relacionarse con los miembros de su familia. La dieta, el ejercicio y el control de peso mejorarán el estado físico. El interés y la participación en actividades que pueden ser talleres que ayuden a entender el proceso por el que pasan ayudan a disminuir la ansiedad y la tensión.
- Se deben realizar los estudios correspondientes como diagnóstico oportuno de cáncer endometrial y de mama; también deben incluirse estudios para prevención o diagnóstico de osteoporosis y riesgo cardiovascular entre otros.

#### 4.5. CONCLUSIONES

Las diferencias encontradas entre distintas culturas, así como entre distintos grupos dentro de una misma sociedad, ofrecen evidencias del importante papel que los factores socioculturales juegan en la determinación de la respuesta de la mujer a los cambios biológicos. La relación entre las expectativas y actitudes de las mujeres hacia la menopausia y la ausencia de síntomas en general durante la misma, se ha puesto de manifiesto.

También se ha evidenciado una relación entre diferentes factores sociodemográficos, tales como: nivel de escolaridad, estado civil y ocupación, con la aparición de síntomas psíquicos.

El aumento en la ocurrencia de eventos vitales capaces de producir estrés en esta etapa de la vida y la percepción que la mujer tenga de su propia salud, parecen jugar un papel determinante en la vivencia que la misma tiene de su climaterio.

Dentro del estudio, se describe las principales manifestaciones que presentan las mujeres indígenas pertenecientes a la etnia tojolabal, de la población estudiada el grupo de edad que predomina es el de 40 a 45 años, en comparación con la edad en que se iniciaron los síntomas cabe señalar que es el mismo grupo el que predomina.

Se observa que el número de hijos dentro de los indígenas es alto, lo cual influye para que la mujer tenga mayor desgaste físico y/o psicológico por los problemas que plantea cada uno de ellos; también influye en que la vida de la mujer gira en torno a ellos y al llegar a la etapa del climaterio siente que ha perdido su razón de ser.

El estado civil se conserva dentro de lo tradicional, la mayoría tenía pareja estable como es el matrimonio o unión libre que para los indígenas es sinónimo, así mismo la ocupación predominante son las labores del hogar, muchas mujeres tojolabales tienen que ayudar a sus esposos en la milpa, sobre todo durante lo que ellos llaman época alta que son 3 o 4 meses al año. El tiempo libre lo ocupan en sus hogares con sus hijos.

La escolaridad en las mujeres estudiadas es bastante deficiente, la mayoría es analfabeta, entienden poco el español y las que fueron a la primaria solo cursaron hasta el segundo o tercer año, éstas entienden y hablan español. Esto influye en la calidad de la información que reciben, especialmente en los temas referentes a la salud, acerca de los síntomas que se presentan en el climaterio no reciben adecuada información por lo tanto no se busca la ayuda apropiada, dejándose influenciar más por los aspectos culturales o ideas transmitidas por otras personas del grupo social al que pertenecen.

Dentro de las manifestaciones más frecuentes y que la mayoría de las mujeres indicaron fueron las psicológicas como irritabilidad, nerviosismo, depresión e insomnio repercutiendo en la dinámica familiar especialmente en la relación con la pareja y los hijos pues los continuos cambios de la madre, la impaciencia, desconocimiento, la poca o nula comprensión y comunicación por parte de los integrantes de la familia intensificó los conflictos entre ellos y con esto las discusiones.

Las manifestaciones físicas predominantes fueron los bochornos, cansancio, debilidad, palpitaciones y parestesias; sin embargo todas éstas se presentaron de forma leve, la mayoría de la sintomatología física no se presentó o se mantuvieron dentro del rubro de leve.

Prácticamente todas las mujeres encuestadas tuvieron alteraciones menstruales predominando la disminución en el número de periodos en los cuales la paciente infería que ya se encontraba en la menopausia y no se protegía al tener relaciones sexuales.

La edad en la que iniciaron los síntomas propios del climaterio y menopausia lo abarca el de 40 – 45 años el cual en comparación con la bibliografía es un poco temprana, esto es debido a que las mujeres indígenas tojolabales tienen la menarquía, se casan y tienen su primer hijo a muy temprana edad.

La mayoría de las mujeres indicaron que las manifestaciones eran poco frecuentes; la duración que predominó fue de 12 meses, continuando la de 24 con

un rango muy corto de diferencia. Algunas mujeres refirieron disminución en la duración de la sintomatología al indicarles terapia hormonal de reemplazo.

El Índice de Kupperman ayudo a medir la intensidad de las manifestaciones de una manera general, en los resultados se encontró una mayor incidencia en la sintomatología ligera sin embargo existe un rango muy corto de diferencia con el siguiente rubro correspondiente a moderada, lo cual indica que las manifestaciones pueden ser consideradas dentro de estas dos.

Los resultados del presente estudio nos muestran que las manifestaciones que presentan las mujeres indígenas tojolabales son distintas a las que nos menciona la bibliografía en cuanto a frecuencia, duración, intensidad y edad de inicio. Lo cual nos indica que la hipótesis es verdadera y que los objetivos fueron alcanzados casi en su totalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- BEARE/MYERS. "Enfermería medicoquirúrgica", 2ª edición 199 7. Ed Harcourt Brace, pp.1224
- 2.- CARRANZA Sebastián, Atención integral del climaterio, edit. Mac. Graw-Hill Interamericana. 1998, p.p. 353
- 3.- CAVA de la Loza Río María Fernanda, "Trastornos neuropsíquicos relacionados con el climaterio." Climaterio. 1997; 1(1) 29-34
- 4.- G. ASPIRI Raúl, CH TAWEE, Bernardo. Et. Al, Valoración diagnóstica de la paciente posmenopáusica, climaterio, 1999, Vol. 2 (8). 73-77
- 5.- GUYTON C. Arthur, MD, may E. John, Ph. D. "Fisiología femenina antes de la gestación y hormonas femeninas" Tratado de fisiología médica. Ed Interamericana, México, 9ª edición 1996. p.p 1115-1132
- 6.- Hammond B. Charles, MD "Managment of menopause" American Family Physicion 1997; 55 pp. 1667-1674.
- 7.- LENKERSDORF Carlos. "Diccionario tojolabal-español". Ed. Nuestro tiempo, Comitán, Chis. México 1979.
- 8.- LOEWIT K. "Hormone treatment of sex disorders in menopause-causal therapy of placebo." Geburtshilfe frauenheilk 1993,53: 814-818
- 9.- LOMELI G. Arturo. "Algunas costumbres y tradiciones del mundo tojolabal". Ed. Gobierno del Estado, Las Margaritas, Chis, México 1988.)
- 10.- MALACARA L. Alvarez Aspectos psicosociales relacionados con la mujer menopausica. Endocrino1 México 1998
- 11.- N. London Steve, HAMMAN B. Charles "Climaterio". MD. Tratado de Obstetricia y ginecología de Danforth, edit. Interamericana, México, 6ta. Ed. 1994.
- 12.- PARISER S.F. "Women and mood disorders menarchet o menopause" and-clinpsychiatri. 1993; 5: 249-254
- 13.- ROMERO L Botell El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. Rev. Cubana Med Gen Integr 2001; 17(2):206-8)
- 14.- R. Guadamuz Katuska, "el climaterio y menopausia". El climaterio o menopausia; 1998.1-4

- 15.- SILVA Perez Gerardo et al "Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climaterio" Ginecologia y obstetricia de México.1999; 67 319-322
- 16.- TEJERIZO L.C., et.al "Aspectos psicológicos y psiquiátricos del climaterio". Clin. Invest Gin y Obst Vol. 19 Num. 7 1992. Salamaca España
- 17.-WESTERMANN Christian "Tratamiento estrogenico de reemplazo posmenopáusico". 1998 Vol. 15, pag.41-49
- 18.-ZUCKER De L. Martha. "Enfoque psicossomático del climaterio" 1999;2 (11) :221-227.

#### INTERNET

- 19.- [www.avenis.com.gt/educando/ginecologia](http://www.avenis.com.gt/educando/ginecologia) "Climaterio y menopausia"
- 20.- [www.encomiombia.com/meno41](http://www.encomiombia.com/meno41) "Climaterio y menopausia de la teoría a la practica" Instituto Nacional de endocrinología.
- 21.- [www.geosalud.com/climaterio.htm](http://www.geosalud.com/climaterio.htm), "Que es el climaterio?: El papel de la medicina en el climaterio.
- 22 - [www.geosalud/climaterioprof/fisiop.menopausia.climaterio.htm](http://www.geosalud/climaterioprof/fisiop.menopausia.climaterio.htm)
- 23 - [www.inper.edu.mx/gineco](http://www.inper.edu.mx/gineco) Climaterio, familia y sexualidad. Miquel Lugoñes Botell
- 24 - [www.mydocsalud.com/ginecología](http://www.mydocsalud.com/ginecología), La mujer después de los 40
- 25 - [www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria](http://www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria).Menopausia y cerebro
- 26 - [www.rionegro.com.ar/salud/4-950318.htm](http://www.rionegro.com.ar/salud/4-950318.htm)1El climaterio y el síndrome del nido vacío

27 - [www.tercera.cl/diario/2000/0512/1.22.263aCysanticoncept.html/](http://www.tercera.cl/diario/2000/0512/1.22.263aCysanticoncept.html/)

# ANEXOS



## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

### ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**Objetivo:** Identificar las principales manifestaciones que presentan mujeres indígenas tojolabales del municipio "Las Margaritas" Chis. Durante el climaterio.

**Instrucciones:** Responda las siguientes preguntas con letra de molde, legible y lo mas veraz posible; en la primera, marque con un 0 si el síntoma es ausente, 1 si es leve, 2 si es moderado y 3 si es severo. En la pregunta 4 y 5 especifique la respuesta y en las demás preguntas marque con una cruz la respuesta correcta

#### ENCUESTA

Lugar y Fecha:

Nombre:

Edad:

Num. De hijos:

Num. de integrantes de familia:

Estado Civil:

Ocupación:

Escolaridad:

1.- Síntomas mas frecuentes durante el climaterio que presenta

Bochornos \_\_\_\_\_

Cefalea \_\_\_\_\_

Sudoración \_\_\_\_\_

Aumento de Peso \_\_\_\_\_

Mareo \_\_\_\_\_

Palpitaciones \_\_\_\_\_

Ansiedad \_\_\_\_\_

Irritabilidad \_\_\_\_\_

Nerviosismo \_\_\_\_\_

Cansancio, debilidad \_\_\_\_\_

Depresión, melancolía \_\_\_\_\_

Hormigueo \_\_\_\_\_

Insomnio, alteraciones del sueño \_\_\_\_\_

Dolor en las articulaciones o en músculos \_\_\_\_\_

2.- ¿Que cambios en la menstruación presentaron?

Disminución en el número de días \_\_\_\_\_  
Disminución en la cantidad de sangrado \_\_\_\_\_  
Dismenorrea \_\_\_\_\_

3.- ¿Cual de las relaciones familiares se vio mas afectada durante el climaterio?

Pareja \_\_\_\_\_  
Hijos \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

4.- Substistema familiar alterado de la mujer indigena tojolabal durante el climaterio

Conyugal \_\_\_\_\_  
Parental \_\_\_\_\_  
Sin alteración \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

5.- ¿A que edad se iniciaron los síntomas del climaterio?

40-45 \_\_\_\_\_  
46-50 \_\_\_\_\_  
51-55 \_\_\_\_\_  
56-60 \_\_\_\_\_

6.- ¿Con que frecuencia se presentaron los síntomas?

Muy frecuente \_\_\_\_\_  
Poco frecuente \_\_\_\_\_

7.- ¿Cuanto tiempo duraron los síntomas durante el climaterio?

6 meses \_\_\_\_\_  
8 meses \_\_\_\_\_  
12 meses \_\_\_\_\_  
24 meses \_\_\_\_\_  
36 meses \_\_\_\_\_

8.- ¿Que tan intensos fueron o son los síntomas?

Severos \_\_\_\_\_  
Moderados \_\_\_\_\_  
Leves \_\_\_\_\_  
Ausentes \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Ejido Saltillo, Municipio de Las Margaritas Chiapas a 6 de Agosto del 2002  
Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia  
Rosario Pérez Rul Rivero

Por medio de la presente me dirijo a las autoridades de las siguientes localidades, La Libertad, Bello Paisaje y Ejido Saltillo para que certifiquen que durante mi servicio social que se llevo a cabo durante el periodo comprendido de Agosto del 2001 a Agosto del 2002 se llevo a cabo el estudio de "Alteraciones psicológicas que presentan las mujeres indígenas tojolabales durante el climaterio y su repercusión con la dinámica familiar", cabe resaltar que la investigación se llevo a cabo en zona indígena que es donde se necesitan este tipo de investigaciones. Todo esto no hubiera sido posible sin el apoyo de las autoridades de cada localidad, las cuales aprueban firmando y sellando.



José Cruz López  
Comisariado Ejidal de Saltillo

Enrique Cruz Jiménez  
Agente Municipal de Saltillo  
Mpio. Las Margaritas, Chis.



H. Ayuntamiento Municipal Constituyente  
2002 - 2004  
AGENCIA MUNICIPAL  
RANCHERIA BELLO PAISAJE  
Las Margaritas

Jorge Jiménez Figueroa  
Agente Municipal de Saltillo P.



Ing. Pascual Cruz Montesinos  
Coordinador Operativo del CEDECO  
Las Margaritas

Dr. Roberto Mendoza Escobar  
Medico Encargado de la UMR  
UMR del Ejido Saltillo



Manuel Calvo López  
Comisariado Ejidal de La Libertad  
Mpio. Las Margaritas, Chis.

Francisco López Espinoza  
Agente Municipal de  
La Libertad