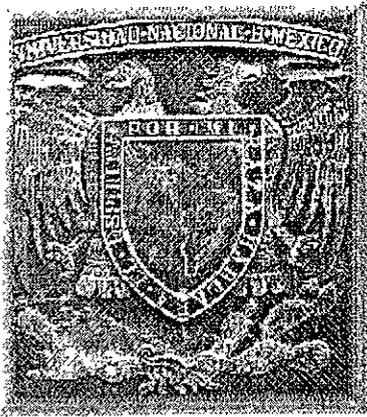


11226
8
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y DERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA
CLINICA HOSPITAL TUXPAN VERACRUZ.

SINDROMES CLIMATERICOS Y; MODIFICACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL, A TRAVES DE ACCIONES EDUCATIVAS, DIRIGIDAS A DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA DEL CLIMATERIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A AGOSTO DE 1995, EN LA CLINICA HOSPITAL TÚXPAN VERACRUZ.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA
OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

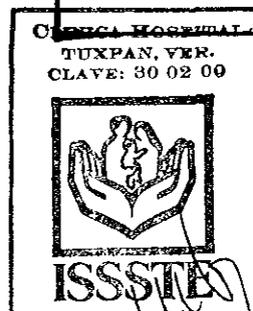
PRESENTA:

DRA. ROSA MARTHA ANDREWS GONZALEZ

TUXPAN VERACRUZ.



ISSSTE
BIENESTAR
SOCIAL



1998

20405



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

11226
8_{2es.}

SINDROMES CLIMATERICOS Y MODIFICACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL, A TRAVES DE ACCIONES EDUCATIVAS, DIRIGIDAS A DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA DEL CLIMATERIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A AGOSTO DE 1995, EN LA CLINICA HOSPITAL TÚXPAN VERACRUZ.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. ROSA MARTHA ANDREWS GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL ~~DEPARTAMENTO~~ DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.


DRA. MARÍA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.

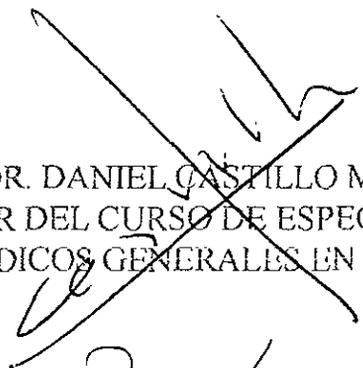
TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN

PRESENTA:

DRA. ROSA MARTHA ANDREWS GONZALEZ

SINDROMES CLIMATERICOS Y MODIFICACIÓN DE LA SINTOMATOLOGIA EMOCIONAL A TRAVES DE ACCIONES EDUCATIVAS, DIRIGIDAS A DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA DEL CLIMATERIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A AGOSTO DE 1995, EN LA CLINICA HOSPITAL TUXPAN VERACRUZ

~~DR. DANIEL CASTILLO MERCADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CLINICA HOSPITAL TUXPAN~~

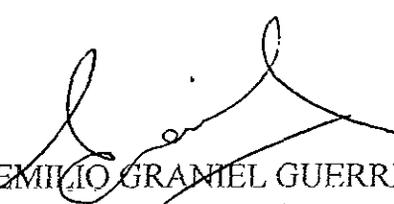


DR BENJAMIN GREER BECERRA
ASESOR DE TESIS

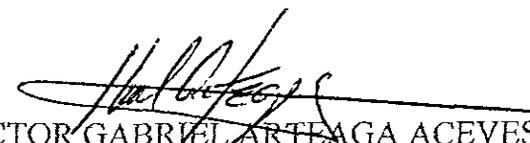


I. S. S. S. T. E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
09 MAR. 1998
V o. B o.

DR EMILIO GRANIEL GUERRERO
COORDINADOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR. ASESOR I.S.S.S.T.E.



DR HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



TUXPAN, VER. JUNIO DE 1998

8

A G R A D E C I M I E N T O S

**A MIS PADRES ROBERTO Y MARIA DOLORES
POR DARME EL DON PRECIADO DE LA VIDA**

**A MI ESPOSO JUVENTINO.
POR SU AMOR, COMPRESION Y AYUDA**

**A MIS HIJOS ROBERTO, ANDRES Y HUGO
POR SER UNICOS Y SIEMPRE ME HAN APOYADO**

**A TODOS MIS SERES QUERIDOS
POR SU CARIÑO Y CONFIANZA**

**A TODOS AQUELLOS QUE HA HECHO POSIBLE MIS LOGROS
PROFESIONALES**

A MIS ASESORES DE TESIS POR SU AYUDA

ÍNDICE

<i>1. INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
<i>2. MARCO TEÒRICO</i>	<i>3</i>
<i>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>12</i>
<i>4. JUSTIFICACIÓN</i>	<i>13</i>
<i>5. OBJETIVOS</i>	<i>15</i>
<i>6. METODOLOGÍA</i>	<i>16</i>
<i>7. RESULTADOS</i>	<i>22</i>
<i>8. ANÁLISIS</i>	<i>29</i>
<i>9. CONCLUSIONES</i>	<i>31</i>
<i>10. BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>33</i>
<i>11. ANEXOS</i>	<i>35</i>

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los reportes estadísticos de la organización de las Naciones Unidas, en el año 2000 existirán en el mundo 719 000 000 mujeres mayores de 45 años, el 65 % serán habitantes en los países en desarrollo en donde se ha registrado un incremento de la población, así como el aumento en la esperanza de vida.

Históricamente las expectativas de vida para una mujer en la época del Imperio Romano eran de 23 años, durante el descubrimiento de América de 30 años y aun en la Europa Victoriana eran solo de 45 años.

En México la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 52 años en 1950 a 73 años en 1990-1995, y se espera llegue a 78 años en el primer cuarto de siglo. Es notable que actualmente la mujer pueda vivir un tercio de su existencia después de haber concluido su potencial reproductivo, dicho fenómeno no ocurre en otras especies animales, salvo en algunos simios en cautiverio. En las sociedades contemporáneas en países desarrollados 95% de las mujeres pueden alcanzar la menopausia y el 50% llegar a los 75 años. (3,5).

La menopausia es un problema de salud cuya magnitud no se ha precisado, esto se debe en parte a que las investigaciones epidemiológicas se han realizado en centros asistenciales y no en la población en general. Por otra parte la menopausia se considera de manera muy diferente de acuerdo a las perspectivas socioculturales.

El climaterio en nuestro País esta considerado como prioridad de la Salud Pública, ya que llena los siguientes requisitos.

LA MAGNITUD: es el número de individuos que comparten un problema, ya que el consejo Nacional de población señala que para el año 2000 existirán en México más de 7 millones de mujeres mayores de 50 años que representa el 13% de la población femenina.

LA TRASCENDENCIA: se refiere a la importancia de la afección, en México, en el grupo de mujeres que tienen entre 45 y 50 años, el cáncer ocupa el primer lugar de muerte y los problemas cardiovasculares están en segundo lugar como causa de muerte, sin embargo la relación se invierte pasando los 60 años de edad.

VULNERABILIDAD: se dice que un problema es vulnerable cuando es susceptible de ser atacado eficazmente. En México los problemas de la menopausia y climaterio están lejos de ser vulnerables.

Las estrategias de prevención primaria como dietas, ejercicios, hábitos saludables desde temprana edad, así como atención integral de la mujer desde el punto de vista biológico, psicológico y social son un mito.

La mayoría de los grupos de población no tiene acceso a la terapia hormonal de reemplazo (1,3).

MARCO TEÓRICO

El termino climaterio proviene de Clímax que en Griego significa Cumbre, escalón. terminación del ascenso e inicio del descenso. Con está connotación en ocasiones se confunde el término con envejecimiento, pero este es un proceso progresivo y desfavorable de cambio, ordinariamente ligado con el paso del tiempo, que se hace perceptible en la senectud y termina con la muerte (3, 5, 6).

El climaterio constituye un estado fisiológico especial basado en un desajuste funcional que determina una serie de síntomas y signos hoy bien conocidos por lo que podemos referirnos a este como un Síndrome.

Es Oribasio en el siglo IV de nuestra era. el primer autor que describe “ las molestias propias de la mujer después de cesar las menstruaciones “, Leake en el siglo XVIII resalta la idea de que este síndrome es propio del humano y que ningún otro mamífero experimenta algo que se pueda comparar (5, 11, 13).

Colombat de L 'Isere en 1845 define a la mujer menopáusica así “Obligada a ceder al poder del tiempo, ahora la mujer deja de existir para la especie y desde entonces solo vive para ella misma, sus acciones están marcadas por la edad y sus órganos genitales están sellados con el signo de la esterilidad” (9, 11).

Los ovarios entran en insuficiencia progresiva y está declinación de las funciones gonadales trae como consecuencia la aparición de una serie de fenómenos tanto orgánicos como psíquicos, que cuando se desarrollan armónicamente pasan más o menos desapercibidos, pero cuando no sucede así producen trastornos menstruales, vasomotores, metabólicos y psíquicos que constituyen la sintomatología del climaterio, variando de intensidad, duración y características de una mujer a otra y se acentúan notablemente cuando el cese de la función ovárica se presenta en forma brusca como en el caso de la castración quirúrgica o radiológica en mujeres jóvenes (3, 6, 9, 11).

El principio y final de la función ovárica son generalmente graduales y están determinados en cada mujer genéticamente por factores raciales, constitucionales, nutricionales, educativos y sociales.

Las causas del climaterio radican en la pérdida progresiva de folículos ováricos debido a la atresia (5, 8, 13).

La menopausia es un fenómeno fisiológico que consiste en el cese de las menstruaciones y se denomina confirmada cuando la amenorrea existe desde hace un año. En la edad de

aparición influyen: la herencia, la raza, el clima, así como el modo de vida, la paridad. el uso de anticonceptivos, el tabaco, etc. (2, 6, 8, 11, 18).

El inicio y final del climaterio no son precisos, el signo cardinal e inequívoco de este síndrome es LA MENOPAUSIA, ocurrirá años después de su instalación y varios años antes de su final. La menopausia nos permite distinguir dentro del climaterio tres etapas: la Premenopausia, la Perimenopausia y la Postmenopausia, cada una de ellas caracterizada por el predominio de diferentes manifestaciones clínicas (2, 11, 18, 22).

Arbitrariamente se ha situado a la Premenopausia entre los 40 años de edad y un año antes de la menopausia, sus principales manifestaciones serán los trastornos de tipo menstrual; la perimenopausia es la etapa comprendida entre un año antes y un año después de la menopausia, sus manifestaciones principales son trastornos vasomotores y metabólicos; la etapa postmenopausica abarca desde unos años después de la menopausia hasta la edad de 65 años, en la que continuarán los trastornos metabólicos y terminarán predominando los procesos atróficos, especialmente la osteoporosis y las alteraciones genitales (3, 9, 13, 23).

La menopausia se acompaña en un 75 a 80% de los casos de múltiples síntomas relacionados con la modificación de los niveles hormonales que se pueden resumir:

- Alteraciones neurovegetativas: sofocación, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, nauseas, cefaleas, insomnio, vértigo.
- Alteraciones psicológicas: labilidad emocional, nerviosismo, irritabilidad, estado de ánimo depresivo, disminución de la libido.
- Alteraciones genético - urinarias: sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, disuria, poliuriuria, incontinencia urinaria (3, 7, 14, 23).

El síndrome climatérico está constituido por varios subsíndromes dependiendo de la sintomatología; estos no aparecen de manera simultánea, sino que como ya hemos mencionado se presentan en épocas sucesivas, aunque pueden traslaparse.

La excepción está representada por el subsíndrome psíquico, que sujeto a múltiples factores causales y predisponentes puede repartirse por igual en todas las etapas del climaterio o predominar en una sola (2, 13, 22).

SUBSINDROME MENSTRUAL: por definición las alteraciones menstruales se presentan antes de la menopausia, cerca del 90% de las mujeres presentan cambios importantes en el patrón menstrual, se puede presentar disminución o aumento en la frecuencia, cantidad y duración o incluso anemorrea (2, 7, 8, 10, 11, 15, 22).

SUBSINDROME VASOMOTOR. es seguramente el aspecto clínico más conocido de la mujer climatérica, su aparición habitual es entre los 40-45 años; la paciente manifiesta oleadas de calor que ascienden a la parte superior del tórax, cuello y cara, que duran escasos minutos, se pueden acompañar de transpiración. El bochorno puede presentarse hasta cada 2 Hrs. con predominio nocturno, impidiendo el descanso.

Su presencia puede oscilar entre 2 a 8 años, su frecuencia es del 65-85% de acuerdo a diversos autores (2, 7, 8, 10, 13, 15, 23).

Aproximadamente el 15% de las mujeres en esta época de su vida no experimentan ningún síntoma, el grado de labilidad psíquica juega un papel importante en la frecuencia de su presentación, en su duración y grado de interferencia en la vida cotidiana de la paciente (10, 15, 23).

La Fundación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha establecido un índice vasomotor para medir la magnitud de este subsíndrome y los parámetros registrados son: bochornos, transpiración, palpitations, vértigos, parestésias.

Tomando en cuenta el número de veces que se presenta en un día. A cada síntoma se le asigna un peso específico, que en el caso de los bochornos es de 4, en la transpiración de 2 y todos los demás 1. El resultado final es una calificación que refleja el grado de importancia de este fenómeno en una paciente determinada (11, 13).

SUBSINDROME METABÓLICO. El aumento de peso es fácilmente valorable en la climatérica, los problemas más importantes son la osteopenia y la osteoporosis, así tenemos que el 75% de los pacientes a los que se les diagnostica son mujeres, más del 50% de las mujeres mayores de 50 años tienen signos radiológicos de osteoporosis y solamente el 10% presentan sintomatología. La pérdida de calcio de los huesos es provocada también por el hipoestrogenismo, el 25% de estas mujeres mayores de 60 años presentan fractura vertebral por aplastamiento y una de cada cinco fractura de cadera (11, 13, 23).

Las pacientes que se consideran como de alto riesgo para presentar osteoporosis en el climaterio son aquellas de raza blanca, con antecedentes familiares de la enfermedad, de talla baja y peso bajo para su talla (dieta hipocalórica), de huesos finos, con menopausia antes de los 35 años, con tabaquismo, alcoholismo, ingesta de carne roja y café, además antecedentes personales de nefropatía, diabetes e hiper o hipotiroidismo.

El aumento de peso es frecuente en la mujer climatérica aún con la alimentación acostumbrada (7, 11, 22, 23).

SUBSINDROME ATRÓFICO. Los fenómenos atróficos y degenerativos se ocasionan por los niveles sumamente bajos de estrógenos, por lo tanto son los últimos en aparecer. Los más frecuentes son atrófia cutánea, atrófia genital, incontinencia urinaria y prurito, siendo esta una de las causas más frecuentes de problemas sexuales (7, 10, 11, 22, 23).

SUBSINDROME PSICOLÓGICO. Se han señalado diversos síntomas psicológicos que se presentan al tiempo de la menopausia, los más frecuentes incluyen nerviosidad, ansiedad, irritabilidad, depresión, insomnio y fatiga.

Los estudios de Jeffcoste señalan que los síntomas de trastornos emocionales no guardan relación con algunos cambios hormonales de la menopausia, en contraste Malleson y Wilson Y Wilson, consideran que los síntomas de depresión, labilidad emocional, irritabilidad, que se presentan en la menopausia de dependen de la falta de estrógenos y por lo tanto se debe dar terapia sustitutiva. El estudio epidemiológico sobre el síndrome climatérico efectuado en Baltimore demostró que junto con los síntomas menstruales se presentan los psicológicos (17, 22, 23).

Los problemas emocionales ya existentes se pueden agravar, o se pueden presentar problemas psicológicos nuevos, estos problemas se pueden dividir en tres categorías: depresión, ansiedad y hostilidad.

La depresión: usualmente se experimenta como un sentimiento insidioso de pérdida, probablemente con relación al patrón cultural de nuestro medio en donde la menopausia significa pérdida de la feminidad. La paciente experimenta sensación de tristeza, llanto fácil y respuesta exageradas con relación a la causa que las provoca.

La ansiedad: se manifiesta como un cortejo sintomático de nerviosismo e intranquilidad y miedo, que se ha relacionado con el temor de envejecer y la falta de seguridad que tiene la mujer en ella misma.

La hostilidad: está dada por un frecuente estado de irritabilidad que lleva a manifestaciones explosivas y ocasionalmente, pueden llegar a la psicosis temporal

El insomnio es la dificultad para conciliar el sueño o el mal dormir con agitación, pesadillas y sueño ligero, se presenta con frecuencia.

También hay cambios importantes en la esfera sexual, que van desde la disminución del interés por la relación sexual, por la devaluación de la propia femineidad, hasta la exaltación de este aspecto de la vida, en un intento de confirmar su existencia misma como mujer (1, 7, 11, 20, 21, 22).

Se calcula que el 50-60% de las mujeres climatéricas presentan esta sintomatología. La FIGO recomienda el uso de un índice de síntomas neuropsíquicos, donde se valore el insomnio, la cefalea y la depresión, se establece la frecuencia de su presentación como: ausente, poco frecuente, frecuente y muy frecuente, el resultado numérico establece la envergadura del problema (1, 4, 11, 20).

Las tensiones psicológicas son muy importantes, no solo las debidas a las presiones somáticas y ambientales, sino las ocasionadas por factores emocionales específicos como son la ruptura de ligas de apego, la pérdida de la imagen juvenil, las enfermedades y

muerte de familiares y amigos; la separación de los hijos y el agotamiento del amor en el matrimonio, donde la intimidad es reemplazada por la tolerancia y la vida sexual transcurre sin pasión, ni ternura. Las pérdidas anteriores son importantes pero es más la pérdida de la ilusión y la esperanza de la juventud, la falta de logros, romances, etc., " la vida no vivida", ocasionando síntomas somáticos y vasomotores (1, 11, 21, 22).

Los diferentes trabajos efectuados tienen defectos metodológicos, el más frecuentes es clasificar a las mujeres por su edad y no por su estado menstrual, por lo que se confunden las variaciones dependientes de la edad de las dependientes de la menopausia. De este modo algunos autores encuentran gran relación entre la menopausia y el aumento de los síntomas psicológicos y otros no encuentran ninguna. Hunter en un trabajo en el que independiza los efectos de la edad de los del estado menstrual, encuentra síntomas depresivos, problemas de sueño y problemas sexuales aumentan con la menopausia, pero la ansiedad, temores y problemas cognitivos no lo hacen (24)

El estudio de Manitoba se refiere a 148 mujeres, pacientes de un único médico de familia, divididas casi por partes iguales en menores y mayores de 50 años, perteneciendo a la clase acomodada, y con un nivel educativo elevado; se distribuían equitativamente en pre - peri - postmenopaúsicas, aparte del cuestionario de síntomas menopausicos cumplieron dos escalas de salud. Ni la sintomatología psicológica, ni las escalas psiquiátricas mostraron diferencias según el período menopausico, aunque apareció una correlación significativa entre los síntomas psicológicos y la puntuación de las escalas.

Según Anderson y al. , el 63% de las mujeres que acudieron a una clínica de Menopausia en San Diego California, aquejaban síntomas psicológicos y el 65% mostraron grados variables de depresión en la escala de autoevaluación de Zung.

Desde siempre la menopausia se ha asociado con trastornos psíquicos y el atribuir a la retirada de las reglas cambios en el carácter y en la afectividad.

El doctor Lauritzen sitúa a la depresión en el quinto lugar de molestias en las distintas etapas del climaterio y asegura que afecta al 25% de las mujeres en la premenopausia, al 72% en la perimenopausia y al 76% en los primeros tres años de la postmenopausia (26, 27).

Los estudios de centros de asistencia primaria han sugerido varias formas en que los médicos familiares pueden reconocer trastornos mentales en sus pacientes. Se han utilizado instrumentos de detección de síntomas psiquiátricos en la práctica asistencial, que alerte al médico familiar acerca de la sintomatología emocional, la escala de depresión de Zung valora los rasgos afectivos, psicológicos y somáticos de la depresión, es un inventario de 20 ítems en escala de gravedad de 4 puntos, mide el grado de malestar psicológico sentido por el paciente en un periodo de tiempo reciente

sin referencia a la causa del malestar situacional, reactivo no indicador de trastorno mental definido, sin embargo es de fácil aplicación y sirve para alertar al médico acerca del estado psicológico del paciente. En un estudio reciente se encontró que las pacientes con más probabilidad de presentar depresión y ansiedad eran del sexo femenino, nivel socioeconómico bajo y tenían un alto nivel de estrés en el momento de su visita médica (25).

Para la medición de la gravedad de los estados depresivos el instrumento más conocido es la escala de Hamilton, se han desarrollado varias modificaciones de su versión original, fue aplicada por primera vez en Inglaterra; ofrece un método para registrar sistemáticamente las observaciones basadas en entrevistas clínicas convencionales, consta de 17 ítems, son evaluados por un entrevistador u observador sobre la base de una escala de 3 a 5 puntos y constituyen la base habitual de la puntuación total: estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio inicial, insomnio intermedio, insomnio tardío, trabajo e interés, retraso, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, genitales, hipocondría, pérdida de peso. Para la valoración cuantitativa de los síntomas depresivos, puede utilizarse repetidamente la escala a lo largo de un período de estudio longitudinal, aunque Hamilton no recomendó su uso para fines diagnósticos. Se considera como una evaluación cuantitativa y cualitativa de la personalidad (25, 28).

El manejo terapéutico de los trastornos emocionales del climaterio que puede hacer el médico no especialista tiene dos aspectos, por una parte el manejo farmacológico que requiere el uso combinado de medicamentos energizantes y tranquilizadores en dosis suficientes y por tiempo prolongado; y por otra parte la psicoterapia que debe orientarse en el sentido de ayudar a las mujeres a reconocer la naturaleza e implicaciones de los cambios biológicos y psicológicos ayudando a encontrar nuevas fuentes de satisfacción que sustituyan a las pérdidas. (1, 20, 21)

Datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística Español, refiere que la sintomología que presentan las mujeres menopausicas deriva de tres situaciones fundamentales:

- Disminución de la actividad ovárica, con sintomatología precoz a veces muy molesta para su actividad habitual (sofocos, sudoración, atrofia vaginal etc.), síntomas a mediano o largo plazo vinculados con cambios metabólicos.
- Factores socioculturales, en los cuales el medio ambiente en el que se desenvuelve la mujer es determinante.
- Factores psicológicos que dependen de la estructura de su carácter

En la Unidad de Menopausia se ha observado que la sintomatología se presenta en cascada siendo la más frecuentes:

Vegetativos	Metabólicos	Psíquicos
Sofocos	Osteoporosis	Irritabilidad
Sudoración	Arterioesclerosis	Ansiedad
Palpitaciones	Atrofia cutanea	Depresión
Cefales	Atrofia genital	Nerviosismo
Opresión	Artropatias	Insomnio
Zumbido de oídos	Mialgias	Disminución libido
Hipertensión	Neuralgias	Amnesia
Vértigo	Obesidad	Fatiga mental

El climaterio no constituye un estado patológico y por lo tanto no debe ser motivo de prescripción obligatoria de medicamentos, aproximadamente el 15% de las mujeres no experimentan ninguna sintomatología, otro 15% manifiesta desorientación y con sencillas medidas de instrucción y orientación pueden cursar casi asintomáticas, un 60% de las mujeres que llegan a los 50 años de vida se verán afectadas en mayor o menor grado, por los cambios climatéricos (21,22,23,24)

Una posición sensata y de aplicación práctica es evaluar cada caso en particular y cuando así se justifique seleccionar las medidas que serán aplicadas de acuerdo a un programa bien delineado.

- 1) Dieta: especial énfasis en conservar el peso
- 2) Ejercicio: sirve para mantener la irrigación tisular a todos los niveles, un buen programa de gimnasia metódica mantiene el aspecto juvenil, refuerza la masa muscular y previene la enfermedad coronaria. El cansancio físico que sigue al ejercicio ayuda a conciliar el sueño.
- 3) Manejo de síntomas vasomotores: los estrógenos es la medida terapéutica más eficaz para el control rápido de estas molestias (TSH). Existen diversos esquemas terapéuticos que serán adaptados individualmente a cada paciente.
- 4) Manejo de síntomas emocionales: primero es establecer una buena relación médico-paciente. El médico debe interiorizarse y conocer los componentes afectivos de cada

paciente, la terapia ocupacional y el apoyo en los satisfactores son dos elementos de fácil disponibilidad.

El uso de medicamentos antidepressivos, tranquilizantes etc., deben usarse con indicaciones específicas y solo como terapia coadyuvante al apoyo psicológico, el empleo de estrogénoterapia es discutible, aunque puede resultar benéfica en el control de los síntomas emocionales.

5) Prevención de la osteoporosis: mantener una nutrición adecuada con alimentos ricos en calcio y vitamina D, actividad física, suplemento diario de 1.5 g. de calcio y estrogénoterapia cíclica, sobre todo en mujeres con alto riesgo

6) Prevención de la arterioesclerosis: evitar el sobrepeso, ejercicio físico adecuado, suprimir o evitar el tabaco, evitar situaciones de estrés, tratamiento de la hipertensión si es necesario, y valorar los niveles de TSH.

7) Tratamiento de la atrofia vaginal: el uso de cremas a base de estrógenos para aplicar por lo menos una vez a la semana, y mantener una vida sexual activa. (1, 7, 8, 10, 12, 14, 16, 20, 22, 23)

Muchos autores han comunicado mejoría del síndrome psicosexual y neurovegetativo con tratamiento hormonal. Otros autores expresan lo contrario "Hay muchas causas para la depresión y los síntomas psíquicos y cuando estos se hallan en relación con un medio endocrino alterado, cabe esperar una respuesta positiva a la terapia hormonal. La cuestión crítica para el clínico es determinar las causas y los componentes relativos que envuelven los síntomas psíquicos (24)

La educación sanitaria de la población para entender el climaterio como lo que es, y no como lo que durante mucho tiempo se ha entendido, es la base de la atención a la mujer climaterica.

En ocasiones es necesaria psicoterapia o una terapia sexual apropiada, pero la simple información y educación es muchas veces suficiente. El reconocimiento de las causas de la sintomatología psicológica es complicada, pero es preciso buscarlas y no achacarlas demasiado deprisa a la menopausia o a la edad (24).

La psicoterapia de apoyo unida a hormonoterapia, no son tan malos como podría esperarse, especialmente en los trastornos distímicos paraclimatericos

La aclaración de los conflictos, de las dudas y de los miedos, exige ciertamente paciencia y comprensión, análogas a las que se necesitan en otras reacciones de ansiedad y depresión.

La psicoterapia puede realizarse de varios modos:

- Diálogo o charla esclarecedora, apoyada si el nivel educativo es suficiente con folletos, libros, etc.
- Ejercicio de relajación en casos de irritabilidad y ansiedad, sobre todo si se trata de trastornos adaptativos al estrés. Estos ejercicios pueden realizarse en pequeños grupos.
- Programas de ejercicio físico: los ejercicios aeróbicos para las menopausias para la prevención de la osteoporosis, así como para combatir la depresión y la astenia han sido descritos por Noteloviz (24)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La esperanza de vida en México ha sufrido cambios importantes siendo en la actualidad de 79 años para la mujer; se considera el climaterio como una etapa de la mujer que va de los 35 a los 65 años, lo que significa el 40% de su vida.

En la Clínica Hospital Tuxpan el 35% de la usuarias corresponde al grupo de edad de 35 a 69 años, de estas, un número importante demanda atención médica por problemas relacionados con el climaterio, la gran mayoría aquejan problemas emocionales que son factibles de mejorar con conocimiento adecuado de este síndrome.

¿De las mujeres en edad del climaterio que acuden a la consulta en la Clínica de Tuxpan Veracruz que porcentaje de ellas presentan síntomas relacionados con los subsíndromes climatéricos, y de acuerdo a la evaluación de Zung y Hamilton que nivel de depresión y ansiedad presentan?

¿Es posible que con reuniones grupales disminuyan los niveles de depresión y ansiedad?

JUSTIFICACIÓN

El climaterio ha sido objeto de atención intensa desde hace 10 años o más, si analizamos los distintos factores involucrados concluimos que es la menopausia el hecho que genera una serie de cambios en la mujer, que explican el interés de los investigadores (5, 6).

La menopausia es un hecho fisiológico espontaneo que tradicionalmente se ha considerado como parte del proceso de envejecimiento; puede decirse en general que las mujeres experimentan la declinación de su belleza y la perdida de su poder reproductivo alterando severamente la imagen que tienen de sí misma. (6, 1).

En 1990 nuestro país contaba con 5 521 393 mujeres climatéricas. El 50% de ellas entre 45 y 54 años y el otro 50% en etapas donde la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares y otros padecimientos crónicos son causas importante de morbilidad y mortalidad. El climaterio es un factor que influye en procesos cuya etiología, desarrollo y consecuencias son multifactoriales, y es posible que factores culturales y socioeconómicos influyan sobre la frecuencia y gravedad de los síntomas (1,6,21).

La depresión hormonal se acompaña de una depresión narcisista, tanto más cuanto la declinación física lleve consigo la perdida del papel central de la mujer en la vida familiar. Ambas condiciones hacen del climaterio una época propicia para activación de un viejo conflicto femenino EL TEMOR DE LA MUJER DE SER ABANDONADA Y SUSTITUIDA, de ahí que al sentimiento de devaluación se agregue el miedo al desamparo y la soledad. (1, 15).

Los cambios físicos que incluyen trastornos de la menstruación, inestabilidad vasomotora, y atrofia de todos los tejidos, que dependen del estrógeno incluyendo genitales se encuentran bien definidos en la literatura.

Otro grupo de síntomas asociados a la menopausia que incluyen nerviosidad, ansiedad, irritabilidad y depresión presentan carencia relativa de información científica, y a veces resulta difícil estimar cuáles síntomas dependen de las alteraciones hormonales y cuales resultan de los diversos reajustes psicológicos que normalmente tienen lugar en la mayor parte de las mujeres durante la cuarta y quinta década de la vida. (1, 17).

La Medicina Familiar como su nombre lo indica, tiene dentro de sus propósitos el mantener el núcleo familiar en equilibrio, siendo la mujer el eje central de la Familia, es función del medico familiar conservar la armonía; por lo que se plantea la elaboración de un estudio en donde se pongan en práctica los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos en la especialidad, que permitan mejorar la calidad de vida en la mujer climatérica en las esferas biológica, psicológica y social.

Debemos tener presente que la mejoría de la cantidad de vida de una mujer que se mide en años, es igualmente importante considerar la calidad de vida durante la postmenopausia.

En la clínica hospital Tuxpan en 1994 de 1016 derechohabientes adscritas a la unidad en el grupo de edad de 45 a 64 años se canalizaron al médico especialista por trastornos de personalidad 137, que corresponde al 13.4% de ellas. No existen datos estadísticos de las pacientes en el grupo de edad de 35 a 45 años.

Tampoco se cuenta en la unidad con estadísticas de cuantas pacientes son vistas en la consulta de medicina general o de ginecología por problemas relacionados con el síndrome Climatérico.

Para Diciembre de 1994 se encuentran adscritas 2413 mujeres en los grupos de edad de 35 a 69 años que representan el 35% del total de las derechohabientes, lo que nos hace pensar en la necesidad de elaborar el trabajo antes sugerido, y poder contar con datos propios de la sintomatología que predomina más en el climaterio.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la frecuencia de los subsíndromes climatéricos y la edad a la que se presentan en las derechohabientes de la Clínica Hospital Tuxpan Veracruz en el periodo de Enero a Agosto de 1995, y tratar de mejorar los síntomas emocionales a través de reuniones de grupo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la edad a la que se presentan los subsíndromes climatéricos y cuales son los más frecuentes en las derechohabientes que asistan a la clínica del climaterio.
- Conocer el estado civil y el nivel educativo de las pacientes que asisten a la clínica del climaterio.
- Conocer a través de la escala de Zung y Hamilton la frecuencia de los síntomas de depresión y ansiedad de las derechohabientes climatéricas.
- Mejorar los síntomas emocionales de las asistentes a la clínica del climaterio a través de reuniones de grupo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es una investigación de tipo descriptivo y transversal, que se llevo acabo en la Clínica Hospital Tuxpan Veracruz, de Enero a Agosto de 1995.

Existiendo 1504 derechohabientes en el grupo de edad de 40-59 años a diciembre de 1994, para este trabajo, la muestra que se toma es por cuota, inscribiéndose en la clínica del climaterio 110 pacientes, a las cuales se les solicita en forma verbal su autorización para participar en el estudio, y se les explica la importancia de terminar el total de sesiones planeadas, así como la veracidad a las respuestas en las cédulas de evaluación que se emplean.

UNIVERSO DE TRABAJO

El presente estudio se efectúa en la Clínica Hospital Tuxpan Veracruz del ISSSTE en donde se encuentran adscritas un total de 6390 mujeres de las cuales 1758 que representa el 27.5% están en el grupo de edad de 35 - 59 años de edad en Enero de 1995.

Ingresan al estudio aquellas que asistan a la Clínica del Climaterio a partir de Enero y asistan al total de las sesiones

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Se incluyen todas las mujeres que asistan a la clínica del climaterio comprendidas en este grupo de edades.

Se excluirán aquellas pacientes que se encuentren en este grupo de edad que estén recibiendo tratamiento psiquiátrico.

Se eliminaran aquellas derechohabientes que no asistan al 90% de las sesiones además de a la consulta ginecológica.

Las encuestas utilizadas son tres:

Una cédula que describe los síntomas del climaterio, considerando aquellos que la literatura refiere como los más frecuentes entre ellos; bochornos, parestésias, alteraciones menstruales etc.; esta cédula fue elaborada para este estudio explicándole a cada asistente como contestarla, aclarándoles la terminología que no comprendieran.

Además de los síntomas más frecuentes nos permitirá ver la frecuencia de los síndromes de acuerdo a los grupos de edad, su estado civil y nivel educativo.

La escala de Zung para medir síntomas depresivos por medio de 20 reactivos, indicando una modalidad por puntaje del 1 al 4 siendo la calificación total de 20 a 80 puntos con la siguiente escala: de 20 a 35 puntos se considera normal, de 36 a 45 reacción de ansiedad, de 46 a 60 puntos depresión media y de 61 a 80 depresión severa.

La escala de Hamilton que evalúa síntomas de ansiedad con un puntaje que es de 0 a 56, siendo de 1 a 14 puntos ansiedad leve, de 15 a 28 ansiedad moderada, 29 a 42 puntos ansiedad grave y de 43 a 56 puntos incapacitada. Esta es aplicada por el entrevistador, por la terminología que tiene.

Los instrumentos empleados nos permiten conocer el tipo de sintomatología que predomina en nuestra población, evaluar el nivel de ansiedad y depresión al inicio de la investigación y al final de la misma, y observar si las sesiones influyen y modifica la sintomatología emocional (psicológica).

Al inicio de las sesiones se obtiene una puntuación de cada una de las asistentes de los síntomas de ansiedad y depresión con el que ingresan a la clínica, se efectúan 35 sesiones, siendo una por semana con dos horas de duración, en ellas se les imparten conocimientos sobre el síndrome climatérico, el predominio de cada uno de los subsíndromes de acuerdo a las diferentes edades, sobre la autoestima y como elevarla, la sexualidad humana, y la importancia que reviste en esta etapa de la vida, se promueve el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias entre las asistentes, que les permita al final del curso mejorar su sintomatología, su estado de ánimo y sentir que es una etapa más que se debe vivir con plenitud, se canalizan a la consulta ginecológica aquellas que por su sintomatología requieran terapia sustitutiva.

Al finalizar cada una de las sesiones se lleva a cabo una evaluación informal del estado de ánimo de las asistentes, de los cambios que están teniendo en forma favorable y esto se corrobora al finalizar el total de las reuniones con aplicación de los mismos instrumentos y comparándolo estos con las encuestas iniciales.

La descripción y presentación de las variables se hará en porcentajes y promedio.
La prueba de significancia ante las variables se realizará en base a la T de Students.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES CONTINUAS

Edad: se anotará en años cumplidos

I.V.S.A. se anotará la fecha en que inicia relaciones sexuales

No. de embarazos: se anotará el total de ellos y cuantos vivos.

Síntomas Psicológicos: La depresión se evalúa con la escala de Zung (que abarca los síntomas más característicos de la depresión) y consta de 20 reactivos, 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo.

Un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala depresión mayor. La Ansiedad se va a evaluar con la escala de Hamilton: una calificación alta nos indica ansiedad grave e incapacidad.

VARIABLES DISCRETAS

Escolaridad: Se tomará en cuenta primaria terminada o no, secundaria, preparatoria, comercio, normal y profesional.

Uso de anticonceptivos: se consignará el tipo de método utilizado y desde cuando.

Ritmo menstrual: se tomará en cuenta el ritmo, frecuencia y duración además de fenómenos que lo acompañan.

Estado civil: se tomará en cuenta si es casada, soltera, viuda, unión libre o divorciada.

VARIABLES INDIVIDUALES

Síntomas vasomotores: se anotará si se presentan o no y desde cuando. los bochornos, sudoración, parestesias, calambres, mareos y problemas de presión.

Síntomas metabólicos: se captará a través, del aumento de peso, dislipidemias (elevación del colesterol y los triglicéridos) en base a exámenes de laboratorio que se soliciten; para la osteoporosis se analizaran factores de riesgo en cada paciente en la consulta ginecológica.

Síntomas atróficos: se anotará si se presenta o no la dispareunia (dolor a la relación sexual), la cistitis (molestia urinaria).

DESCRIPCION DE RESULTADOS

De 110 pacientes que ingresan y finalizan el estudio, de acuerdo a las variables estudiadas, podemos ver que la edad promedio de las asistentes es de 47 años con una variación de 36 a 65 años de edad; grupo I de 35-39 años, 11 asistentes que representan el 10%; grupo II de 40-44 años, con 26 mujeres siendo el 23.6%; el grupo III de 45-49 años, asistiendo 37 personas representan el 33.6% siendo el grupo mayor ya que en estas edades se presenta la sintomatología más florida; el grupo IV de 50-54 años, con 26 siendo el 23.6%; el grupo V de 55-59 años, con 8 asistentes que equivale al 7.3%; por último el grupo VI solamente con 2 que representan el 1.8%.

De acuerdo al estado civil encontramos 81 pacientes casadas que corresponde al 73.6%, el 13.6% son viudas con 15 asistentes, solteras son 14 siendo el 12.8%, no se registraron divorciadas, ni en unión libre.

En el nivel educativo de las asistentes encontramos 15 pacientes con primaria no terminada correspondiendo al 13.6%, con primaria terminada tenemos 40 asistentes que equivale al 36.4%, con secundaria se encuentran 21 mujeres siendo el 19%, con normal básica terminada son 16 que representa el 15%, con carrera comercial tenemos 12 que son el 11% y con preparatoria solo 6 que equivale al 5%; el 50% de nuestra población cuenta con un nivel escolar medio lo que facilita su participación y comprensión en el curso, llama la atención que se cuenta con derechohabientes de nivel superior, esto puede deberse a que las pacientes asisten a la consulta privada y sus actividades no les permiten asistir con regularidad a las sesiones.

El promedio de hijos que se registraron en el estudio es de tres, con pacientes sin ningún hijo y con una paciente con doce hijos, lo que hace suponer que la planificación familiar no estaba tan difundida en su etapa fértil.

La frecuencia con la que se presentaron los **Subsíndromes menstruales** es de 39 casos en total, predominando en el grupo de edad de 40 a 44 años con 18 casos; este se evalúa a través de las alteraciones en la regla, ya sea por disminución o por aumento de los sangrados, este fue el menos frecuente, debemos tomar en cuenta que del grupo estudiado el 32.7% de las pacientes se encuentran en la postmenopausia.

El subsíndrome vasomotor.- se presentó en 81 asistentes con predominio en el grupo de edad de 45 a 49 años siendo 30 casos, este es el más frecuente en este grupo así como lo refiere la literatura.

El subsíndrome metabólico.- se presentó en un total de 46 casos, con igual frecuencia en los grupos de edad de 45 a 49 y de 50 a 54 años, este se evaluó en la consulta ginecológica por medio del aumento de peso o no ; la osteoporosis es difícil de detectar en este nivel de atención médica, por lo que solo se evalúan los factores de riesgo.

El subsíndrome atrófico.- se presentó en 28 casos siendo más frecuentes en la edad de 50 a 54 años de edad con 12 casos, este fue evaluado por medio de la presencia o no de síntomas como la dispareunia, sistitis y la revisión ginecológica.

El subsíndrome psicológico.- de acuerdo a varios estudios, acompañan a las pacientes a las etapas del climaterio, aunque los reportes indican que predominen la perimenopausia y postmenopausia.

En la escala de Zung para medir síntomas de depresión, aplicada antes de iniciar las sesiones (grupo I) se observa que en el grupo de 35 a 39 años están normales, y que los grupos de edad de 40 años y más se encuentran con otra puntuación reportando reacción de ansiedad, las asistentes del grupo de 50 a 54 años de edad están cerca de lo que se considera como depresión media. En la evaluación postsesiones (grupo II) se observa que se encuentran dentro de la normalidad todos los grupos de edad. En forma global observamos que el total de las pacientes en el grupo I se encuentran con reacción de ansiedad y que al finalizar el total de reuniones se evalúa como dentro de la normalidad. con una P significativa de 0.000

La escala de Hamilton que nos permite evaluar síntomas de ansiedad de la población estudiada, nos muestra que antes de iniciar las sesiones (grupo I), los grupos de edad de 35 a 39 años y de 50 a 54 años se encuentran cerca de la ansiedad moderada (2 puntos), y que el grupo de edad de 60 años y más se encuentra en este nivel; los demás grupos reportan un nivel de ansiedad leve, aunque con una puntuación cercana al siguiente nivel. En la evaluación posterior de las sesiones observamos que el grupo de edad de 60 años y más permaneció con ansiedad moderada, pero en los demás grupos de edad disminuyó el nivel de ansiedad. Comparando el total de casos del grupo I en donde la puntuación es de 1.83, con el grupo II con 1.41 puntos, esto nos indica que mejoró el estado de ansiedad en forma global con una P significativa de 0.000.

Cuadro 1.- ESTADO CIVIL POR GRUPOS DE EDAD EN DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DEL CLIMATERIO

EDAD	ESTADO CIVIL			TOTAL
	SOLTERA	CASADA	VIUDA	
35 - 39	2	8	1	11
40 - 44	5	19	2	26
45 - 49	4	25	8	37
50 - 54	1	22	3	26
55 - 59	1	6	1	8
60 y más	1	1	0	2
TOTAL	14 12.8%	81 73.6%	15 13.6%	110 100%

Fuente: Cédula de encuesta 1.

Cuadro 2.- NIVEL EDUCATIVO POR GRUPOS DE EDAD EN LAS DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE CLIMATERIO.

EDAD	ESCOLARIDAD						TOTAL
	Primaria No Terminada	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Normal	Comercio	
35 - 39	1	3	2	1	0	4	11
40 - 44	5	12	5	1	2	1	26
45 - 49	4	13	5	4	9	2	37
50 - 54	3	10	5	0	4	4	26
55 - 59	1	2	3	0	1	1	8
60 y más	1	0	1	0	0	0	2
TOTAL	15 13.6%	40 36.4%	21 19%	6 5%	16 15%	12 11%	110 100%

Fuente: Cédula de encuesta 1.

Cuadro 3.- FRECUENCIA DE SUBSÍNDROMES CLIMATÉRICOS POR GRUPOS DE EDAD EN DERECHOHABIENTES CLINICA DEL CLIMATERIO.

EDAD	SUBSÍNDROMES			
	MENSTRUAL	VASOMOTOR	METABÓLICO	ATRÓFICO
35 – 39	10	8	1	0
40 – 44	18	17	6	1
45 – 49	9	30	16	10
50 – 54	2	18	16	12
55 – 59	0	8	5	3
60 y más	0	0	2	2
TOTAL	39	81	46	28

Fuente: Cédula de encuesta 1

Cuadro 4.- PRUEBA “T” PARA EVALUAR ANSIEDAD PRE Y POSTERAPIA GRUPAL DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD

EDAD	GRUPO I	GRUPO II	EVALUACION	D.F.	P.
35 - 39	1.90	1.63	1.53	20	0.139
40 - 44	1.80	1.34	3.73	50	0.000
45 - 49	1.78	1.35	4.11	72	0.000
50 - 54	1.92	1.42	4.45	50	0.000
55 - 59	1.87	1.25	3.03	14	0.008
60 Y MÁS	2.00	2.00	-	2	-
TOTAL CASOS	1.83	1.41	7.08	218	0.000

Fuente: Cédula de encuesta Hamilton

Cuadro 5 .- PRUEBA “T” PARA EVALUAR DEPRESIÓN PRE Y POSTERAPIA GRUPAL

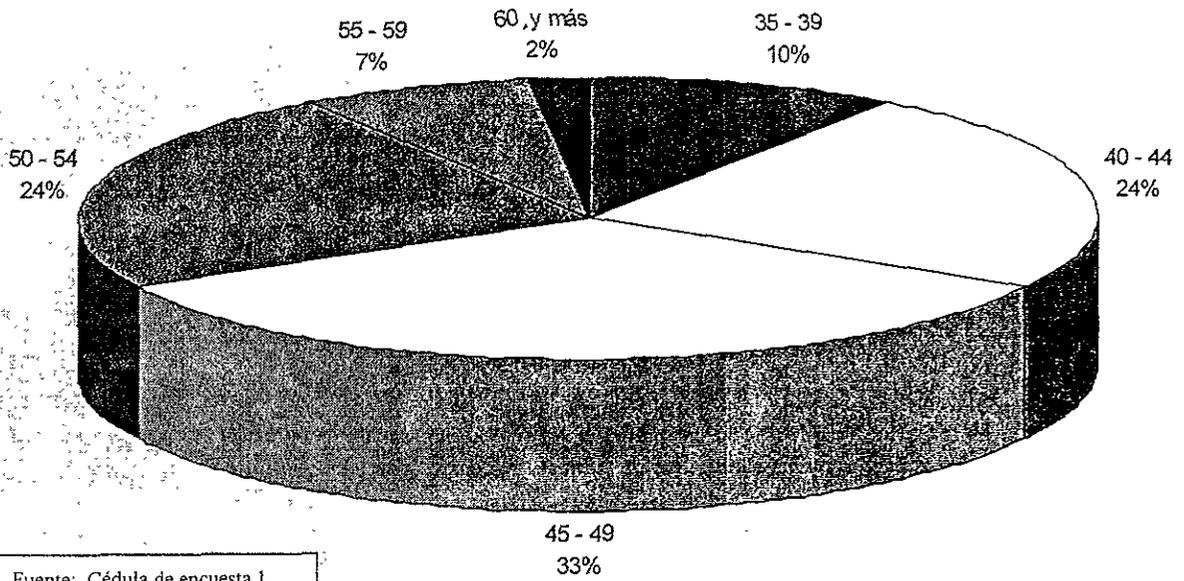
DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD

EDAD	GRUPO I	GRUPO II	EVALUACION	D.F.	P.
35 - 39	1.72	1.63	0.36	20	0.710
40 - 44	2.19	1.16	3.34	50	0.001
45 - 49	2.21	1.51	4.18	72	0.000
50 - 54	2.46	1.76	4.27	50	0.000
55 - 59	2.25	1.75	1.14	14	0.170
60 Y MÁS	2.00	1.50	1.00	2	0.420
TOTAL CASOS	2.22	1.64	6.62	218	0.000

Fuente: Cédula de encuesta Zung

PORCENTAJES DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD DE LA CLINICA DEL CLIMATERIO

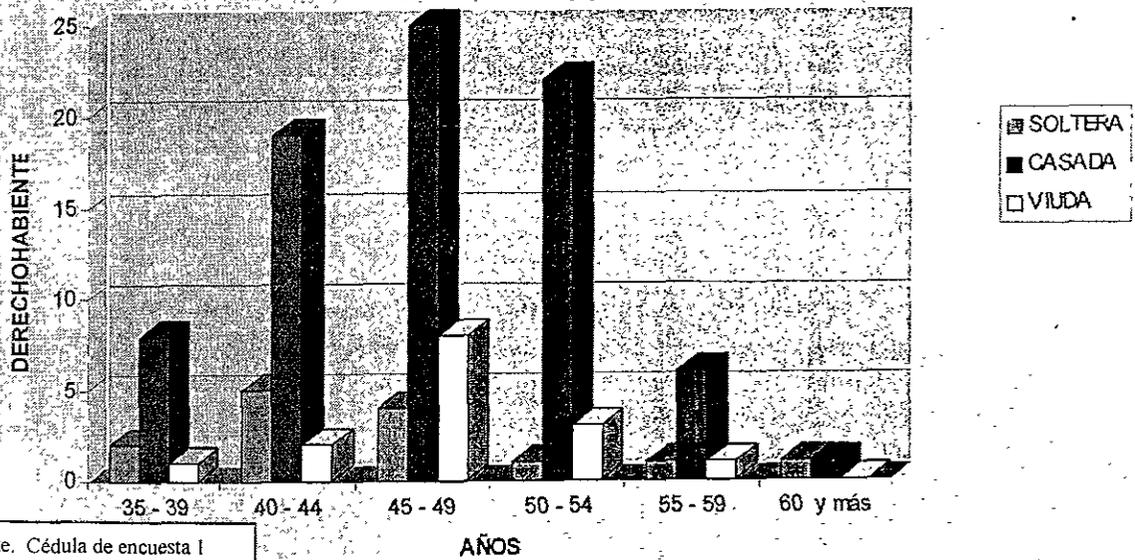
Gráfica 1



Fuente: Cédula de encuesta 1.

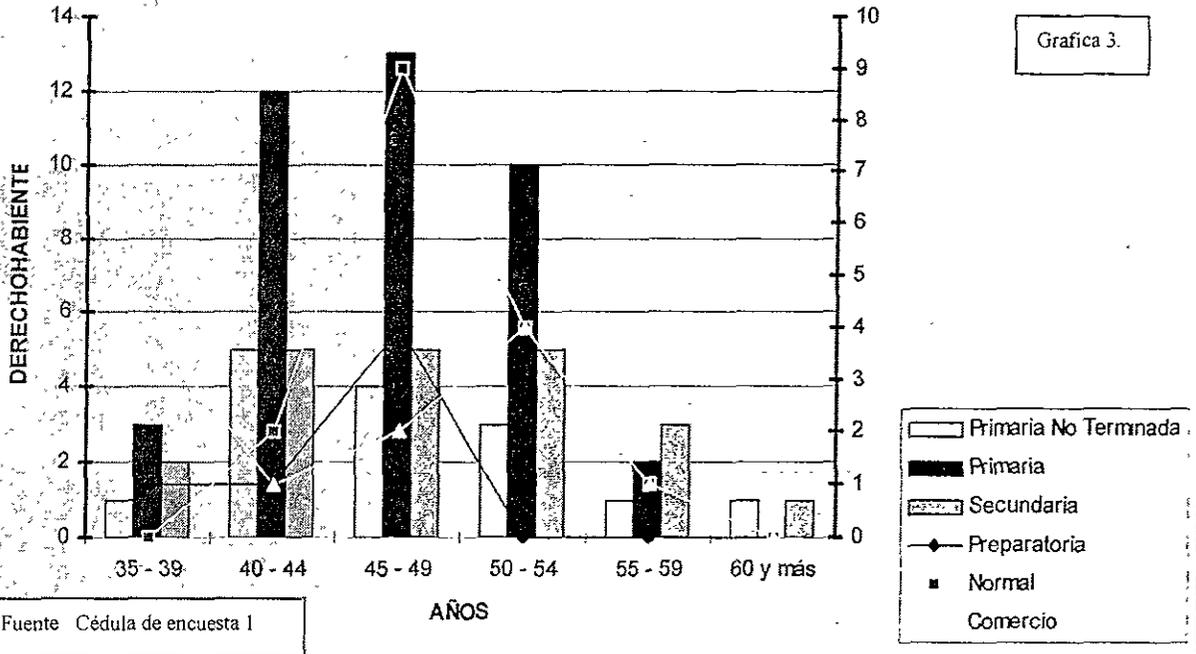
ESTADO CIVIL POR GRUPOS DE EDAD, EN DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DEL CLIMTERIO

Gráfica 2

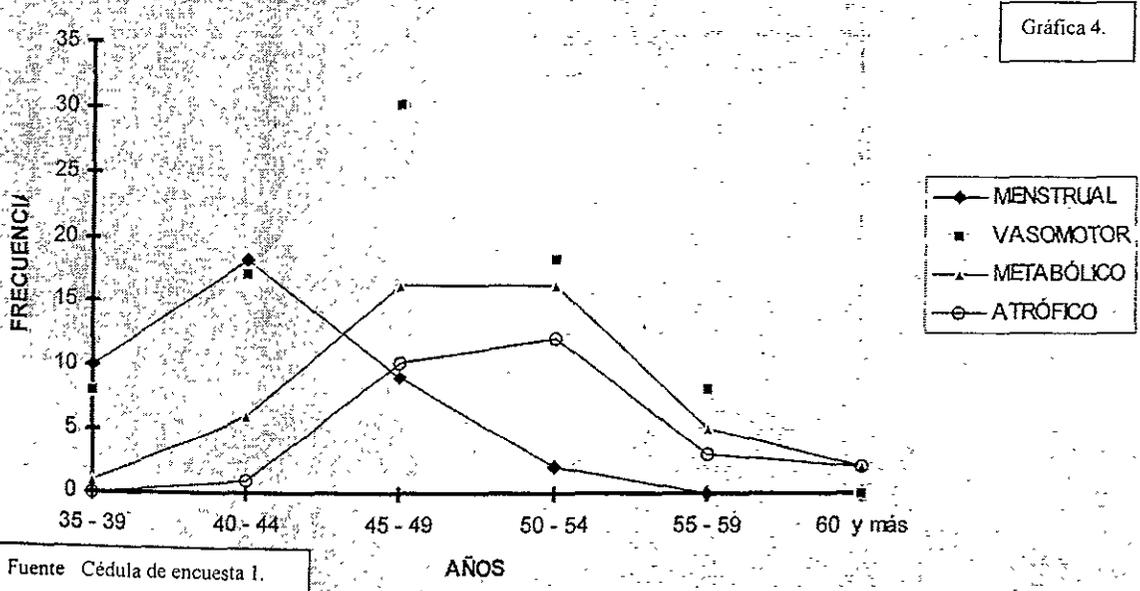


Fuente. Cédula de encuesta 1

NIVEL EDUCATIVO POR GRUPOS DE EDAD EN LAS DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DEL CLIMATERIO

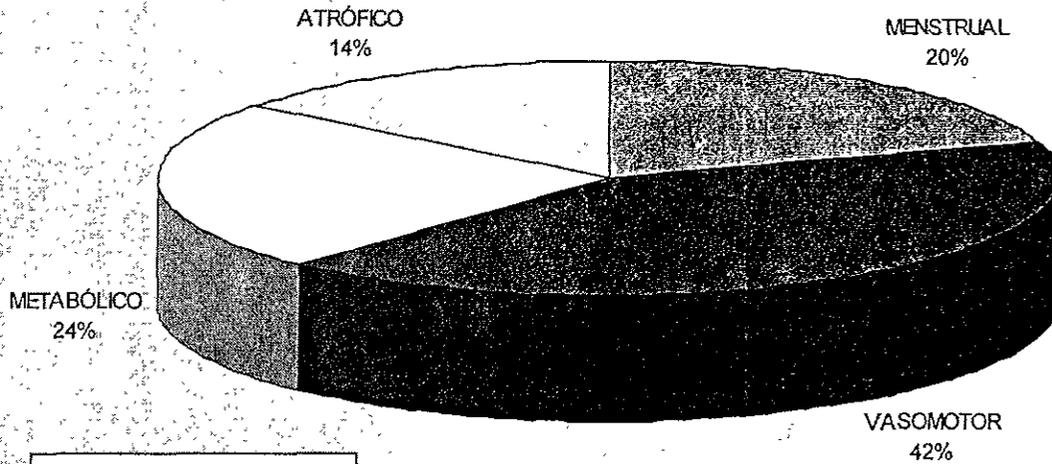


FRECUENCIA DE SUBSINDROMES CLIMATERICOS POR GRUPOS DE EDAD



FRECUENCIA DE SUBSINDROME CLIMATERICOS EN PACIENTES DE CLINICA DEL CLIMATERIO

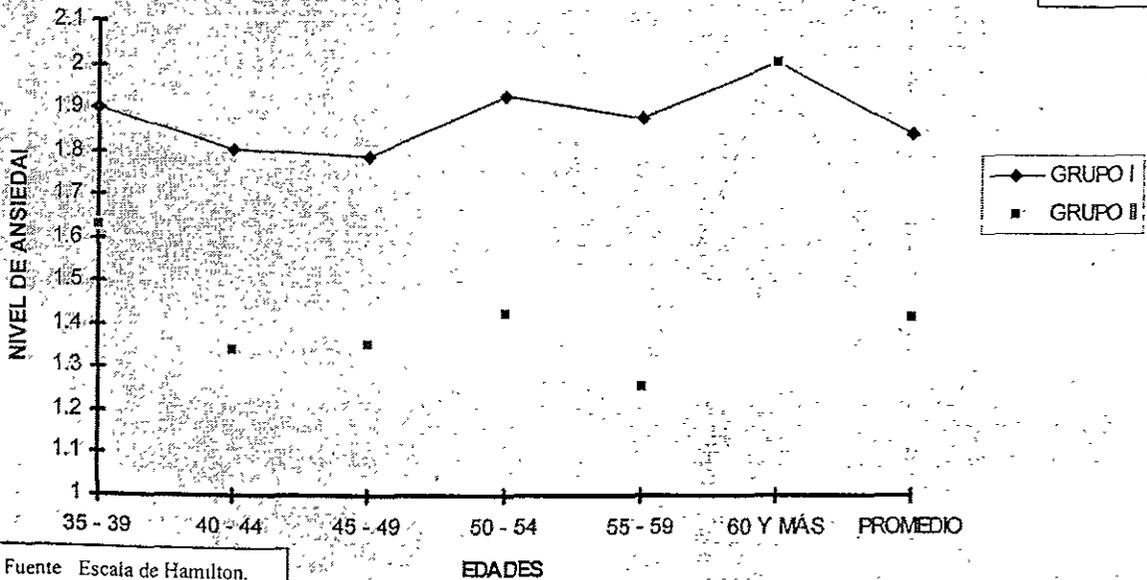
Grafica 5



Fuente: Cédula de encuesta 1.

COMPARACIÓN PRE Y POS TERAPIA GRUPAL DE LA ANSIEDAD (EVALUA PRUEBA DE "T")

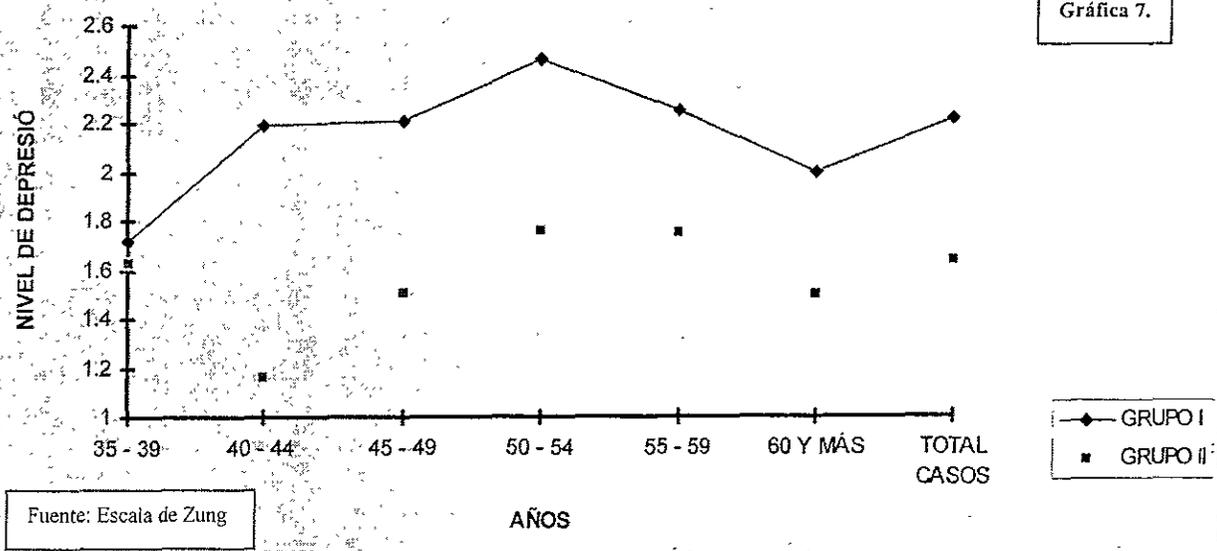
Grafica 6.



Fuente: Escala de Hamilton.

COMPARACIÓN PRE Y POS TERAPIA GRUPAL DE LA DEPRESIÓN (EVALUA PRUEBA "T")

Gráfica 7.



Fuente: Escala de Zung

ANÁLISIS

El Climaterio y la menopausia son una época de la vida de la mujer, en donde su forma de presentación varia de acuerdo a las características individuales de cada mujer, desde la edad de inicio hasta el tipo de sintomatología que predomina.

En el estudio realizado observamos que los subsíndromes climatéricos, de acuerdo a los diversos grupos de edad se presentan en forma similar a los que la literatura refiere (1,17, 21), la edad promedio del grupo de estudio es de 47 años, los síntomas predominantes en la premenopausia son las alteraciones menstruales detectadas en 39 pacientes y se inician los problemas vasomotores, siendo los síntomas más frecuentes, los bochornos, sudores y cefalea (1, 10, 21, 27).

La utilización de estrógenos solo o combinados como tratamiento sustitutivo es una medida eficaz para el control de esta sintomatología. El esquema terapéutico se indica en forma individual, siendo el ginecólogo quien lo prescribe (7, 8, 10).

En la perimenopausia se acentúan los problemas vasomotores, encontrándose en este estudio en 81 pacientes, y se empiezan a percibir los síntomas metabólicos los cuales se presentaron en 46 asistentes, como son el aumento de peso aún con la alimentación acostumbrada. Por lo que debemos integrar una dieta adecuada con énfasis a conservar el peso y a hacer ejercicio físico que se debe realizar en forma metódica (3, 5, 22).

En la postmenopausia en nuestras pacientes se encontraron los síntomas atróficos en 28 pacientes, persistiendo los vasomotores y metabólicos, el malestar más frecuente de los síntomas atróficos es la dispareunia acompañada de diversos factores, como son la pérdida del deseo sexual y de la feminidad. En esta etapa el apoyo a la pareja, con énfasis en la sexualidad que es una necesidad básica del ser humano que lo acompaña toda la vida, junto con la aplicación de lubricantes o cremas estrogénicas por lo menos una vez a la semana, le permiten llevar una vida sexual activa y llena de satisfacción (1, 6, 16, 17).

Las alteraciones de la piel o mucosa condicionadas por el climaterio son diferentes según incidan sobre unos tegumentos más o menos alterados anteriormente.

El riesgo cardiovascular depende de muchos factores como la hipertensión, el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos, daño a las paredes arteriales, tabaco, etc.; el manejo de estos antes del climaterio minimiza su efecto.

Tanto la formación de masa ósea máxima (durante la juventud), como el ritmo de pérdida fisiológica (madurez), son factores que condicionan, que una osteopenia fisiológica se conviertan en osteoporosis.

Durante la postmenopausia tardía se observa una disminución importante de todos los síntomas. persistiendo los atróficos y los metabólicos.

Se ha observado en poblaciones clínicas que consultan por síndrome menopáusic o por reglas irregulares, que la prevalencia de trastornos afectivos y alteraciones psicosexuales es alta. Según Anderson y al. el 63% de la mujeres que acuden a una clínica aquejan síntomas psicológicos y el 65% mostraron grados variables de depresión en la escala de autoevaluación de Zung (1, 21).

En el estudio realizado encontramos que en la encuesta de Zung, los grupos I ,V y VI que comprenden las edades de 35-39 años y de 55 en adelante no se efectuaron cambios muy significativos, lo cual se puede deber a que, en la premenopausia los síntomas menstruales se sobrepone a los psicológicos, y en la postmenopausia tardía las pacientes ya se encuentran más adaptadas al cambio hormonal y emocional; los demás grupos que se encuentran perimenopausia, y la postmenopausia temprana sí se observan cambios significativos después de las sesiones. Los síntomas de depresión se manifiesta por llanto fácil, tristeza etc. y está relacionada con la pérdida probablemente de la feminidad.

Hunter y al., aplicaron una encuesta a 682 mujeres voluntarias, que evalúa las los síntomas somáticos, humor depresivo, alteraciones vasomotoras, ansiedad, insomnio y deterioro sexual, existiendo mayor prevalencia de los síntomas en la perimenopausia y postmenopausia, no hubo diferencia con los síntomas somáticos o los síntomas de ansiedad (21), lo cual también se observó en nuestro grupo de estudio.

En la encuesta de Hamilton los grupos I y VI que corresponden a las edades de 35 a 39 años y de 60 en adelante, no se presentan cambios significativos, sin embargo en los grupos III, IV y V comprendidos en las edades de 45 a 49, 50 a 54 y 55 a 59 años se observa una mayor los síntomas de ansiedad previa la estudio y está mejora a través de las sesiones, la ansiedad se manifiesta con nerviosismo, miedo e intranquilidad, y se relaciona con la falta de seguridad que tiene la mujer en ella misma.

En nuestro grupo de estudio la depresión es más evidente y los cambios fueron más significativos al finalizar el estudio. Los síntomas de ansiedad se presentaron en nuestras pacientes estudiadas en menor grado por lo que los cambios efectuados son menos notorios.

La psicoterapia de apoyo por medio del diálogo o charla esclarecedora, la reuniones de grupo, y los folletos etc.; tendientes a aclarar dudas, miedos y conflictos es ideal, ya que para que se efectúe un cambio de actitud se necesita paciencia y comprensión, así como compartir experiencias personales con mujeres que están sintiendo los mismos cambios.

No hay que olvidar que el tratamiento farmacológico con antidepresivos y tranquilizantes en ocasiones es necesario, estos medicamentos deben de ser indicados por el especialista (21).

CONCLUSIONES

La Organización Mundial de la Salud, indica que tenemos alrededor de 750 millones de postmenopaúsicas en el mundo, el interés tanto científico como público respecto a la menopausia se fundamenta en que se calcula que el 95% de las mujeres de los países desarrollados llegarán a esta etapa.

El desarrollo de los síntomas y procesos asociados al climaterio depende fundamentalmente de cuatro circunstancias;

- Déficit hormonal secundario a la disminución de su producción ovárica
- Factores socioculturales determinados por el ambiente en que vive la mujer
- La existencia o no de factores de riesgo, y estado previo de los diferentes órganos sobre los que tiene repercusión el climaterio

Las alteraciones psicosexuales y neurovegetativas dependen de la personalidad de cada paciente, del ambiente laboral, social, económico y de la velocidad de descenso de los niveles estrogénicos.

El climaterio no causa los mismos problemas a todas las mujeres que lo alcanzan, sino que existen poblaciones de riesgo, que hay que identificar y tratarlas en forma individual. La educación sanitaria de la población para entender al climaterio como lo que es y no como durante mucho tiempo se ha entendido es la base de la atención a la mujer climaterica.

En el presente estudio se observa que todas las pacientes presentan de acuerdo a su edad, personalidad, nivel cultural, educativo y aceptación de esta etapa, alteraciones menstruales, metabólicas, vasomotoras y atróficas en menor y mayor grado.

Al finalizar las 35 reuniones grupales, en donde se impartieron temas tanto del desarrollo humano, de la sexualidad como del síndrome climatérico, se pudo observar en forma significativa que las alteraciones emocionales que acompañan esta etapa se modificaron positivamente, lo cual se observó en el transcurso de las sesiones y con los resultados de las escalas de medición.

La experiencia obtenida como residente de medicina familiar compartiendo con las pacientes conocimientos, sentimientos, experiencias personales etc., es básica para reafirmar lo que significa la Medicina Familiar, me permitió conocer la Historia Natural del climaterio, sus variantes en cada paciente, y como se pueden efectuar acciones tendientes a prevenir, detectar y rehabilitar a las pacientes; el tratamiento médico, educativo y de apoyo emocional deben de individualizarse.

SUGERENCIAS

El climaterio significa un cambio total en la vida de la mujer, por lo que se le considera la EDAD CRITICA, esta crisis supone no solo un cambio en el organismo, sino un cambio de adaptación y respuesta, siendo el medico familiar orientador de este cambio, interactuando con el ginecólogo, psicólogo y/ o psiquiatra, trabajadora social, nutriólogo, sin olvidar el área educativa que le permita llevar esta etapa de la vida lo mejor posible y poder llamarla “ LOS AÑOS BRILLANTES “

Es indispensable identificar los determinantes de salud y enfermedad del climaterio, su prevalencia y contar con información sobre la morbilidad y mortalidad de este problema en la Unidad, hasta el momento no se cuentan con estos datos estadísticos.

Hace falta conocer el grado de accesibilidad, de aceptación y satisfacción de los servicios de salud, para lo cual es necesario implementar un modelo de atención para el climaterio, a través de la implementación de una clínica que permita continuar con este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- De la Fuente, R.. Climaterio, Cuádrenos de psicología médica y psiquiatría, U.N.A.M, 9, 1994, 1-12.
2. Neyhart B, Menopausia, Manual del ginecología ambulatoria, Hevens S. F., Interamericana Mc Graw Hill, 2ª edición, 1991, 145-157
- 3.- El climaterio en el siglo XXI, Fundación Mexicana para la salud, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, Simposio Internacional, Zihuatanejo, México, Enero 1994, 1-24.
- 4.- Stone B A. y Col, Valoración y tratamiento de cambios de talante, sueño y función sexual vinculados con la menopausia, Clínicas de Ginecología y Obstetricia, De. Interamericana, Vol. 3, 1994, 393 - 403.
- 5.- Ayala, R.A, Esquema diagnóstico y estudios básicos en el climaterio, Centro de Comunicación Medica, Ciba-Giegy.
- 6.- Santos M. A, Enfoque integral en el manejo del climaterio, Centro de comunicación Medica, Ciba-Giegy.
- 7.- Vázquez B, Hormonoterapia específica en el climaterio, Centro de Investigación de Ciba-Giegy.
- 8.- Robles U. F, Climaterio, Ginecología y obstetricia, Méndez O. IMSS (AMHGO No. 3) 3ª edición, 1994, 739 - 745.
- 9.- Asociación Mexicana para el estudio del climaterio (AMEC), Noticias sobre el climaterio, 1: (1 y 2),1994.
- 10.- Uzzan J, Menopausia, Ginecología y obstetricia, Praxis Médica, 10.025, 1994, 1-12.
- 11.- Ruiz D, Climaterio criterios actuales, Temas selectos de reproducción humana, De Kranechnork, S., Instituto Nacional de Perinatología, 1989, 789 - 802.
- 12.- Ravnikor A. V, Dieta, ejercicio y estilo de vida en la preparación de la menopausia, Clínicas de Ginecología y Obstetricia, De. Interamericana, 2:1993, 341 - 351.
- 13.- Howard L. J. Menopausia y posmenopausia, Diagnóstico y tratamiento obstétricos, Pernall M. L, Manual moderno, 6ª edición, 1993, 1257 - 1283.

- 14.- Bush L. T., Tratamiento estrogénico de reemplazo, Atención medica, Mayo, 1993, 31
- 15.- Sereno J. A. Manejo de las alteraciones funcionales de la mujer climaterica. IX Congreso mexicano de Ginecología y Obstetricia, 1986, 124 - 135.
- 16.- Bachann A. G. Función sexual durante la perimenopausia, Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Interamericana, 2:1993, 355 - 393.
- 17.- Coulam B. C. Edad, estrógenos y psique, Clínicas de ginecología y obstetricia, Interamericana,1:1981, 68 - 84.
- 18.- Scharmer U. Un enfoque multidisciplinario de la menopausia, Revista de Organnón sobre la mujer y la salud,3:1993, 19 - 33.
- 19.- Nuevos aspectos en el tratamiento de la menopausia, Simposio internacional, XII Congreso panamericano de endocrinología, Stgo de Chile, 1994.
- 20.- Calderón N.G. Escalas para medir depresión, Depresión, Trillas, 1ª Edición, 1984, 87 - 128.
- 21.- Palacios S, Climaterio y menopausia, fascículo 1, ed. MIRPAL, 1993, 1-15 y 64-68.
- 22.- Palacios S, Climaterio y menopausia, fascículo 2, ed. MIRPAL, 1993, 69-104.
- 23.- Palacios S, Climaterio y menopausia, fascículo 3, ed. MIRPAL, 1993, 194-203.
- 24.- Palacios S, Climaterio y menopausia, fascículo 4, ed. MIRPAL, 1993, 241-307.
- 25.- Kaplan I. H. Tratado de psiquiatría, I, II, ed. Salvat, 2, 1989, 404-406, 512-528, 800 y 1297.
- 26.- Beltran B. Menopausia, 2ª edición, Salvat, 1989, 47-56.
- 27.- Botello I .J. Trastornos psíquicos en el climaterio, La edad crítica, Salvat, 1990, 193-204.
- 28.- Snaith R.P. Present Use of the Hamilton Depression Rating Scale: Observations on Method of Assensment in research of depressive disorders, British Journal of psychiatry, 1996, 168, 594-597

I. S. S. S. T. E.

CEDULA DE ENCUESTA

CONOCER EL TIPO DE SINTOMATOLOGIA PREDOMINANTE EN EL SINDROME CLIMATERICO DE LAS MUJERES ENTRE 35 Y 64 AÑOS DE EDAD QUE ASISTIAN A LA CLÍNICA DE CLIMATERIO.

CLÍNICA HOSPITAL DE TUXPAN VERACRUZ 1995.

NOMBRE: _____ CEDULA: _____ EDAD: _____

IVSA: _____ No.. DE EMBARAZOS: _____ ESCOLARIDAD: _____

USO DE ANTICONCEPTIVOS: SI _____ NO _____ TIPO: _____

RITMO MENSTRUAL: _____

SINTOMAS	SI	NO	DESDE CUANDO
BOCHORNOS			
SUDORES			
PARESTESIAS			
CALAMBRES			
MAREOS			
PRESION ARTERIAL ALTA O BAJA			
DOLOR DE CABEZA			
DISPAREUNIA			
CISTITIS			

ESCALA DE HAMILTON: _____

ESCALA DE ZUNG: _____

I. S. S. S. T. E.

Escala de ZUNG para la Depresión

Nombre : _____

Edad : _____

Sexo: _____

Fecha : _____

Nunca o muy pocas veces Algunas veces Muchas veces Casi siempre o todas las veces

1. Me siento descorazonado, melancólico y triste
2. Por la mañana me siento mejor
3. Tengo accesos de llanto, o me siento como para tenerlos
4. Tengo problemas para dormir en la noche
5. Como tanto como solía hacerlo
6. Disfruto mirar, hablar y estar con mujeres/hombres atractivos
7. Noto que estoy perdiendo peso
8. Tengo problemas de constipación
9. Mi corazón late mas rápido de lo normal
10. Me canso sin razón
11. Mi mente esta tan clara como solía estar
12. Hallo fácil hacer lo que solía hacer
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto
14. Me siento esperanzado en el futuro
15. Me irrito más de lo normal
16. Encuentro fácil en tomar decisiones
17. Siento que me necesitan y soy útil
18. Lleva una vida plena
19. Siento que otros estarían mejor si yo estuviera muerto
20. Todavía disfruto lo que solía ser

CEDULA DE ENCUESTA

ESCALA DE HAMILTON PARA EVALUACION DE LA ANSIEDAD

REGISTRO No	NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA
CAUSA PRIMARIA DE LA CONSULTA		RECOMENDADO POR

INSTRUCCIONES ESTA LISTA ES PARA AYUDAR AL MEDICO EN LA EVALUACION DE CADA PACIENTE EN CUANTO AL GRADO DE ANSIEDAD Y ESTADO PATOLOGICO. POR FAVOR, HAGA SU EVALUACION DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES VALORES:

AUSENTE = 0 LEVE = 1 MODERADO = 2 GRAVE = 3 GRAVE, TOTALMENTE INCAPACITADO = 4

PATOLOGIA	VALORES	PATOLOGIA	VALORES
ESTADO ANSIOSO PREOCUPACIONES, TEMOR DE QUE SUCEDA LO PEOR, TEMOR ANTICIPADO, IRRITABILIDAD		SISTEMA SOMATICO (SENSORIA) TINITUS, VISION BORROSA OLLAGAS DE FRIO Y CALOR SENSACION DE OSCURIDAD SENSACION DE PRURITO	
TENSION SENSACION DE TENSION FATIGABILIDAD SOBRESALTO AL RESPONDER, LLANTO FACIL, TEMBLOR SENSACION DE INQUIETUD IMPOSIBILIDAD PARA RELAJARSE		SINTOMAS CARDIO VASCULARES TAQUICARDIA, PALPITACIONES DOLOR PRECORDIAL, PULSACIONES VASCULARES PRONUNCIADAS, SENSACION DE DESMAYO ARRITMIA	
TEMORES DE LA OSCURIDAD, DE EXTRAÑOS, DE SER DEJADO SOLO DE ANIMALES, DEL TRAFICO, DE LAS MULTITUDES		SINTOMAS RESPIRATORIOS OPRESION O CONSTRICCION TORACICA SENSACION DE AHOGO SUSPIROS DISNEA	
INSOMNIO DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO SUEÑO INTERRUPTO, SUEÑO INSATISFACTORIO Y SENSACION DE FATIGA AL DESPERTAR SUEÑOS PESADILLAS, TERRORES NOCTURNOS		SINTOMAS GASTRO INTESTINALES DIFICULTAD AL DEGLUTIR FLATULENCIA DOLOR ABDOMINAL, SENSACION DE ARDOR PESADEZ ABDOMINAL, NAUSEAS VOMITOS BORRORISMOS, HECEAS BLANDAS PERDIDA DE PESO ESTREÑIMIENTO	
INTELLECTUAL (COMPRENSION) DIFICULTAD DE CONCENTRACION, MEMORIA POBRE,		SINTOMAS GENITO URINARIOS POLAQUIURIA MICCION URGENTE, AMENORREA MENORRAGIA FRIGIDEZ, EYACULACION PRECOZ, PERDIDA DE LIBIDO, IMPOTENCIA	
ESTADO DEPRESIVO PERDIDA DE INTERES, FALTA DE PLACER EN LOS PASATIEMPOS, DEPRESION, DESPERTAR TEMPRANO, TRANSPOSICION DE SUEÑO Y VIGILIA.		SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO SEQUEDEDAD BUCAL RUBOR PALIDEZ, TENDENCIA A LA SUDORACION VERTIGO, CEFALIAS POR TENSION, ERECTISMO PILOSO	
SISTEMA SOMATICO (MUSCULAR) DOLORES Y MIALGIAS, ESPASMOS MUSCULARES O CALAMBRES RIGIDEZ, TICS MIODONICOS, RECHINAR DE DIENTES, VOZ VACHANTE, TONO MUSCULAR AUMENTADO		COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA INQUIETUD, IMPACIENCIA O INTRANQUILIDAD TEMBLOR DE MANOS, FRUNCIMIENTO DEL CENO ROSTRO PREOCUPADO SUSPIROS O RESPIRACION RAPIDA PALIDEZ FACIAL, DEGLUCION DE SALIVA, ERUTIOS TICS, MIDRIASIS, EXOFTALMIA	
			TOTAL

TEMAS IMPARTIDOS EN LOS GRUPOS DE APOYO

1. DEFINICION DEL CLIMATERIO
2. SINTOMAS DE CLIMATERIO DE ACUERDO A LOS SUBSINDROMES
3. COMUNICACIÓN
4. MOTIVACION.
5. AUTOESTIMA
6. DIAGNOSTICO DE CLIMATERIO
7. TRATAMIENTO MEDICO
8. NUTRICION Y EJERCICIOS
9. SEXO Y SEXUALIDAD
10. RESPUESTA SEXUAL EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO
11. PLANIFICACION FAMILIAR EN ESA ETAPA
12. DETECCION OPORTUNA DEL CANCER CERVICOUTERINO Y CANCER MAMARIO
13. PERSONALIDAD
14. MANEJO DE CONFLICTOS
15. CONCLUSIONES