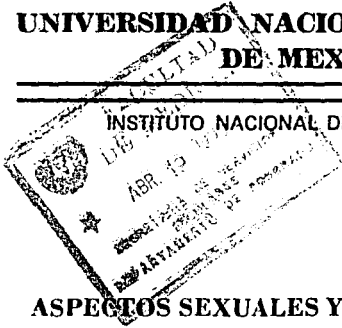


11217
47
2FJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ASPECTOS SEXUALES Y NEUROPSIQUICOS EN EL CLIMATERIO

DR. SAMUEL KARCHMER
DIRECTOR GENERAL
PROFESOR TITULAR

Escalante
DRA. MA. FERNANDA RIO DE LA LOZA CAVA
DR. JAVIER SANTOS GONZALEZ

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MANUEL ESCALANTE ROBINA

ASESORES: DRA. MA. FERNANDA RIO DE LA LOZA CAVA
DR. JAVIER SANTOS GONZALEZ





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 está 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.

11217
47
2E



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

ASPECTOS SEXUALES Y NEUROPSIQUICOS
EN EL CLIMATERIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

MANUEL ESCALANTE ROBINA

ASESORES: DRA. MA. FERNANDA RIO DE LA LOZA CAVA
DR. JAVIER SANTOS GONZALEZ



INP

MEXICO, D. F.

1985

INDICE.

INTRODUCCION.....	1
I. MARCO TEORICO.....	4
ASPECTOS SEXUALES.....	4
SINTOMAS NEUROPSIQUICOS.....	12
TRATAMIENTO MEDICO.....	17
II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.....	21
III. MATERIAL Y METODO.....	23
IV. RESULTADOS, ANALISIS Y GRAFICAS.....	25
V. BIBLIOGRAFIA.....	44

ASPECTOS SEXUALES Y PSICOLOGICOS EN EL CLIMATERIO

INTRODUCCION.

Hace apenas 20 años que los médicos se han concientizado del auténtico cambio que supone la instauración de la menopausia en la vida de la mujer. En otros tiempos el médico general apenas se interesaba por las alteraciones de la mujer de 50 años y no acababa de comprender las complicaciones que podía provocar la desaparición de la función ovárica.

El climaterio y la menopausia definen por si mismos una etapa en la vida de la mujer que comúnmente se asocia a un declinar de la actividad de un órgano, un sistema o de la homeostasis corporal total.

Se ha calculado que en las poblaciones europeas del siglo XVII, cuando los factores determinantes de muerte eran en su mayoría independientes de la edad, donde el 28% de las mujeres vivían hasta alcanzar la menopausia, y el 5% sobrevivían hasta la edad de 75 años. En las sociedades contemporáneas, en países desarrollados, 95% de las mujeres pueden alcanzar la menopausia y el 50% llegar a los 75 años de edad.

Por lo que cabe mencionar que cada década aumenta el promedio de sobrevida en la mujer menopáusica; y lo que es más, la Organización Mundial de la Salud, mencionó en 1983 que la población mundial en 1980, el 35% tenía 14 años ó menos, el 21% 45 años o más y se espera que para el siglo XXI tanto como el 23% tendrá 60 años o más.

Para el mismo tiempo se calculó que existirán aproximadamente 719 millones de mujeres de más de 45 años de edad, las que en mayor o menor grado manifestarán síntomas y signos compatibles con el climaterio.

El Climaterio se deriva del griego (Klimater = escalón), el cual entraña una serie de cambios funcionales y degenerativos cuya manifestación clínica más aparente es la menopausia, a su vez se deriva del griego (meno = mes, y pausis = interrupción). Así se acepta que la declinación endocrina ovárica es el inicio del climaterio, y que éste no termina sino en forma continuada con la vejez o la senilidad.

Para designar los distintos estadios de evolución de la menopausia, se utiliza un cierto número de términos, a veces diferentes. Con objeto de una mayor claridad es importante precisar su significado:

Menopausia. Se define como el cese definitivo de las menstruaciones, resultando de la pérdida de actividad folicular ovárica.

Perimenopausia o Climaterio. Engloba al periodo que precede a la menopausia, durante el cual aparecen los signos endocrinológicos y ó clínicos precursores de la proximidad de la menopausia y por lo menos, a el año siguiente de las últimas menstruaciones.

Postmenopausia o menopausia confirmada. Periodo que sigue a la perimenopausia, es decir, después de al menos dos meses de amenorrea y que se prolonga hasta el final de la existencia, donde ocurren dos etapas: climax de síntomas vasculoespasmódicos y diaforesis, y la tardía con atrofia progresiva y multisistémica.

Cabe mencionar que las fronteras entre los distintos estadios de la instauración de la menopausia son difíciles de definir.

Existen muy pocos cuadros clínicos en medicina capaces de ofrecer una variedad tal, una riqueza sintomática tan florida como la menopausia. Sin embargo, está sintomatología es a menudo subjetiva, porque depende del contexto conyugal, familiar y sociocultural de cada paciente, muchas veces modificado en el periodo climatérico, por ejemplo: partida de los hijos, responsabilidad sobre padres ancianos, alteraciones de las relaciones conyugales, etc). Por tanto, se encuentran por ejemplo; menos trastornos en las mujeres que tienen algún hijo en el hogar o bien con un estatus socioeconómico elevado.

Se puede encontrar sintomatología manifiesta y ó sintomatología silenciosa u oculta, como es la osteoporosis, ambas resultado como la pérdida elevada en la producción de estrógenos, conduciendo a una variedad de síntomas y signos bien conocidos.

Dentro de los que se pueden encontrar: trastornos del patrón menstrual, síntomas vasomotores, procesos atróficos, alteraciones psicológicas, alteraciones sexuales, síntomas generales, osteoporosis, cardiovasculares, de los cuales nos enfocaremos a los que son motivo de estudio.

I. MARCO TEORICO

ASPECTOS SEXUALES EN EL CLIMATERIO.

La sexualidad después de la menopausia ha sido durante mucho tiempo un tema tabú. Hoy en día, se sabe que la vitalidad sexual puede mantenerse mucho tiempo después de la edad de la menopausia, en que no ha llegado, ni mucho menos la hora de la jubilación sexual. La vida afectiva es tanto una cuestión del espíritu como del cuerpo, una buena comunicación sexual depende de múltiples factores: físicos, por supuesto, pero también factores de entorno y factores psicológicos. El éxito reside en un permanente equilibrio, el cual no es estable durante la menopausia.

Se han dado cambios básicos relacionados con la menopausia de la función sexual, los cuales se han descrito en la literatura médica y psicológica los cuales son; disminución de la respuesta sexual, disminución de la actividad sexual, dispareunia, disfunción del patrón masculino, donde factores psicológicos, socioculturales, interpersonales y biológicos contribuyen a estos problemas.

Muchas mujeres experimentan cambios en la función sexual, durante algunos años antes y después de la menopausia, teniendo un amplio espectro de cambios sexuales que ocurren al declinar la función ovárica.

Desde el punto de vista biológico, la función sexual durante la menopausia, se puede ver como función integrada en el sistema nervioso central, sistema nervioso periférico y cardiovascular; donde al haber una respuesta sexual, la estimulación sexual lleva una descarga al sistema nervioso, el cual induce un cambio de flujo sanguíneo periférico. Ya que se han identificado células sensibles a estrógenos en el sistema nervioso central y periférico.

La secuencia de eventos en la respuesta sexual sensorial, es llevada por el cordón espinal, hasta el sistema límbico cerebral, el cual incluye una cadena de células sensitivas a estrógenos. Una disminución de niveles estrogénicos afecta a células a lo largo del sistema nervioso, influenciadas en la transmisión nerviosa. Es decir los neurotransmisores responden a hormonas circulantes; una hormona puede incrementar la liberación de neurotransmisores. Los estrógenos tienen efectos inductivos y directos en la neuronas. Esta hormona induce síntesis de RNA y síntesis de proteínas por mecanismos genómicos, que causan cambios en niveles de productos génicos específicos, tales como síntesis de enzimas neurotransmisoras. Otros efectos reguladores neurales prolongados incluyen la expresión gonadal de receptores hormonales en áreas específicas cerebrales.

Por otro lado pueden alterar la actividad eléctrica de neuronas en el hipotálamo. Se han encontrado receptores citosólicos de estrógenos en áreas específicas cerebrales, predominantemente en la pituitaria, hipotálamo, sistema límbico, incluyendo amígdala y septum lateral, así como corteza cerebral.

Es más se han encontrado un número de sistemas de neurotransmisores incluyendo: serotonérgico, ácido gaba-amino butírico, adrenérgico, sistema opioide, que responden a estrógenos, aunque no todos ellos se han demostrado en vivo.

En la mujer en el ovario y glándula suprarrenal, contienen vías necesarias para la síntesis y secreción de andrógenos; el ovario produce aproximadamente 25% de testosterona plasmática, 60% de androstenediona y 20% de dehidroepiandrostenediona, donde la adrenal produce 25% de testosterona circulante, 40% de androstenediona y 50% de dehidroepiandrostenediona. Los andrógenos restantes circulantes se producen de conversión periférica, los cuales probablemente producen un rango de 50% de testosterona y 25% de dehidroepiandrostenediona.

Se han encontrado receptores específicos de testosterona, predominantemente en el área preóptica del hipotálamo y pequeñas concentraciones en el sistema límbico (amígdala e hipocampo) y corteza cerebral. El cerebro contiene enzimas necesarias para convertir andrógenos a estrógenos. Por lo tanto es claro que los esteroides sexuales pueden tener acciones directas en porciones cerebrales, relacionadas con la emoción y la sexualidad.

Es más se dice que la testosterona, se encuentra más alta en relación a estrógenos en ovarios con depresión folicular, por lo tanto, pueden existir, aunado a lo anterior, mayores niveles androgénicos que actúen en áreas cerebrales implicadas, produciendo con ésto mayor interés sexual.

El sistema cardiovascular, es también repleto de células sensibles a estradiol y progesterona. El receptor activo se localiza a lo largo del árbol vascular, en paredes de músculo liso arteriales, y células endoteliales. Por consiguiente, el gasto cardiaco, velocidad de flujo y estabilidad vasomotora son afectados por esteroides ováricos. Una disminución en 17 β estradiol influencia la respuesta del flujo sanguíneo periférico, en respuesta a estimulación sensorial, afectando por lo tanto el tiempo y grado de respuesta vasocongestiva durante la actividad sexual. Ya que se ha encontrado no sólo un aumento del flujo sanguíneo vaginal con la administración de estrógenos, así como vulva, demostrado esto por lasser doppler, si no en toda la economía, corazón, cerebro y como se mencionó órganos genitales.

A su vez los estrógenos como se ha visto con evidencia experimental y epidemiológica, de que los estrógenos previenen aterosclerosis cerebral y coronaria, y si estos efectos protectores se extienden a arterias involucradas en la respuesta sexual, pueden ayudar a mantener la respuesta sexual para prevenir compromiso aterosclerótico de flujo sanguíneo.

Dentro de los problemas comunes de función sexual en la menopausia, en 1966 Master y Johnson publicaron los hallazgos de los cambios fisiológicos que ocurren en la menopausia, relacionados estos con la función sexual, que incluyen: disminución de la incidencia de ruborización o enrojecimiento de la piel, disminución de la tensión muscular, distensión del meato urinario, falta de aumento de la talla mamaria en la estimulación sexual, retardo en el tiempo de la reacción del clitoris, baja secreción o ausencia de lubricación vaginal, disminución de la expansión vaginal en cuanto a talla y anchura transcervical, disminución de la congestión en tercio externo de la vagina (plataforma orgásmica) y algunas veces y ocasionalmente dolor con las contracciones uterina tras el orgasmo.

Hoy en día estos cambios pueden ser entendidos en el contexto de alteraciones en la estimulación sensorial y secundariamente disminución del flujo al declinar los niveles estrogénicos. Como disminución de vascularización de la uretra durante la menopausia. teniendo que con la terapia de remplazo hormonal se incrementa el flujo sanguíneo uretral, factor importante en el control urinario.

Bottiglioni, presenta datos de actividad sexual entre los cuarenta y sesenta y cinco años de edad, relacionados con el estatus menopáusico (premenopausia, perimenopausia, postmenopausia temprana y postmenopausia tardía). El cuál se baso en 756 mujeres. Los parámetros estudiados fueron frecuencia de relaciones sexuales, satisfacción sexual, respuesta orgásmica y conducta sexual, mostrando que las mujeres son menos activas sexualmente en la postmenopausia tardía, hay mayor satisfacción sexual y mejor respuesta orgásmica en la premenopausia, la frecuencia de relaciones sexuales baja bruscamente en la postmenopausia temprana, el impulso sexual se debilita en la postmenopausia tardía, llegando a la conclusión de que la actividad sexual disminuye con la edad, y la menopausia acentúa el declinar de éstas.

Sarrel presenta datos relacionados a parejas en edad media, con un total de 50 parejas, siendo el motivo de consulta la disfunción sexual, teniendo las mujeres por lo menos tres años de postmenopausia, y un promedio de edad de 54 años en mujeres y 57 en hombres. Diez de las cincuenta tenían menopausia quirúrgica, ninguna tenía el antecedente de haber recibido terapia de reemplazo hormonal. Treinta y tres de las mujeres experimentaron bochornos, catorce cambio en la percepción táctil, experimentando aversión a ser tocadas.

Treinta y ocho de los hombres tenían dificultad en la erección secundaria, de estos siete con eyaculación precoz y dos inhibición eyaculatoria. En veintiocho casos las dificultades en la erección secundaria habían iniciado poco tiempo antes o dentro de los tres años después de la menopausia femenina. En los otros diez casos tenían historia de largo pero intermitente antecedente de disfunción sexual, la cual empeoró cerca de la instauración de la menopausia.

Treinta de las mujeres con problemas de disfunción sexual, también presentaban problemas sexuales, 19 dispareunia, 11 no orgásmicas, de las cuales 3 nunca habían tenido un orgasmo y 8 surgieron anorgásmicas tras la menopausia. Por lo tanto los cambios menopáusicos tienen afección en relaciones sexuales,, ambas, tanto emocionales como psíquicas.

Los problemas más comunes fueron sentimientos que interfieren con la falta de la espontaneidad sexual, y los más frecuentemente mencionados son sequedad vaginal, vaginismo y sentimientos de no querer ser tocadas. La dispareunia y dificultades en la erección se encontraron en diecinueve parejas simultáneamente, dieciocho de ellas sufrían vaginismo, presentando sequedad vaginal invariablemente en estos casos. Cuando se presentó sangrado con vaginitis atrófica, se presentó el miedo a ser lastimadas, surgiendo un sentimiento inhibitorio durante las relaciones.

Sarrel habla de dificultades físicas, las cuales algunas pacientes experimentan con la penetración, de la lentitud del ciclo de la respuesta sexual y del amplio rango de emociones inhibitorias, tales como temor a herir, sentimiento de rechazo, e ineficacia ó coraje; las cuales combinadas interfieren con la respuesta sexual masculina.

El hallazgo en el cambio de la percepción sensorial en algunas mujeres, catorce de las cincuenta, que parece ser aplicado a todas las partes del cuerpo. En algunas ocasiones descrito como un sentimiento de entumecimiento y en algunas ocasiones como sentimiento de no querer ser tocadas. Esté último puede ser resultado de un estado general de hiperirritabilidad.

Por parte del patrón masculino, una mujer insensible a ser tocada o su disgusto por querer ser tocada, se experimenta como rechazo, y en el estudio de Sarrel todos los hombres quienes las esposas tenían reportes de cambio sensorial tenían a su vez problemas de erección.

Uno de los mayores mitos de la menopausia es el interés sexual. Muchas mujeres tienen la idea de que la vida sexual propia disminuirá y cesará conforme ellas envejeczan. Benedik, afirma que la libido cesa con la menopausia. Tal uso de la menopausia como un marcador para este evento y para muchas mujeres parece como una profecía.

Múltiples factores convergen en ayuda de este suceso. Los matrimonios frecuentemente tienen dificultades, los cuales llevan a problemas sexuales significantes. El hombre justifica por otra, mas estimulación de la mujer y experiencia; a la inversa, la mujer tiene alianza con otro, casi siempre de menor edad, para provocar al hombre, que tiene vida sexual fuera de ellos mismos. La menopausia sirve como un catalista y artefacto e intenta explicar la experiencia de la vida y cambios de hábito sexual, las cuales algunas mujeres experimentan durante la década de los cuarenta y cinco y cincuenta y cinco años de edad.

El psicoanálisis describe la dinámica del interés sexual y experiencia sexual, el cual disminuye o para después de la menopausia. Los hijos repudian que sus padres sean criaturas sexuales. Los padres por este deseo de esconder su sexualidad a los hijos, raramente discuten de sexo, y enseñar a sus hijos moralidad sexual es difícil, y como usualmente se hace con exagerados tratos de hipocresía. por lo tanto, cuando la mujer alcanza la edad de su madre, es cuando esta fantasía existe, e inconscientemente revive la idea de su madre y acepta su destino. Para muchas mujeres este curso lleva a confusión, ya que despierta y toma un trato de placer fuera del sexo.

Algunos católicos asumen que en la menopausia, el sexo es inaceptable para la iglesia. Asumiendo que el potencial de concepción es parte y todo del acto sexual, a pesar de que ciertamente no es parte y dogma de la iglesia, la cuál reconoce la realidad de la menopausia de la asociación con falta de fertilidad; donde la mujer debe reconsiderar su teología con éste nuevo fenómeno, particularmente cuando la sociedad disminuye la sexualidad.

La menopausia quirúrgica es un potencial mayor de conflictos en la mujer en los treinta tardíos y cuarenta tempranos, donde hay vida sexual activa e interés sexual, sin embargo piensa que la vida sexual activa debe terminar con la histerectomía. No es un fenómeno universal entre las mujeres católicas, esto representa una mayor motivación para la confusión y conflicto acerca de la sexualidad en la menopausia.

Para algunas mujeres, la libido permanece alta, pero su vida sexual permanece insatisfactoria. Dado que su matrimonio ha fallado o bien ha envejuado, o bien hay una pausa aceptable, ya que no puede satisfacer lo que ella busca. La masturbación es en algunas ocasiones inaceptable, para otras es totalmente aceptable, pero cada una para sí misma; en las que no puede haber un inmenso sentido de culpabilidad.

Ballinger y Howe hablan acerca de la pérdida de la libido en mujeres alrededor del tiempo de la menopausia. Este problema, reportado hasta 70%, se puede definir en términos variables: frecuencia de relaciones, frecuencia de orgasmo, grado de deseo sexual. Como es esperado mujeres con pérdida de la libido tienen significativamente menor frecuencia de relaciones. Se ha encontrado hasta 75% de disminución de la capacidad orgásmica y 80% de disminución del deseo sexual; compara sólo con el 2% de mujeres sin cambios en la libido, y 68% con disminución en la satisfacción sexual. Se han notado tendencias en mujeres con pérdida de la libido: tienen esposos no amantes; sus esposos algunas veces sufren de impotencia eréctil; la mayoría de estas mujeres refiere la importancia de la vida sexual para el esposo, pero en la mitad no es importante para ellas. La mayoría tienen sentimientos de culpa, en cuanto a lo que se refiere a la pérdida de la libido, y continúan con relaciones por el bien del esposo, pero por consiguiente teniendo un círculo vicioso en el cual su culpa y resentimiento añadido, a la falta de deseo y ó placer.

La mujer con la pérdida de la libido esta significativamente más ligada a otras mujeres con anorgasmia. Donde estas mujeres no tenían refuerzo sexual en forma de orgasmo; la vagina seca no se ha relacionado con disminución de la libido, y muchas mujeres sin cambio en la libido presentan sequedad vaginal en las relaciones. Mujeres con pérdida de la libido, presentan no sólo resequedad con las relaciones, sino dolor vaginal; no se encontró mayor depresión ni ansiedad con la pérdida de la libido, que en las mujeres sin la pérdida de la misma. Todas las depresiones se diagnosticaron cómo reactivas.

Se concluye que la pérdida de la libido, se relaciona, no sólo con la menopausia, sino con otros factores: relaciones maritales, estres, anorgasmia, depresión, y ansiedad. Teniendo que el dolor vaginal si se relaciona con la pérdida de la libido.

Por lo tanto, los cambios y disminución de la libido en el tiempo que aparece la menopausia, parecen tener más con nociones preconcebidas, acerca de la edad, sentimientos y propiedades relacionadas con la apariencia, creencias teológicas, problemas externos que interfieren con la libertad e interés sexual, pérdida del conyuge, y otras posibilidades en relación directa entre aspectos psicológicos de la menopausia y reducción actual de estrógenos.

Entre paréntesis, la testosterona aumenta la libido, y pacientes en edad menopáusica, cuando el balance relativo de estrógenos y testosterona, es mayor a favor del lado de la testosterona, por la disminución de los estrógenos producidos en los ovarios. Por lo tanto, si consideramos sólo la química corporal, las mujeres tendrán aumento de la libido en esta época de la vida. Mujeres tratadas con dosis masivas de testosterona para cáncer de mama, tienen frecuentes quejas de niveles inaceptables de interés sexual, a pesar de la enfermedad de base. En este caso, sin embargo, la mente es más fuerte que la materia, y las situaciones comunes son aquellas descritas en lo alto, en la cuál la mujer tiene un gran conflicto acerca de su sexualidad y sobre si misma en sociedad.

SINTOMAS NEUROPSIQUICOS:

La menopausia ha sido difamada como la causa de casi la mayoría de quejas, achacos o sintomatología en mujeres de cuarenta a sesenta y cinco años de edad. Muchas de estas asignaciones han sido fácilmente llevadas por tradición de generaciones, y nunca han sido escrutinizadas científicamente por encuestas que verifiquen su validez. Otras han sido vistas como mitológicas, pero han probado ser válidas o han sido desaprobadas lentamente. Como nuestra sociedad ha surgido mas heterogénea y ha llevado a grandes grupos de mujeres a través de la menopausia con mayor dificultad psicológica.

Engel escribió la necesidad de un modelo psicosocial para la profesión médica. Se necesita ahora más ésto, que en la discusión de la menopausia, la mezcla de hechos biológicos con variables sociales, culturales y psicológicas; hace claro el entendimiento o el proceso tan dificultoso, una delineación o descripción de la causa de las variedades sintomáticas referidas en la menopausia, esto es casi imposible.

Por consiguiente los mitos de la menopausia son multideterminados y son perpetuados por huecos en la información acerca de mente-cuerpo y los efectos de cambio de vida fisiológica y psicológica, en el proceso normal de la edad.

Expertos están de acuerdo que el único síntoma que se correlaciona universalmente con el cese de la función ovárica son los bochornos, aunque la explicación fisiopatológica aún es desconocida. Sin embargo lo que hace este fenómeno más confuso es la variabilidad de la duración de estos síntomas. Algunas mujeres tienen pocos bochornos inmediatamente antes de que las menstruaciones cesen. Otras tienen bochornos de cinco a diez años después de la menopausia y postmenopausia. 75% de la mujeres tienen bochornos y es uno de los pocos síntomas que mejoran con la terapia hormonal de reemplazo.

Esto sugiere, directamente con el final reproductivo de la vida de la mujer, y son inducidos hormonalmente. Otra sintomatología de la mujer, es mucho menos clara, y alguna de está sintomatología se ha atribuido a la menopausia, pero la evidencia es escasa. El problema sugiere falta de esteroides sexuales. No hay pregunta acerca de qué la edad lleva a cambios atroficos en la piel y tejido conectivo, sin embargo estas alteraciones son obvias, aunque el tiempo en aparecer en relación a la menopausia es variable y extenso. Los factores hormonales, genéticos y de estilo de vida juegan un papel importante. Cambios atroficos similares en el sistema reproductivo femenino, parece ser fisiológico por naturaleza, como el útero y el cervix encogen de talla, la mucosa de la vagina muestra cambios atroficos, siendo delgada, seca y pierde elasticidad normal. Hay una reducción en la cantidad de lubricación durante las relaciones sexuales y una reducción en la cual es producida. Los genitales externos también tienen cambio de apariencia, siendo menos firmes y menos sensibles, la disminución en tejido colectivo puede llevar a prolapsos de órganos, los cuales impiden o producen menos espacio vaginal.

Todos estos cambios se relacionan claramente con cambios hormonales, directamente relacionados con la menopausia, sin embargo, se ha sugerido que la mujer que mantiene una vida sexual activa, después de la menopausia, no sólo retarda el establecimiento de estos cambios, si no reduce la ocurrencia si no su efecto a largo plazo.

Master y Johnson reportaron en un pequeño número de mujeres de edad, donde la capacidad de responder sexualmente con una adecuada preservación de lubricación, donde las mujeres mantienen actividad sexual continua a través de los años postmenopáusicos, y la evidencia de la falta de esteroides sexuales, fue mucho menor, que la encontrada en mujeres con el cese de la vida sexual previa. Por lo tanto se establece un dilema psicossomático. Una vagina atrofica y disminuida de su lubricación, se espera en quienes tienen cese de la menstruación, o son factores no fisiológicos que contribuyen al posible control del desarrollo de tales sintomas.

Otros síntomas atribuidos a la menopausia son la cefalea, náusea, dolor generalizado, insomnio, constipación, cambios en el hábito de dieta, fatigabilidad fácil, irritabilidad y disminución en la fuerza. No tiene relación directa en instalación, duración y naturaleza con la perimenopausia o postmenopausia. No hay pregunta de que muchas desarrollan estos síntomas durante las décadas de los cuarenta a sesenta años. Pero también son sujeto de altos porcentajes en enfermedades como cáncer, infarto, hipertensión, alcoholismo y diabetes mellitus, durante el mismo período de tiempo. Pocos estudios bien controlados de investigación se han hecho para dar mas información específica acerca de cualquier relación causal, correlacional o incidental, con estos síntomas en la menopausia. En cambio si existe esta sintomatología previa a la menopausia, que tiende a recurrir en el climaterio.

Neugarten, Levinson, Vaillant, Sheehy y otros, iniciaron la atención de la naturaleza de desarrollo del adulto, particularmente cómo un estado aparte del desarrollo de la niñez, y el aparente ligue entre la experiencia de la niñez y la conducta del adulto. Ciertos eventos en la vida de la mujer coinciden con la menopausia, por lo tanto, tienen una orientación en el camino con la menopausia y ambos son recibidos y percibidos.

En la sociedad actual el mayor trauma parece ser el final del rol de retaguardia de los hijos. En generaciones previas el problema puede haber sido el final de la menopausia. Ahora las mujeres han cesado de tener hijos tiempo antes de iniciar la menopausia. Sin embargo, la realidad de la pérdida y separación de los hijos es una dificultad frecuente y en ocasiones rompecorazones. La crisis de la mujer en la edad moderna (especialmente de clase media) es una extensión del conflicto entre la maternidad y la carrera, lo cuál es una tormenta desde los veinte años de edad. Las mujeres tienen un marcador de la realidad, pero ambos cambios son, el cese de las menstruaciones. Lo cuál significa diferentes reacciones a diferentes mujeres en el contexto de la lucha en su vida, pero, para todas, ésto es un irrevocable fragmento de realidad, la cual la hace negativa, y aparecen otros mecanismos de defensa menos tenaces.

Los ingredientes de la vida de la mujer en la vida media son bien conocidos: nido vacío, lucha sobre la carrera, marido no feliz y algunas veces adúltero, la enfermedad y muerte de los padres, la desilusión del pasado y el presente, lo lejos del futuro. El nido vacío es ciertamente un fenómeno real y puede ser exacerbado por el establecimiento de la menopausia (la cuál puede coincidir). El crecimiento de los hijos y el retiro de los suyos.

Muchas veces reconocen este pedazo de realidad, sin embargo, frecuentemente no están preparadas para la falta de responsabilidad y relativamente el cambio abrupto en su estilo de vida y rutina, la cual resulta de la pérdida de los hijos en casa. Por lo que es más aceptable atribuir la depresión a la menopausia, que la pérdida de los hijos sea la causa principal de la disforia.

Similarmente la vida media en el hombre y la mujer es para tomar fuerzas, donde la relación marital es crucial para el estrés psicológico, el cuál cualquiera de ellos puede sentir durante este periodo, y ningún problema puede ser visto en aislamiento del otro.

Los sentimientos de confusión, pérdida de la esperanza y pérdida de la oportunidad son llevados en innumerables caminos. Algunas parejas tienden a trabajar juntos, otros estudian este periodo, identificando a este periodo como no relacionado totalmente con la menopausia.

Se han encontrado mujeres con alta relación en línea materna, las cuales son mas ansiosas en la menopausia. Levit ha concluido que la transición de mujer fértil a no fértil, parece ser mas estresada en mujeres que invierten mucho en el rol de maternidad, que en aquellas que no invierten en este rol. Aquellas más involucradas en la sexualidad, tienen menos ansiedad que las menos involucradas en la sexualidad.

La clase y estatus socioeconómico, son factores importantes que se deben tomar como parte de la educación de la vida media, en orden para entender enteramente los múltiples factores que se involucran en relación de cada mujer. Generalmente de alto nivel socioeconómico son menos afectadas adversamente por la menopausia, ya que tienen más alternativas en el estilo de vida y disposición. Aquellas mujeres más adversamente afectadas, acorde con Van Keep, parecen ser amas de casa típicas, con educación límite, y poco interés fuera de su propio círculo familiar; su casa y su familia son su orgullo. Son capaces de decir a su médico, sus quejas.

Aunque es cierto que algunas mujeres se mueven en dirección de actualización y son más conscientes del conflicto alrededor y definición actual del rol femenino, hay un gran número quiénes anticipan la aparición de la menopausia como un desastre en sus vidas.

Los síntomas pueden o no estar relacionados con el cese de las menstruaciones, pero el uso psicológico de estos síntomas es un problema para cualquiera que trate de ayudar a estas mujeres. Ambos, tanto el médico como la paciente se pueden sentir más a gusto, relacionando estos síntomas con la menopausia.

Acera de la depresión en la menopausia, se debe hacer una pregunta. ¿ La menopausia causa depresión o es el cese incidental de la menstruación por lo que ocurren estos síntomas depresivos ? . No hay evidencia absoluta de que la depresión resulte de la menopausia, aunque esto se ha creído por muchos años. McKinlay y Jefferys utilizaron una técnica para determinar esta relación, y la ocurrencia en la menopausia, encontrando depresión entre los problemas que ocurren relacionados con la menopausia.

Ya se han mencionado anteriormente problemas que pueden ocasionar o causar depresión, agregando que los niveles de satisfacción de vida son bajos recordando vivencias pasadas y preparándose para el futuro. La prevalencia de la depresión se incrementa con la edad de la paciente, haciendo que se incrementen síntomas depresivos en los años menopáusicos, que durante etapas de la vida que preceden a la del adulto.

TRATAMIENTO MEDICO DE PROBLEMAS NEUROPSIQUICOS Y SEXUALES

Cómo ha sido bien documentado anteriormente, y por estudios clínicos y epidemiológicos de que muchas mujeres experimentan cambios de conducta sexual y neuropsíquica, tras la menopausia, aún es menos claro que estos cambios psicológicos son relacionados causalmente a una disminución de la secreción de los esteroides sexuales ováricos. Y cómo se documentó previamente la acción de los esteroides sexuales en relación a la acción hormonal en el sistema nervioso central, cardiovascular, etcétera, en cuanto a lo que se refiere al tema en cuestión. Resumiendo lo anterior, tenemos que los estrógenos causan efecto directo e indirecto a nivel neuronal, en la síntesis de proteínas por inducción del ácido ribonucleico (RNA), los cuales causan cambios en productos génicos específicos, tales como síntesis de neurotransmisores; así como cambios de la actividad eléctrica neuronal en el hipotálamo. Y sabiendo que el cerebro contiene enzimas necesarias para aromatizar y convertir andrógenos a estrógenos, y que el hipotálamo anterior es el tejido central más activo en aromatización, aunque el sistema límbico también establece esta función. Por consiguiente es claro que los esteroides sexuales pueden tener acciones directas en el cerebro, modulando emociones y sexualidad.

A pesar de la evidencia empírica de la existencia de un subtipo de depresión con la menopausia, 79% de las mujeres quienes buscan ayuda médica tienen síntomas psicológicos y 65% tienen varios grados de depresión. Los resultados con terapia de remplazo hormonal, midiendo la conducta en mujeres postmenopáusicas, han sido inconstantes, posiblemente debido a variables no controladas, la presencia de enfermedad maligna, o enfermedad psiquiátrica. Sin embargo hay dos estudios bien controlados en mujeres con menopausia quirúrgica, encontrándose depresión en proporción inversamente proporcional con los niveles circulantes de estradiol y testosterona. Además de aumentar el grado de depresión cuando se sustituyó placebo por estrógenos.

En estos casos se supone que los estrógenos cambian la emoción o estado emocional o bien conducta, por un mecanismo que puede ser relacionado con la habilidad de incrementar la cantidad y o el período de tiempo y disposición del neurotransmisor en la sinapsis neural. Este argumento se basa en la teoría de aminas biogénicas, que establece que la depresión ocurre como resultado de deficiencia funcional de aminas neurotransmisoras en sitios de sinapsis crítica en el sistema nervioso central.

Los estrógenos pueden afectar la disponibilidad del neurotransmisor en el cerebro por varios caminos. Primero, los estrógenos son capaces de incrementar el rango de degradación de monoamino oxidasa (MAO) en la amígdala y el hipotálamo, una vez la MAO cataboliza la serotonina, teniendo un efecto neto los estrógenos de mantener niveles de serotonina cerebrales. También se ha mencionado que el triptofano es precursor de serotonina, pegándose a acarreadores como la albúmina por estrógenos, por lo que mayor cantidad de triptofano va a ser disponible para el cerebro para metabolizarlo a serotonina, correlacionado esto positivamente entre concentraciones plásmaticas de estradiol y porcentaje libre en plasma de triptofano, y una correlación negativa entre grados de depresión y niveles de triptofano en plasma, con una disminución de los grados de depresión con la administración de estrógenos en mujeres postmenopáusicas. A su vez la administración de estrógenos se ha visto aumenta los sitios del receptor de imipramina. Por lo tanto se ha encontrado que los estrógenos disminuyen a largas dosis farmacológicas la depresión clínica con alivio significativo.

A su vez se ha encontrado por de Lignière que síntomas depresivos, tales como pesimismo, fatiga, disturbios del sueño y pérdida de la energía se correlacionan frecuentemente en mujeres postmenopáusicas con decremento de los niveles en suero de estradiol y o androstenediona.. Cuando se da estradiol, estos niveles se incrementan y ocurren efecto benéfico, sin embargo cuando se incrementan a niveles mayores de 150pg/ml induce efectos colaterales, tales como pesimismo, agresividad, irritabilidad, frecuentemente acompañados de "inflamación abdominal", tal y como ocurre en síndrome premenstrual. Teniendo niveles de estradiol en plasma ideales entre 50 y 150pg/ml.

De Lignière también encontró que la progesterona en forma micronizada natural por vía oral, puede también tener efecto benéfico en problemas de conducta cuando se unían con niveles altos de estradiol, y bajos niveles de progesterona en plasma.

La progesterona por lo tanto tiene un efecto tranquilizante, volviendo a la mujer más paciente, menos irritable, y más hábil en disturbios del sueño. Sin embargo niveles que exceden 40ng/ml tienen un efecto soporífico fuerte.

Es claro ambos efectos de ambas drogas en el comportamiento y conducta de las pacientes, por lo que es recomendado tener una cuidadosa adaptación de la dosis y el patrón farmacocinético en pacientes individuales, por efectos adversos a altas dosis.

Se dice que no todas las mujeres necesitan o requieren un terapeuta sexual, y no hay suficientes terapeutas sexuales calificados que nuestra sociedad necesita. El ginecólogo, el internista y el médico familiar pueden corregir estos problemas que no requieran psicoterapia. Algunos de estos problemas como se mencionó anteriormente pueden ser corregidos con un buen tratamiento médico. Se han corregido problemas en erección secundaria en el varón, hasta en un 75-80%, con la corrección del imbalance hormonal en la mujer, no requiriéndose terapia sexual.

También se han correlacionado niveles hormonales con la presencia de problemas sexuales, particularmente niveles de estradiol, cuando estos se encontraban por debajo de 50pg/ml, mujeres reportaban sequedad vaginal, dolor con la penetración y sensación de quemazón. Estos síntomas disminuyeron al superar ésta cifra. También se ha encontrado incremento significativo de la capacidad orgásmica, cuando la mujer era anorgásmica. Encontrando un incremento en el deseo sexual hasta un 90% cuando al inicio de estudios se encontraba falta de deseo hasta de un 77%, después de tres a seis meses de tratamiento. A su vez se ha demostrado aumento de actividad sexual, sin la necesidad de terapia con andrógenos.

El paradigma es en mujeres sometidas a histerectomía con salpingooferectomía bilateral, en la que ambos esteroides sexuales disminuyen dramáticamente. Cuando ambos ovarios fueron removidos, los niveles de testosterona disminuyen significativamente dentro de las primeras 24 a 48 horas del postoperatorio. La adición de andrógenos al régimen de remplazo con estrógenos en estas mujeres, comparados con estrógenos únicamente, inducen una gran sensación de energía y bienestar. Sherwin, con la inyección intramuscular de testosterona sola o en combinación con estradiol se incremento el aspecto motivacional en cuanto a conducta sexual, comparada con placebo o estrógenos únicamente.

Las indicaciones para la terapia combinada de estrógenos y andrógenos, se relaciona con la disminución del bienestar y energía al disminuir el bienestar y nivel de energía, no lograda con el uso únicamente de estrógenos y la disminución del deseo sexual, cuando ésta coincide con la menopausia.

También el uso de una terapéutica breve en las instituciones, mejora la condición de la crisis y el estado emocional, contribuyendo a la adherencia terapéutica y a la superación de la crisis maduracional en una dirección de crecimiento y fortalecimiento de los recursos emocionales, lo cual es algunas ocasiones no puede ser logrado únicamente con terapia de remplazo hormonal.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.

Razones para desarrollar la investigación: Hasta la fecha no hay reportes nacionales que nos permitan definir la frecuencia y el impacto de la sintomatología neuropsíquica y de los trastornos sexuales durante el climaterio en la población mexicana, que nos permitan evaluar si son básicamente secundarios a la deficiencia estrogénica o existe la asociación de otros factores ambientales y propios de la mujer climatérica, para su presentación en dicha época de la vida.

Objetivos: Determinar cuales son los síntomas neuropsíquicos que con mayor frecuencia se presentan durante el climaterio.

Determinar cuales son los trastornos sexuales que con mayor frecuencia se presentan durante el climaterio.

Evaluar el impacto que tienen los síntomas neuropsíquicos y los trastornos sexuales en el ambiente familiar, profesional y social en la mujer durante el climaterio.

Influencia del tratamiento de reemplazo hormonal en estos síntomas.

Hipótesis. Durante el climaterio se presentan frecuentemente síntomas neuropsíquicos, que tienen un gran impacto en la mujer durante dicha época de la vida.

Durante el climaterio no se presentan frecuentemente síntomas neuropsíquicos, que tengan un gran impacto en la mujer durante dicha época de la vida.

Durante el climaterio se presentan frecuentemente trastornos sexuales, que tienen un gran impacto en la mujer durante dicha época de la vida.

Durante el climaterio no se presentan frecuentemente trastornos sexuales, que tengan un gran impacto en la mujer durante dicha época de la vida.

Finalidades. Conocer la frecuencia de aparición de la sintomatología neuropsíquica y sexual durante el climaterio, así como el impacto que tiene en la mujer en dicha época de la vida. Se investigó en un grupo uniforme de mujeres climatéricas mexicanas, con el fin de determinar, si la terapia de remplazo hormonal es suficiente en el manejo de dichos problemas o determinar de si se requiere de otras medidas para su manejo, tales como el apoyo psicológico y sexual.

III. MATERIAL Y METODO.

Se efectuó un estudio observacional, abierto y prospectivo y descriptivo de investigación básica de estudio de población, en donde se incluyeron a todas las pacientes que acudieron a la clínica de climaterio y menopausia del Instituto Nacional de Perinatología, durante los meses de Agosto y Septiembre de 1994, con el diagnóstico de síndrome climatérico (perimenopáusico, menopáusico o postmenopáusico), donde en forma rutinaria y al azar se efectuó una encuesta precodificada y prospectiva, mediante un cuestionario administrado por un médico de base o la enfermera adjunta a la clínica; y mediante preguntas parcialmente estructuradas (si/ no). Dicho cuestionario enfocado en síntomas neuropsíquicos y trastornos sexuales durante dicha época de la vida.

Se incluyeron dos grupos de pacientes, el primero sin terapia hormonal de reemplazo y el segundo con terapia hormonal de reemplazo, para observar la frecuencia de los síntomas neuropsíquicos y trastornos sexuales, con el fin de determinar si existe diferencia estadísticamente significativa con el uso de terapia de reemplazo hormonal.

A continuación se especifican los datos obtenidos en el cuestionario: edad, tipo de menopausia: espontánea, quirúrgica, perimenopáusica.

Síntomas neuropsíquicos: Disminución de la energía, disminución de la concentración, irritabilidad, frustración, desilusión, ansiedad, culpabilidad, cambio de personalidad, nerviosismo, tristeza, aumento del apetito, disminución del apetito, tensión, miedo, introversión, agresividad, insomnio, agotamiento, labilidad emocional, depresión, melancolía, hipocondriosis.

Síntomas sexuales: Frigidez, dispareunia, insatisfacción, aumento de la libido, disminución de la libido, capacidad orgásmica disminuida, frecuencia orgásmica disminuida, intensidad orgásmica disminuida, disminución de la actividad sexual por secreción vaginal disminuida, percepción táctil disminuida, sensación clitoridea disminuida, frecuencia urinaria, problemas sexuales asociados.

Todos los datos anteriormente mencionados, se recolectarán en una hoja especialmente elaborada, posteriormente se vaciarán en una hoja de concentración de datos para evaluación final.

Técnicas de análisis estadístico. Se usarán diferencias de significancia, promedios y desviaciones de acuerdo a Snede y Cochran, prueba T de Student o chi cuadrada y polígonos de frecuencia bajo la asesoría del departamento de bioestadística del Instituto.

IV. RESULTADOS.

En el grupo de pacientes sin tratamiento hormonal de remplazo con un total de 174 pacientes, el rango de edad fué de 28 a 62 años con un promedio de 47.5 SD+ /- 6.09 años, y en el grupo con tratamiento hormonal de remplazo con un total de 112 pacientes, el rango de edad fue de 28 a 63 años, con un promedio de 48.00 SD+ / - 6.90 años.

En la gráfica 1 y 2, se pueden apreciar la comparación entre los dos grupos, en cuanto a porcentaje de grupos de edades, no teniendo diferencia significativa entre cada uno de ellos, teniendo una $p >$ de 0.05

En cuanto al tipo de menopausia entre los dos grupos, no se encontro diferencia estadísticamente significativa, teniendo una $p >$ de 0.05 (tabla 2, gráfica 3 y 4).

Se estudiarón un total de 150 pacientes en el grupo de trastornos sexuales sin tratamiento, ya que no presentaban vida sexual activa 24 pacientes, teniendo un porcentaje de de 13.79%, al igual que en el grupo con tratamiento se estudiarón un total de 94 pacientes, ya que 18 pacientes no presentaban vida sexual activa, teniendo un porcentaje de 16.07%, no existiendo diferencia significativa estadística en cuanto a esté rubro. (ver tabla 3 =

En cuanto a los trastornos sexuales únicamente se encontro diferencia estadísticamente significativa con una $p <$ de 0.05 en los siguientes síntomas: frecuencia orgásmica, intensidad orgásmica, siendo esta menor en el grupo de pacientes sin tratamiento. Datos que concuerdan con los observados por Master y Johnson, asó como Bottigliani (ver tabla 3, gráficas 5-8).

Sin embargo no encontramos diferencia estadísticamente significativa con una $p >$ de 0.05, en los siguientes rubros: frigidez, dispareunia, insatisfacción, aumento de libido, disminución de libido, frecuencia orgásmica disminuida, secreción vaginal disminuida, percepción táctil disminuida, sensación clitorídea disminuida, frecuencia urinaria, problemas sexuales masculinos asociados (ver tabla 3, gráfica 5-8).

Con estos hallazgos concluimos que durante el climaterio a la mujer le es difícil sentirse bien consigo misma, por que piensa que ya no es sexualmente activa, que la relaciones sexuales no han terminado, por que tienen la idea de que el sexo es una forma de comunicación entre la pareja. El inicio del climaterio no significa el fin de la vida sexual, ya que, ésta se determina por factores psicológicos más que por los cambios físicos.

Existen varios factores que pueden afectar la sexualidad durante el climaterio, como son las actitudes sociales hacia el envejecimiento, el tipo de la relación con la pareja, y otros eventos psicológicos.

El manejo del aspecto sexual en el climaterio, no es solo tarea de la mujer, es responsabilidad de la pareja; y si surgen problemas sexuales la pareja debe acudir al médico para aclarar malos entendidos. Aclarar efectos ocasionados en la función sexual, que requieren de terapia hormonal de remplazo oral, sistémica y local. Así como no se descarta una terapia de apoyo sexual, que al entender las implicaciones del climaterio y la crisis de la edad media, con cariño, apoyo y comprensión, pueden revertirse los problemas sexuales.

En cuanto estos hallazgos concluimos que los cambios propios que ocurren durante el climaterio, como son la disminución de la función ovárica, con cambios en la función hipotálamica, los cambios atróficos y los síntomas vasomotores pueden influenciar las emociones y la personalidad de la mujer, por ende, el climaterio no se trata de un fenómeno puramente físico lo es también psicológico y emocional creándole a la mujer sentimientos profundos en cuanto a los cambios que ella nota que se están llevando en su cuerpo y en forma periódica, puede responder de manera emotiva a esto, lo que provee diferentes cambios en su vida que requieren un ajuste.

Durante el climaterio existen otros eventos que suceden alrededor de ésta época que afectan el estado de ánimo y el enfoque en la vida como son el proceso de envejecimiento y la crisis de la edad media, que son años de intensa crisis emocional para ambos sexos, que conlleva a la interacción de fenómenos físicos emocionales que pueden producir angustia expresada por temor a la vejez y depresión por pérdida de imagen corporal y social.

En esta época, los hijos han crecido y son independientes, las carreras y actividades de la pareja han llegado a la cima y es cuando uno tiende a volverse retrospectivo, en relación a su vida y logros, quedando los logros cortos en relación a sus expectativas, sintiendo toda la presión que la sociedad ejerce sobre la mujer. Ocasionalmente junto a los fenómenos vasomotores y neurovegetativos, irritabilidad, ansiedad, labilidad emocional, lo cual asociado a los cambios de imagen corporal condicionan la aparición de disfunciones sexuales, que aumentan el estado depresivo y ansiedad en la mujer.

Con respecto al análisis estadístico de la sintomatología neuropsíquica en los siguientes rubros. Teniendo una $p < 0.05$, es decir con significancia estadística, como se puede apreciar en la tabla 4 y 5, y gráficas 9 y 10. Observándose la presencia de la frecuencia de cada sintoma en particular, así como el porcentaje entre los dos grupos; de los siguientes síntomas con diferencia estadística: Disminución de la energía, disminución de la concentración, irritabilidad, frustración, desilusión, culpabilidad, nerviosismo, disminución del interés, tensión, agresividad, agotamiento, depresión y melancolía.

Sin embargo, no encontramos diferencia estadísticamente significativa en los siguientes rubros: ($p > 0.05$): ansiedad, cambio de personalidad, tristeza, aumento del apetito, disminución del apetito, miedo, introversión, insomnio, labilidad emocional, hipocondriosis. Mostrándose en las tablas 4 y 5 y gráficas 9-10; observándose la frecuencia y porcentajes entre cada sintoma.

Con los resultados encontrados concluimos que la terapia de reemplazo hormonal, puede tener acciones directas en el cerebro, modulando las emociones y la sexualidad, pero apoyamos el concepto que para poder manejar adecuadamente los problemas neuropsíquicos y sexuales, la mujer primero debe entender, lo que es y no es atribuible al climaterio.

Manejar pacientes climatéricas significa ponerse en contacto con los sentimientos en relación al envejecimiento y los cambios que suceden en su cuerpo y en su vida. Culpar simplemente al climaterio de todas sus molestias no les ayuda.

Es importante que la pareja comprenda el cambio que están experimentando, verse como amigos, con apoyo cariñoso y comprensión y afrontar el cambio sin mirar atrás, buscando nuevos horizontes, manteniéndose encima de ésta experiencia en vez de permitir que las confunda y las abrume.

Grupos de edad

Tabla 1

Edad	Sin tratamiento** (n = 174)		Con tratamiento*** (n = 112)	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
30 o menor	2	11.49%	2	12.50%
31-40	20	58.32%	14	50.89%
41-50	98	30.45%	57	31.25%
51-60	53.5	0.50%	35	3.57%
61 o mayor	1	0.57	4	3.57

*p > 0.05

**Rango 28-62 años x +/-SD= 47.6+/-6.09

***Rango 28-63 años x +/-SD= 48.00+/-6.90

Tipo de menopausia*

Tabla 2

Tipo	Sin Tratamiento		Con Tratamiento	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Espontanea	74	42.53%	49	43.75%
Quirúrgica	55	31.61%	44	39.28%
P. Menopausia	45	25.86%	19	16.98%

*p>0.05

Trastornos sexuales

Tabla 3

Trastorno

Trastorno	Sin tratamiento (n = 160)*				Con tratamiento (n = 94)**			
	Presente		No Presente		Presente		No Presente	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Frigidez***	85	43.33	85	58.88	39	41.48	55	58.51
Dispareunia***	70	46.66	80	53.33	40	42.55	54	57.44
Insatisfacción***	81	54	69	46.00	47	50	47	50
Aumento de libido***	22	14.88	128	85.33	11	11.7	83	88.29
Disminuye libido***	103	68.66	47	31.33	63	67.02	31	32.97
Cap.Orgasmica disminuida***	90	60	60	40.00	64	68.08	30	31.91
Frecuencia orgasmica disminuida****	90	60	60	40.00	70	74.46	24	25.53
Intensidad orgasmica disminuida****	89	59.33	61	40.66	69	73.4	25	26.59
Dis. act sex por secreción vag dis.***	91	60.66	59	37.33	61	64.89	33	35.1
Percepción tactil disminuida***	59	39.33	91	60.66	49	53.12	45	47.87
Sensación clitoridea disminuida***	53	35.33	97	64.66	40	42.55	54	57.44
Frecuencia urinaria***	28	18.66	122	81.33	19	20.21	75	79.78
Prob. Sexuales asociados***	31	20.66	119	79.33	15	15.95	89	94.68

* No vida sexual activa 24=13.79%

**No vida sexual activa 18=16.07%

*** p > 0.05 No dif. significativa.

**** p < 0.05 Si dif. significativa.

Trastornos Neuropsíquicos

Tabla 4

	Sin Tratamiento			
	Se presentó trastorno	Porcentaje	No se presentó trastorno	Porcentaje
Disminución de la energía*	130	74.71%	44	25.29%
Disminución de la concentración*	115	66.09%	59	33.91%
Irritabilidad*	125	71.84%	49	28.16%
Frustración*	95	54.60%	79	45.40%
Desilusión*	87	50.00%	87	50.00%
Anciedad**	118	67.82%	56	32.18%
Culpabilidad*	74	42.53%	100	57.47%
Cambio de personalidad**	99	56.90%	75	43.10%
Nerviosismo*	130	74.71%	44	25.29%
Tristeza**	119	68.39%	55	31.61%
Aumento del apetito**	103	59.20%	71	40.80%
Disminución del apetito**	25	14.37%	149	85.63%
Disminución del interés*	84	48.28%	90	51.72%
Tensión*	134	77.01%	40	22.99%
Miedo**	98	56.32%	76	43.68%
Introversión**	82	47.13%	92	52.87%
Agresividad**	98	56.32%	76	43.68%
Insomnio**	113	64.94%	61	35.06%
Agotamiento*	147	84.48%	27	15.52%
Labilidad emocional**	123	70.69%	51	29.31%
Depresión*	108	62.07%	66	37.93%
Melancolía*	97	55.75%	77	44.25%
Hipocondriosis**	79	45.40%	95	54.60%

* $p < 0.05$ sin diferencia estadística** $p > 0.05$ con diferencia estadística

Trastornos Neuropsíquicos

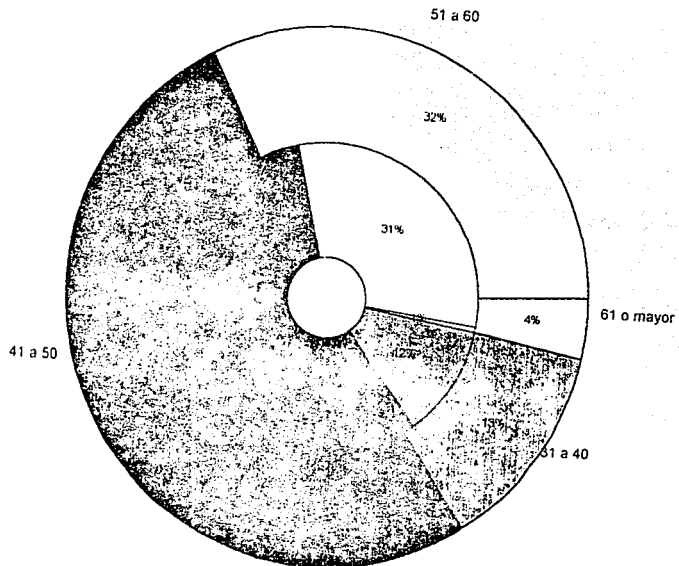
Tabla 5

	Con Tratamiento		Sin Tratamiento	
	Se presentó trastorno	Porcentaje	No se presentó trastorno	Porcentaje
Disminución de la energía*	69	61.81%	43	38.39%
Disminución de la concentración*	57	50.89%	55	49.11%
Intubilidad*	64	57.14%	48	42.86%
Frustración*	55	49.11%	57	50.89%
Desilusión*	42	37.50%	70	62.50%
Anciedad**	66	58.93%	46	41.07%
Culpabilidad*	28	25.00%	84	75.00%
Cambio de personalidad**	67	59.82%	45	40.18%
Nerviosismo*	63	56.25%	49	43.75%
Tristeza**	68	60.71%	44	39.29%
Aumento del apetito**	56	50.00%	56	50.00%
Disminución del apetito**	26	23.21%	86	76.79%
Disminución del interés*	33	29.46%	79	70.54%
Tensión*	64	57.14%	48	42.86%
Miedo**	54	50.47%	53	49.53%
Introversión**	47	41.96%	65	58.04%
Agresividad**	31	27.68%	81	72.32%
Insomnio**	67	59.82%	45	40.18%
Agotamiento*	67	59.82%	45	40.18%
Labilidad emocional**	67	59.82%	45	40.18%
Depresión*	45	40.18%	67	59.82%
Melancolía*	39	34.82%	73	65.18%
Hipocondriosis**	48	42.86%	64	57.14%

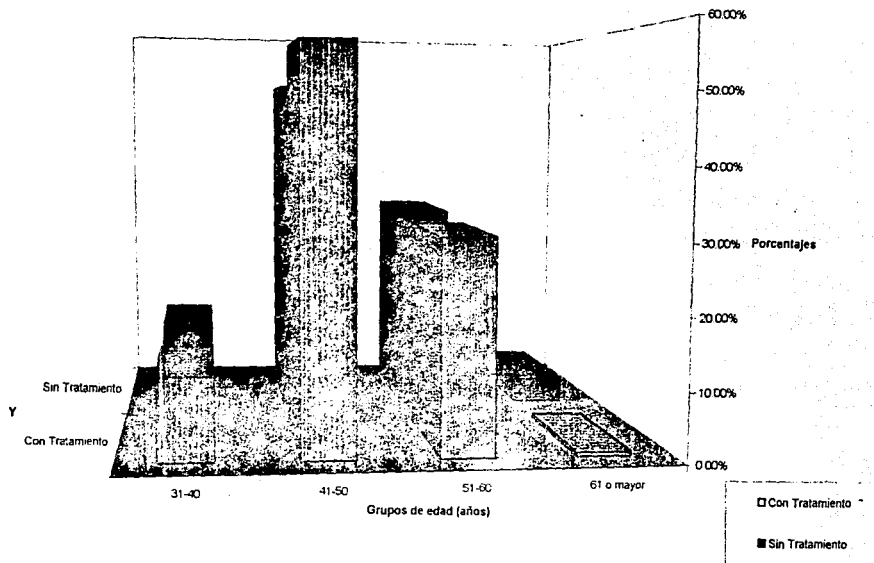
*p<0.05 sin diferencia estadística

**p>0.05 con diferencia estadística

Comparación de Porcentajes
Gráfica 1

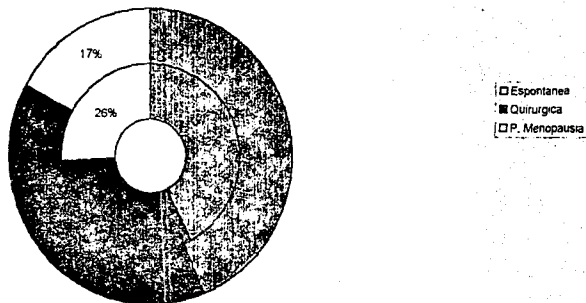


Comparación de porcentajes entre los grupos
Gráfica 2



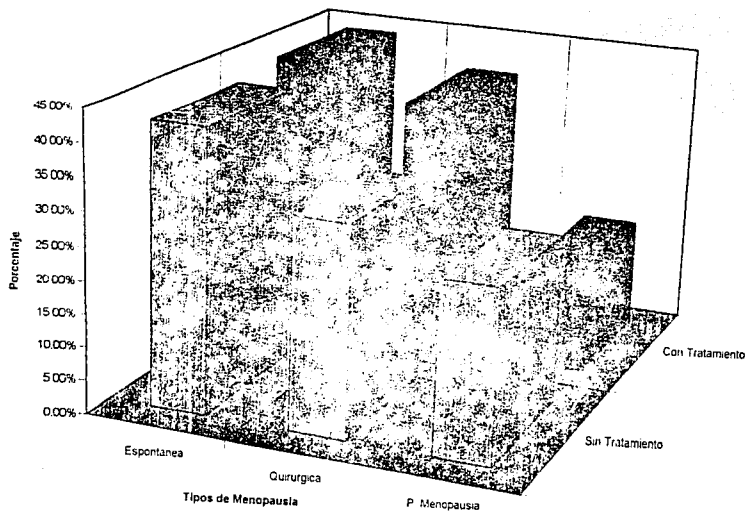
**Comparación del tipo de Menopausia
en porcentaje**
Gráfica 3

Sin Tratamiento anillo exterior
Con Tratamiento anillo interior



Comparación de tipos de Menopausia

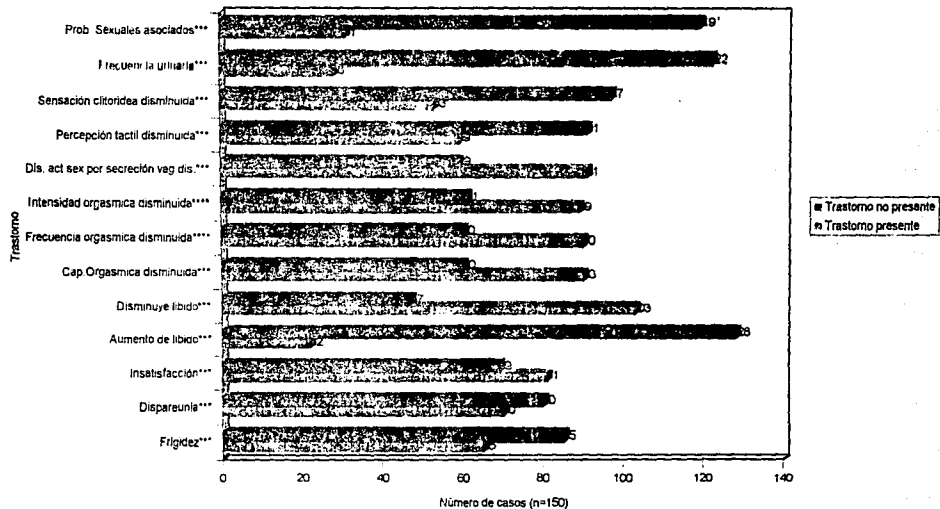
Gráfica 4



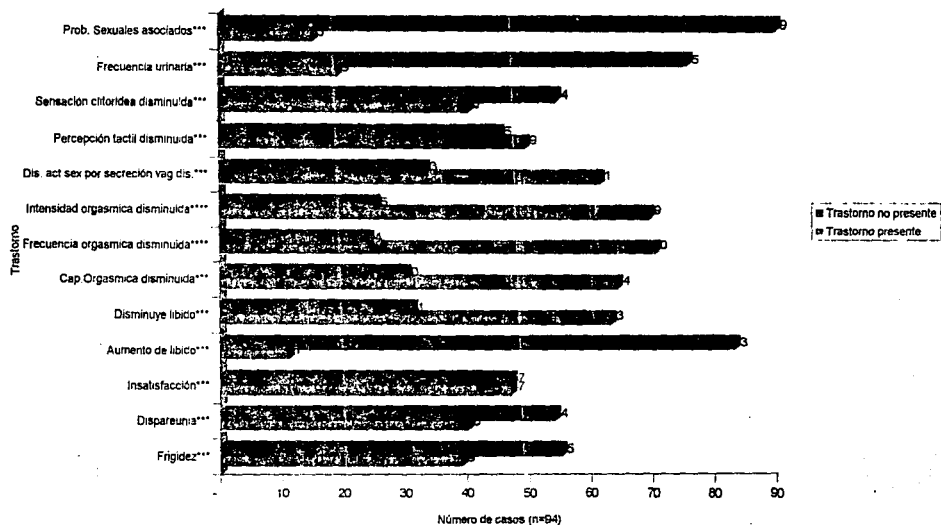
Trastornos Sexuales

Sin Tratamiento

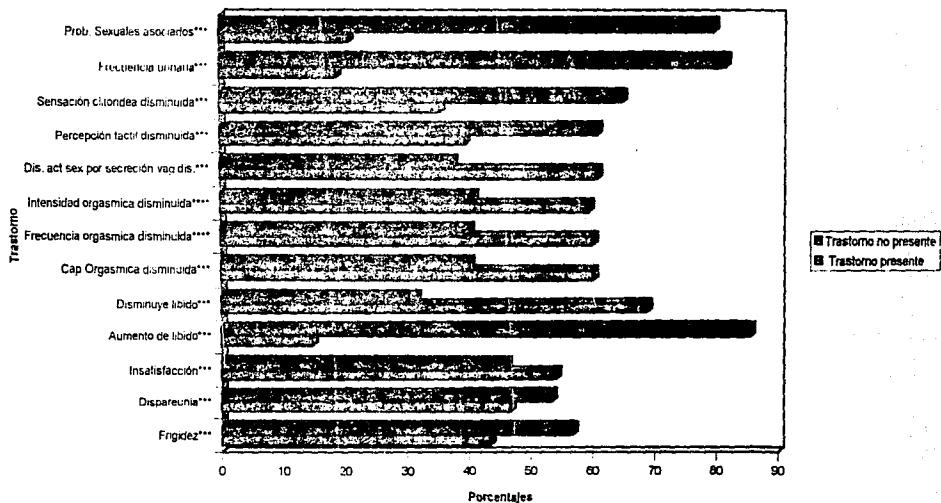
Gráfica 5



Trastornos Sexuales
Con Tratamiento
Gráfica 6

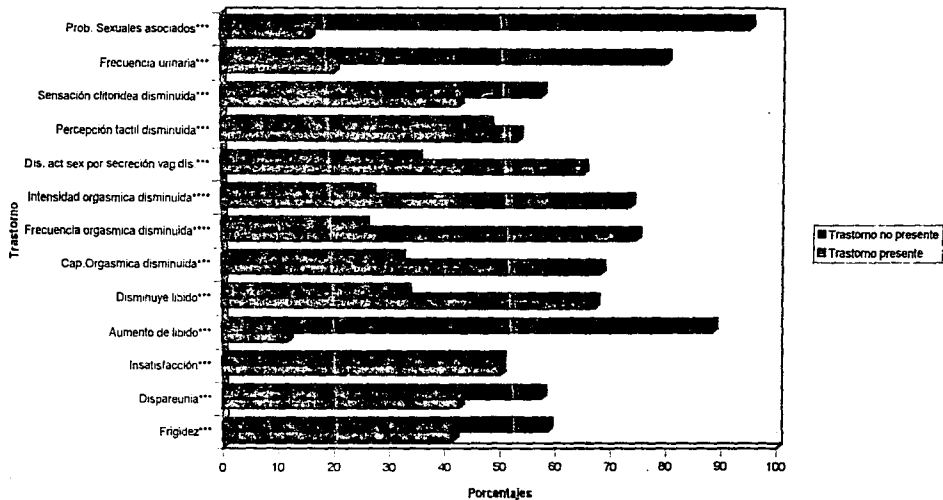


Trastornos Sexuales
Gráfica 7



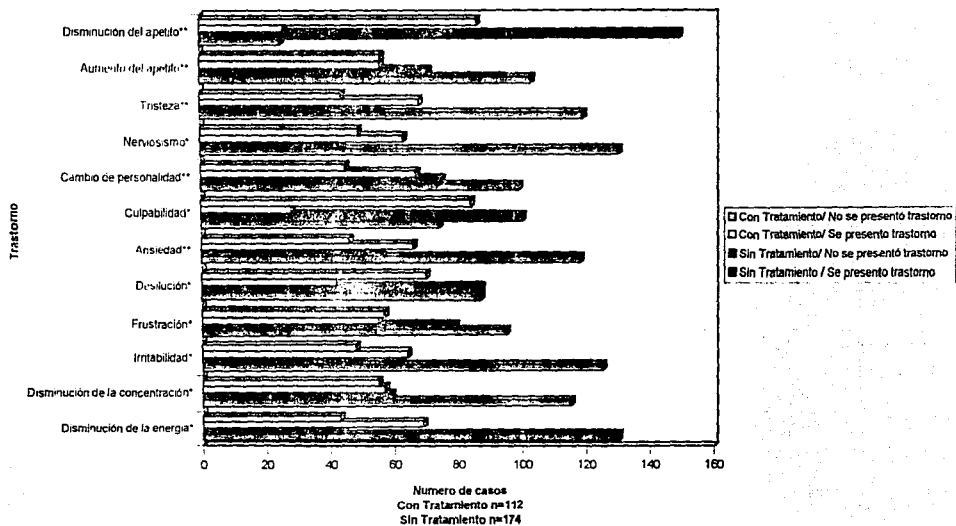
Trastornos Sexuales

Gráfica B
Con Tratamiento

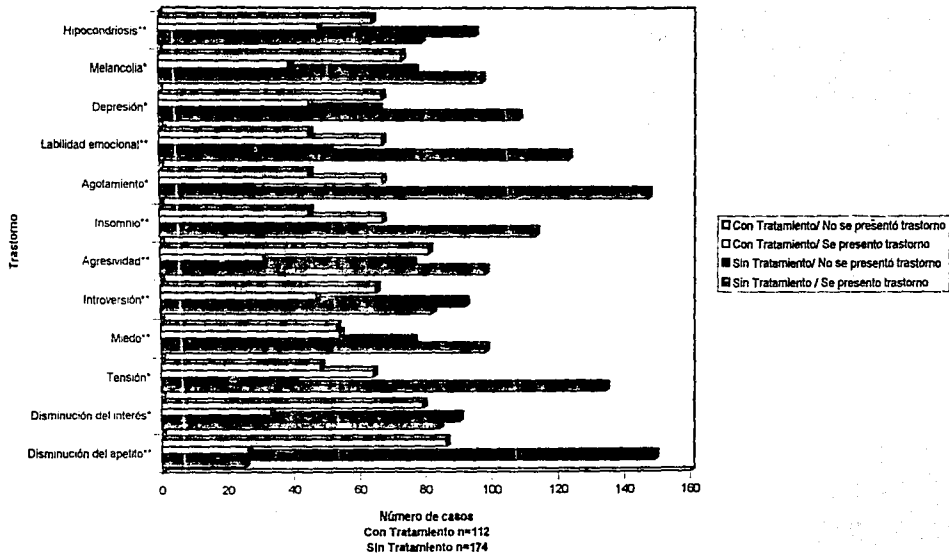


ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

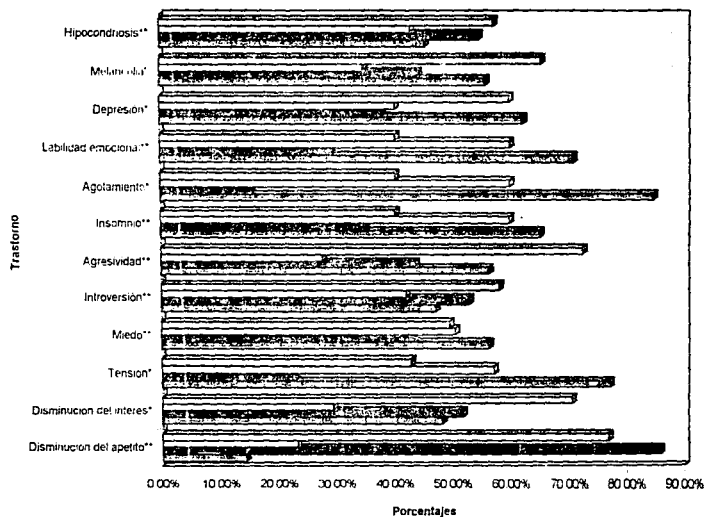
Trastornos Neuropsiquicos
Gráfica 9A



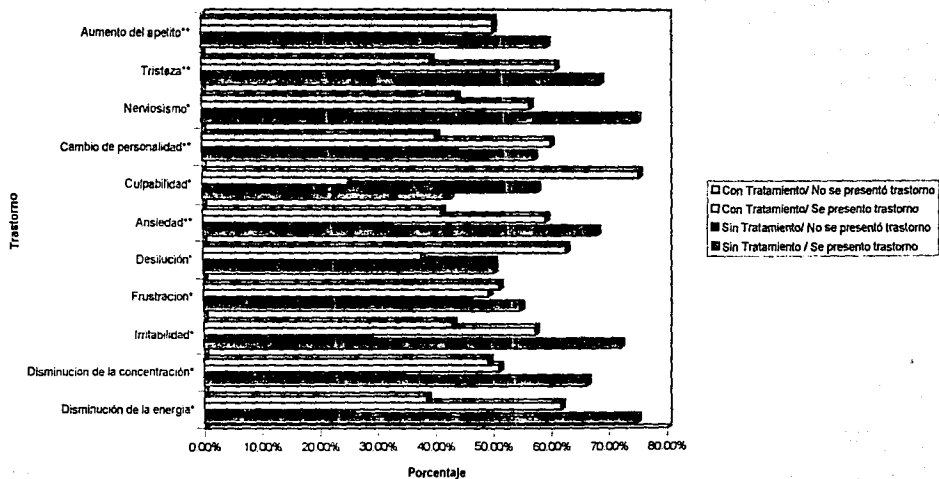
Trastornos Neuropsíquicos
Gráfica 9B



Trastornos Neuropsíquicos
Gráfica 10B



Trastornos Neuropsíquicos
Gráfica 10A



V. BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Diczfalusy E, et al. Developing countries and 21st Century. Acta Obstet Gynecol Scand suppl. 1986; 134:45
- 2.-Fernández del C, Ayala R. Problemas endócrinos del Climaterio, y la menopausia. Ginec Obst Méx. 1983;51: (312) 99-109.
3. Taurelle, Tamborini. La menopausia. Edit Masson. 1991; España
- 4.-Hagstad A, The epidemiology of climateric Symtoms. Acta Obst Gynecol Scand suppl. 1986; 134: 59
- 5.-Speroff. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Edit Toray. 1989.
- 6.-Escalante R. Monografía Síndrome Climatérico. 1993 INPer.México.
- 7.-Normas y Procedimientos de Obstetricia. 1990 INPer. México.
- 8.-Meyer P. Fisiología humana. Edit Salvat. 1989.
- 9.-Haney, y col. Fisiología del Climaterio. Clin. Obstet y Ginecol Méx 1986.; 2.
- 10.-Sarrel PM. Sexuality in the middle years. Obstet Gynecol Clin North Am 1987;14:49-62.
- 11.-Karchmer KS. Temas selectos de Reproducción Humana 1983 INPer. México.
- 12.-Sarrel PM. Sexuality and Menopause. Obstet Gynecol, 75,4. 1990.
- 13.-Naftolin F, Macklusky NJ, Leranath CZ, et al. The cellular effects of estrogens on neuroendocrine tissues. J Steroid Biochem 1988;29:215-28.
- 14.-Kow LM, Ptaff DW. Effects of oestrogen treatment on the size of receptive field and response threshold of pudendal nerve in the female. Neuroendocrinology 1973;13:299-313.
- 15.-Ptaff D, McEwen B. action of estrogens and progestins on nerve cells. Science 1983;219:808-14.
- 16.-Semens JP, Wagner G. Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women. JAMA 1982;248:445-8.
- 17.-Master WH, Johnson VE. Human sexual response, Boston: Little, Brown and Company, 1966.

- 18.-Batra S, Bjellin L, Iosif S, et al. Effect of oestrogen and progesterone on the blood flow in the lower urinary tract. *Acta Physiol Scand* 1985;123:191-4.
- 19.-Sarrel PM, Whitehead MI. Sex and Menopause: Defining the issues. *Maturitas* 1983;7:217-24.
- 20.-Sarrel PM. Sex problems after menopause: A study of fifty couples treated in a sex counseling programme. *Maturitas* 1982;4:231-9.
- 21.-Sherwin BB. The effect of sex Steroids on Brain Mechanisms Relating to Mood and Sexuality. *J Clin Invest* 1982;69:327-34.
- 22.-Anderson E, Hamburger S, Lieu JH, Rebar RW. Characteristics of menopausal women seeking assistance. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;156:428.
- 23.-Chakravarti S, Collins WP, Newton JR. Endocrine changes and symptomatology after oophorectomy in premenopausal women. *Br. j Obstet Gynecol.* 1977,84:769.
- 24.-McCoy N, Davidson JM. A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas.* 1985;7:203.
- 25.-Haspels AA, Musaph H, Bottiglioni F, Lignièrs, et al. Psychosexual aspects of mid-life. The controversial climateric. (Lancaster: MTP) 1979.
- 26.- Weigsmann MM. The myth of involuntional melancholia. *JAMA* 1979;242:742-744
- 27.-Bungay GT, Vessey MP, McPherson CK. Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. *Br Med J* 1980;281:181-183.
- 28.-Ballinger Cb. Psychiatric aspects of the menopause. *Br J Psychiatry* 1990;126:773-787
- 29.-Dennerstein L, Burrows GD. a review of studies of the psychological symptoms found at the menopause. *Maturitas* 1978;1:55-64.
- 30.-Hammar M, Berg G, Frahraeus L, Larsson Cohn U. Climateric symptoms in an unselected sample of Swedish women, *Maturitas* 1992;6:345-350
- 31.-Hunter M. The south-east England longitudinal study of the climateric and postmenopause. *Maturitas* 1992;14:117-126.
- 32.-Chakravarti S, Collins WP, Thom MH, Studd JW, Relation Between Plasma hormone profiles, symptoms, and response to oestrogen treatment in women approaching the menopause. *Br Med J.* 1979;1:983-985.

- 33.-Channon LD, Ballinger SE. Some aspects of sexuality and vaginal symptoms during menopause and their relation to anxiety and depression. *Br J Med Psychol* 1986;59:173-180.
- 34.-Hunter M, Battersby R, Whitehead M. Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal period. *Maturitas*. 1986;8:217-228.
- 35.-Holte A, Mikkelsen A. Psychosocial determinants of climacteric complaints. *Maturitas*. 1991;13:295-215.
- 36.-Costello EJ. Married with children: predictors of mental and physical health in middle aged women. *Psychiatry*. 1991;54:292-305.
- 37.-Backstrom T, Bixo M, Hammarback S. Ovarian steroid hormones. effects on mood, behaviour and brain excitability. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1985;130(suppl):19-24.
- 38.-Chakravarti S, Collins WP, Newton JR, Oram DH, Studd JW. Endocrine changes and symptomatology after oophorectomy in premenopausal women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1977;84:769-775
- 39.-Ballinger S, Cobbin D, Krivanek J, Saunders D. Life stresses and depression in the menopause. *Maturitas*. 1979;191-199.
40. Ballinger CB, Browning MC, Smith AH. Hormone profiles and psychological symptoms in peri-menopausal women. *Maturitas* 1987;9:235-251.
- 41.-De ligniers B, Vincens M. Differential effects of exogenous oestradiol and progesterone on mood in post-menopausal women: individual dose/effect relationship. *Maturitas*. 1982;4:67-72.
- 42.-Sherwin BB. The impact of different dose of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab*. 1991;72:336-343.