

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA



**Universidad de El Salvador**

*Hacia la libertad por la cultura*

TEMA:  
**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA  
DURANTE EL CLIMATERIO EN MUJERES QUE CONSULTAN EN UCSF EL  
ROSARIO, CUSCATLÁN, JUNIO A JULIO DEL AÑO 2016.**

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

Diana Sofía Mazariego Hernández  
Sonia Edith Mejía Ramírez  
Alma Angelina Martínez Ventura

Para Optar al Título de:  
DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR:  
Dr. Francisco Giovanni Ríos Perla

San Salvador, Agosto de 2016

## INDICE

|  |     |
|--|-----|
| 1. RESUMEN   | i   |
| 2. INTRODUCCIÓN  | ii  |
| 3. OBJETIVOS   | iii |
| 3.1 Objetivo General.  | iii |
| 3.2 Objetivos específicos  | iii |
| 4. MARCO TEÓRICO   | 6   |
| 4.1 Generalidades  | 6   |
| 4.2 Fisiología   | 8   |
| 4.2.1 Regulación del eje hipotálamo-hipófisis-ovárico                      | 8   |
| 4.2.2 Fisiología de la menopausia. Edad de la menopausia                   | 8   |
| 4.2.3 Transición menopáusica   | 9   |
| 4.2.4 Marcadores hormonales de reserva ovárica                             | 10  |
| 4.3 Factores biopsicosociales que afectan a la mujer durante el climaterio | 14  |
| 4.3.1 Factores biológicos en el climaterio                                 | 14  |
| 4.3.2 Factores psicológicos que afectan el climaterio                      | 18  |
| 4.3.3 Factores sociales que afectan a la mujer durante el climaterio       | 23  |
| 5. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN  | 27  |
| 5.1 Tipo de Investigación  | 27  |
| 5.2 Periodo de investigación   | 27  |
| 5.3 Universo   | 27  |
| 5.4 Población  | 27  |
| 5.5 Muestra  | 27  |
| 5.6 Criterios de selección de la muestra                                   | 27  |
| 5.7 Técnica de obtención de datos y Fuentes de información                 | 28  |
| 5.8 Herramientas de obtención de datos                                     | 28  |
| 5.9 Procesamiento y análisis de la información                             | 28  |
| 5.10 Representatividad estadística   | 28  |
| 5.11 Operacionalización de variables                                       | 29  |
| 6. RESULTADOS  | 36  |
| 6.1 Resultado 1: Edad  | 36  |
| 6.2 Resultado 2: Estado Civil  | 37  |

|      |  |    |
|------|--|----|
| 6.3  | Resultado 3: Ocupación.....  | 38 |
| 6.4  | Resultado 4: Enfermedades Crónicas .....                           | 39 |
| 6.5  | Resultado 5: Depresión o tristeza.....                             | 40 |
| 6.6  | Resultado 6: Sentimiento de minusvalía.....                        | 41 |
| 6.7  | Resultado 7: Palpitaciones .....                                   | 42 |
| 6.8  | Resultado 8.....   | 43 |
| 6.9  | Resultado 9: síntomas que afectan las actividades diarias.....     | 44 |
| 6.10 | Resultado 10: Acciones para disminuir los síntomas.....            | 45 |
| 6.11 | Resultado 11: Frecuencia de interrupción de actividades diarias .. | 46 |
| 6.12 | Resultado 12: Importancia de la vida sexual durante el climaterio  | 47 |
| 6.13 | Resultado 13: Vida sexual durante el climaterio .....              | 48 |
| 6.14 | Resultado 14: Cambios en el deseo sexual durante el climaterio..   | 49 |
| 6.15 | Resultado 15: Aceptación Corporal.....                             | 50 |
| 6.16 | Resultado 16: Apoyo Familiar .....                                 | 51 |
| 7.   | DISCUSIÓN DE RESULTADOS  | 52 |
| 8.   | CONCLUSIONES   | 54 |
| 9.   | RECOMENDACIONES  | 55 |
| 10.  | BIBLIOGRAFÍA   | 56 |
| 11.  | ANEXOS   | 59 |

## RESUMEN

Durante el climaterio los factores que afectan la calidad de vida o que interrumpen las actividades diarias son diversos en la población estudiada, por lo que este trabajo se enfoca en identificarlos para así clasificarlos.

En esta investigación, se escogió una muestra al azar, de las pacientes en edades entre 45 a 55 años, que consultaron durante el periodo de Junio a Julio del 2016, con la finalidad de evaluar en ellas los factores biológicos, psicológicos y sociales que en conjunto provocan cambios en la vida diaria.

Se encontró, que existen factores que modifican la calidad de vida durante esta etapa, volviéndose un periodo sensible a modificaciones multicausales; en la encuesta realizada se refleja que la gran mayoría de mujeres, se ven afectadas de manera negativa por factores biológicos, con predominio de síntomas asociados con el síndrome climatérico, como los sofocos o la no aceptación corporal, llevándolas inclusive a un posible cuadro depresivo leve. Otro punto importante a destacar fue que las creencias populares predominan a la hora de afrontar esta sintomatología llevándolas a tomar decisiones empíricas para conseguir una mejoría a su cuadro.

Los resultados más significativos del estudio, arrojaron el 65% de ellas se ven afectadas en su diario vivir por la sintomatología relacionada al cuadro y que al menos 3% de las encuestadas ha tenido síntomas depresivos. En relación al analizar el producto de la investigación, como grupo recomendamos principalmente llevar una dieta balanceada para prevenir patologías crónicas, usar lubricante para mejorar la calidad de la relación sexo coital y consultar a un especialista ante signos de alarma de un posible cuadro de depresión.

## INTRODUCCIÓN

El climaterio se define como el período en el cual ocurren cambios somáticos como psicológicos en la transición hacia la menopausia la cual es un evento natural, inevitable en la vida de la mujer, que lleva al cese de la función reproductora. Por la similitud de conceptos existe una confusión entre los términos climaterio y menopausia en nuestro medio los cuales pretendemos aclarar en el presente trabajo.

El climaterio se asocia con signos y síntomas como trastornos menstruales y síntomas vasomotores. Pueden presentarse otras condiciones como alteraciones psicológicas, emocionales y psicosomáticas, alteraciones de sueño no asociadas a cambios fisiológicos. Se ha sugerido que existe una variación cultural en la presencia de estos síntomas, esta variación puede deberse a diferencias en la fisiología o en la percepción que tienen las mujeres de sus síntomas.

La individualización del tratamiento es de importancia clave en la decisión de usar terapia hormonal como una alternativa, pero debe de considerarse el estado de salud de la mujer y de sus estilos de vida, así como los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, eventos trombóticos, o cáncer de mama.

“Con los cambios sociodemográficos que se observan en el creciente número de mujeres climatéricas, es de mucha relevancia para mejorar la educación sobre la etapa y sus problemas potenciales asociados, fomentar su participación en los programas de cribado, y promover la adquisición de estilos de vida sanos”<sup>3</sup>.

En la realización del siguiente trabajo se llevará a cabo una investigación que pretende identificar los principales factores psicológicos, biológicos y sociales que afectan la vida de la mujer durante el climaterio interrumpiendo la rutina y la realización de actividades diarias; de esta manera contribuir a mejorar la atención y educación para las pacientes que consultan por estos síntomas y así mejorar la calidad de vida durante esta etapa de la mujer.

## **OBJETIVOS.**

### **3.1 Objetivo General.**

Identificar los principales factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan la UCSF El Rosario, Municipio de El Rosario, Departamento de Cuscatlán en los meses de Junio a Julio del año 2016.

### **3.2 Objetivos específicos**

- 1)** Identificar los factores biológicos que intervienen en la calidad de vida durante el climaterio y menopausia.
- 2)** Determinar los principales factores psicológicos que influyen durante la menopausia en las usuarias.
- 3)** Identificar los factores sociales que intervienen en la calidad de vida durante el climaterio y menopausia.
- 4)** Identificar las formas en que las mujeres afrontan el climaterio y menopausia según sus conocimientos.

## MARCO TEÓRICO.

### 4.1 Generalidades

El ciclo de vida de la mujer comprende varias etapas desde la infancia, la pubertad, adolescencia, adultez, climaterio y menopausia. Esta última es uno de los periodos más esenciales para la mujer, debido a que conlleva cambios a nivel metabólico y hormonal, que pueden originar signos y síntomas afectando directamente su salud a nivel emocional y físico, repercutiendo en la calidad de vida de las pacientes, además que delimita el paso de la vida reproductiva a la senectud, siendo su instauración progresiva y su duración variable.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) la sitúa entre los 45-64 años de edad, siendo la edad media de menopausia se presenta entre los 46 y 50 años pudiendo estar influenciada la edad de aparición por factores genéticos, obesidad o tabaquismo. La experiencia de la menopausia es diferente para cada mujer y entre mujeres de diferentes culturas o procedencia”<sup>5</sup>.

“En la actualidad el incremento de la esperanza de vida en nuestra sociedad, hace que un número progresivamente mayor de mujeres viva durante más tiempo en el periodo posmenopáusico, que va a suponer aproximadamente un tercio del ciclo vital de la mujer; por lo que el modelo de atención médica debe prepararse y a la vez adaptarse para poder enfrentar patologías crónicas degenerativas y los problemas propios de la vida, incluyendo los cambios normales en la vida de las mujeres, como el climaterio y la menopausia, con objetivo de diseñar un modelo de atención integral multidisciplinario y centrado en la mujer aplicable en los servicios de atención primaria en salud”.<sup>8</sup>

La menopausia es una etapa biológica en la vida de una mujer en la que ya no es fértil y está marcado por el cese de la menstruación. Una mujer se define como posmenopáusica posterior a 12 meses de amenorrea. Los cambios asociados con la menopausia y la perimenopausia (los años que conducen a la menopausia) ocurren cuando la función ovárica disminuye y cesa. Esta incluye el cese de folículos maduros (ovocitos) y hormona sexual (principalmente estrógeno y la secreción de progesterona). Los hombres siguen produciendo espermatozoides

en la vejez, pero las mujeres tienen un número finito de ovocitos en el nacimiento y la cantidad disminuye con cada ciclo menstrual.

La transición menopáusica se caracteriza por concentraciones de FSH elevadas asociadas a variaciones en la duración del ciclo y ausencia de hormonas previas, mientras que la fase posterior a la menopausia se caracteriza por amenorrea. La transición menopáusica comienza con la variación en la duración del ciclo menstrual, acompañado de una elevación de la hormona folículo estimulante (FSH), y acaba con el último periodo menstrual.

La menopausia se conoce como el momento de la última menstruación seguido por amenorrea de 12 meses. La postmenopausia describe el periodo tras la última menstruación.<sup>7</sup>

Uno de los muchos enigmas sobre la fertilidad es por qué las mujeres pasan por esta etapa, a menudo pocas décadas antes de su muerte. La vida reproductiva de una mujer puede ser visualizada como una cronología de los acontecimientos fundamentales: la menarquia, los nacimientos, los intervalos entre nacimientos y la menopausia.

No es fácil determinar ni el principio ni el final del climaterio y mucho menos su duración, pues varía de mujer a mujer. La menopausia, por tanto, es sólo un signo más dentro del conjunto de fenómenos que definen el climaterio, y divide a éste en dos fases: pre menopausia y postmenopausia. La pre menopausia abarca un periodo de 3 a 5 años en el que se objetivan síntomas que reflejan el inicio del cese de la función ovárica. La postmenopausia se considera que se prolonga entre 7 y 10 años; Para comprender este proceso, veremos este proceso desde el punto de vista bioquímico.



## **4.2 Fisiología**

### **4.2. 1 Regulación del eje hipotálamo-hipófisis-ovárico.**

#### ***4.2.1.1 Fisiología del ciclo ovárico***

Para un mejor entendimiento de la fisiología del climaterio, conviene primero recordar la fisiología del ciclo ovárico normal. El objetivo del sistema reproductor femenino es la producción de un ovocito fertilizable y el establecimiento, en el aparato genital, de las condiciones que favorezcan su fertilización y su posterior implantación.

Las principales hormonas hipotálamo-hipofisarias que afectan a las funciones gonadales, y por lo tanto a la fertilidad, son a nivel del hipotálamo el péptido GnRH (hormona liberadora de la gonadotropina) o gonadoliberina, y a nivel hipofisario las gonadotropinas LH (Hormona luteinizante) y FSH (Hormona Folículo Estimulante), así como la prolactina. El GnRH es un decapeptido segregado por neuronas del núcleo arcuato y de la eminencia media en el hipotálamo. Su secreción es de tipo pulsátil, el péptido es conducido por vía axonal hasta la sangre de la vena porta hipofisaria por cuya vía alcanza las células gonadotropas hipofisarias. Estas células expresan el receptor para GnRH cuya activación provoca la estimulación de la síntesis y secreción tanto de LH como de FSH. La regulación de la secreción de GnRH es debida a los esteroides gonadales, fundamentalmente el estradiol, cuya acción suele ser inhibitoria excepto cuando, en función de sus concentraciones elevadas, provoca una estimulación y el consiguiente pico ovulatorio de gonadotropinas. El folículo ovárico produce además de hormonas esteroideas, hormonas peptídicas y factores de crecimiento. Las principales y mejor conocidas son la inhibina y la activina, que tienen acciones paracrinas y hormonales sobre la FSH, inhibitoras la inhibina y estimuladoras la activina. El ovario produce también hormona antimülleriana (AMH), una glicoproteína estructuralmente relacionada con la inhibina.<sup>8</sup>

### **4.2. 2 Fisiología de la menopausia. Edad de la menopausia**

La población de oocitos, que posteriormente formarán los folículos ováricos, se constituye durante el desarrollo fetal. El número máximo de oocitos se alcanza hacia la semana 20 de gestación. Tras el nacimiento este número comienza a disminuir progresivamente. Durante la etapa reproductiva de la mujer, en cada

ciclo menstrual se establecen fenómenos de reclutamiento de un número determinado de folículos para seleccionar, entre ellos, el destinado a ovular, mientras el resto desaparecerán por un proceso de atresia por apoptosis o muerte celular, de modo que en todo el período reproductivo sólo entre 400 y 500 ovocitos alcanzarán la ovulación.

El número de folículos decrece de forma logarítmica durante toda la etapa reproductiva y en la década que precede a la menopausia se observa un aumento del número de folículos que sufren la atresia. El conjunto de folículos primordiales y preovulatorios existentes en el ovario constituye la “reserva folicular ovárica”, que está genéticamente programada, y es un factor determinante en la edad de aparición de la menopausia que, por término medio, suele tener lugar en torno a los 50 años. A diferencia de lo que ocurre con la menarquia, que en la actualidad ocurre a edades más tempranas por la mejora de las condiciones de vida y salud, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que la edad de la menopausia no ha variado desde la época de los griegos. Se ha comprobado que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico disponen de una mayor dotación folicular ovárica en el momento del nacimiento, y, por tanto, no suelen presentar fallo ovárico prematuro.

Existen factores que pueden acelerar el ritmo de pérdida de la dotación folicular y adelantar la aparición del fallo gonadal, tales como la exposición a productos tóxicos, tratamientos de quimioterapia o radioterapia, antidepresivos, estrés, enfermedad inflamatoria pélvica y cirugía ginecológica por procesos benignos como la endometriosis, que se han relacionado con el fallo ovárico prematuro. La ooforectomía unilateral adelanta la aparición de la menopausia en 1-2 años, y lo mismo sucede tras la histerectomía simple o la ablación endometrial presumiblemente por el compromiso de la irrigación ovárica. El tabaquismo ha demostrado que puede alterar el proceso de envejecimiento ovárico de forma que puede adelantar la edad a la que sobreviene la menopausia hasta en 2 años.<sup>9</sup>

### **4.2. 3 Transición menopáusica**

Con el incremento de la esperanza de vida desde aproximadamente los 50 años, un gran número de mujeres pasan casi un tercio de su vida en estado postmenopáusico; la transición menopáusica comprende el periodo de tiempo que comienza con las variaciones en la duración del ciclo menstrual y con la elevación de la FSH, y finaliza con la desaparición del periodo menstrual, clásicamente confirmado cuando va seguido por 12 meses de amenorrea.

## **(Anexo 1.1)**

No existe ningún marcador que indique con precisión el último ciclo menstrual. La probabilidad de estar ante la menopausia aumenta con la edad de la mujer y la duración de la amenorrea. En mujeres con al menos un intervalo intermenstrual de más de 60 días el tiempo medio para la menopausia es de 2,6 a 3,3 años. En mujeres de más de 45 años que presenten un intervalo de amenorrea de 180 días, sólo entre un 45% y un 72% de ellas dicho fenómeno se debe a la menopausia. Si el tiempo de amenorrea es de un año, la probabilidad de que la causa sea la menopausia llega al 90%. Por este motivo, para reconocer la instauración de la menopausia se exige que la última menstruación vaya seguida de un año de amenorrea.<sup>9</sup>

### **4.2. 4 Marcadores hormonales de reserva ovárica**

La esencia del concepto del envejecimiento ovárico es que la cronología de los eventos reproductivos, incluida la transición desde los ciclos menstruales regulares a irregulares y finalmente a la menopausia, son dictados por el descenso de la cantidad y la calidad de la reserva de folículos en reposo. Durante los años previos a la menopausia los oocitos sufren una aceleración en la proporción de pérdida hasta que finalmente la disponibilidad de oocitos se agota, más o menos cuando alcanza aproximadamente los 25.000, lo que suele ocurrir a una edad entre los 37 a 38 años. Esto se refleja en una mínima capacidad para reclutar folículos antrales sensibles a la FSH, lo que conlleva a una disminución en los niveles de concentración de la inhibina B.<sup>9</sup>

#### **4.2.4.1 Hormona Folículo-Estimulante (FSH)**

Es en el marco de este proceso donde las concentraciones de AMH, inhibina B y FSH pueden ser claves a la hora de intentar seguir los pasos de la transición menopáusica. El marcador hormonal de reserva ovárica más ampliamente utilizado en la práctica clínica es la determinación de FSH en fase folicular temprana (3º5º día del ciclo), tanto para diagnosticar la menopausia como para identificar la fase reproductiva en la que se encuentra la mujer.<sup>7</sup>

#### **4.2.4.2 Estradiol**

Contrariamente a lo que se creía las concentraciones séricas de estradiol no disminuyen gradualmente, junto con la reducción de la reserva folicular ovárica,

en los años anteriores a la menopausia; las concentraciones de estradiol, aunque erráticas, tienden a estar discretamente elevadas durante la transición menopáusica, comparadas con las concentraciones obtenidas durante la etapa reproductiva. El responsable de este incremento parece ser el aumento de la respuesta folicular ovárica al aumento de las concentraciones de FSH característica de estos años. La mayor parte del estradiol circulante en la mujer en edad reproductiva es producido por el folículo preovulatorio. Los folículos más pequeños producen tan sólo una parte muy pequeña del estradiol circulante y, por tanto, la disminución de la reserva folicular ovárica tiene un escaso reflejo en la producción estrogénica del ciclo ovárico. El incremento del estradiol sérico asociado a la reducción de la reserva ovárica es consecuencia del reclutamiento folicular precoz y el crecimiento folicular acelerado debido al incremento de los niveles de FSH.<sup>10</sup>

#### **4.2.4.3 Progesterona**

Las concentraciones de progesterona durante la transición menopáusica temprana, a pesar de la presencia de ciclos menstruales regulares, son más bajas que en la etapa reproductiva, y varían inversamente con el índice de masa corporal. La progesterona se ha usado como marcador de ovulación. Una fase lútea normal se asocia a concentraciones de progesterona superiores a 18 nmol/L (5.66 ng/mL), y concentraciones superiores a 30-32 nmol/L (9.4-10 ng/mL) 7 días después del aumento de la temperatura basal (día 21 a 23 del ciclo, si este es regular) son indicativas de ovulación. La muestra debería obtenerse el séptimo día tras la elevación de la temperatura basal, ya que si se obtiene sistemáticamente el día 21 del ciclo puede inducir a error, ya que la primera fase del ciclo no tiene la misma duración en todas las mujeres, sobre todo durante la transición menopáusica. La frecuencia de ciclos con valores de progesterona indicativos de ovulación desciende del 60% a menos del 10% durante los 6 años previos a la menopausia. Las concentraciones séricas de progesterona en mujeres postmenopáusicas suelen ser inferiores a 2nmol/L (0.63 ng/mL).<sup>7</sup>

#### **4.2.4.4 Inhibina B**

Las inhibinas son glicoproteínas heterodiméricas que forman parte de la superfamilia de los factores transformadores del crecimiento TGF- $\beta$ . Son producidas sobre todo por las células de la granulosa y de la teca en el ovario y por las células de Sertoli en el testículo, y en menor proporción por algunos tejidos extra gonadales, tales como la médula ósea, el cerebro, la hipófisis y las glándulas suprarrenales.<sup>9</sup>

Durante el ciclo menstrual el nivel máximo de inhibina B se alcanza en la fase folicular precoz, reflejando su producción por los folículos pequeños (preantrales y antrales pequeños) mientras que es prácticamente indetectable en la fase lútea. Por el contrario, los niveles de inhibina A aumentan durante las fases foliculares tardías y lúteas, reflejando su producción por el folículo maduro y el cuerpo lúteo. Numerosos estudios han evidenciado las bajas concentraciones de inhibina B en mujeres pre menopáusicas al final de su ciclo reproductivo. Esta reducción de la concentración de inhibina B ocurre más precozmente que el descenso en la concentración de inhibina A y estradiol, los otros factores producidos por las células de la granulosa que controlan la secreción de FSH. Ello sugiere que la reducción de inhibina B es responsable del incremento monotrópico de FSH observado en el envejecimiento ovárico.<sup>9</sup>

#### **4.2.4.5 Hormona antimülleriana (AMH)**

La AMH es una glicoproteína dimérica miembro de la familia de los factores de diferenciación y crecimiento de tipo  $\beta$  (TGF- $\beta$ ). Fue inicialmente identificada como el factor producido por las células de Sertoli testiculares y que induce la regresión de los conductos de Müller durante el desarrollo fetal masculino. La AMH es expresada en la mujer, durante la fase reproductiva por las células de la granulosa de los folículos ováricos, pero sólo por los folículos en crecimiento. Se le atribuyen dos funciones importantes en la foliculogénesis; 1) Inhibe el reclutamiento de los folículos primordiales hacia la reserva de folículos en crecimiento y 2) Atenúa el efecto de la FSH sobre los folículos en crecimiento e inhibe su selección para la dominancia. La AMH controla, por tanto, la formación de los folículos primarios inhibiendo el excesivo reclutamiento folicular por la FSH, siendo un factor importante en el control del tamaño de la reserva de folículos en crecimiento.<sup>9</sup>

#### **(Anexo 1.2)**

Por este motivo se considera que las concentraciones séricas de AMH están en relación con el tamaño de la reserva folicular ovárica, siendo por tanto un marcador de dicha reserva ovárica. La cuantificación de AMH ha sido postulada por algunos autores como uno de los marcadores más precoces del envejecimiento ovárico. Existe una estrecha correlación entre las concentraciones de la AMH y el grado de respuesta ovárica a la hiperestimulación en el tratamiento para la fertilización in vitro, así como con el recuento ecográfico de folículos antrales (marcador ecográfico de reserva ovárica). Los niveles de

concentración de AMH disminuyen al aumentar la edad de la mujer en el contexto del envejecimiento ovárico fisiológico. La ventaja de la cuantificación de AMH, frente a la de la inhibina B, la FSH y el recuento ecográfico de folículos antrales es que se ha comprobado que la concentración de AMH se mantiene relativamente constante a lo largo del ciclo menstrual, con poca variación entre ciclos diferentes.<sup>9</sup>

Podemos resumir que la AMH era mejor marcador de la cronología de la transición menopáusica que la inhibina B. Teniendo en cuenta la mínima variación durante el ciclo menstrual de la AMH, esta hormona puede ser un buen marcador de la depleción folicular y su descenso a niveles indetectables puede ser una señal del inicio de la última etapa de la transición menopáusica.

#### **4.2.4.6 Recuento del número de folículos antrales (RFA)**

El RFA es el marcador ecográfico más aceptado para cuantificar la reserva ovárica ya que se ha demostrado que es un reflejo de la reserva de folículos primordiales en el ovario. El recuento de folículos antrales ha sido propuesto también como predictor de la menopausia.

Los folículos en fase antral se distinguen bien mediante estudio ecográfico, su contenido líquido crea una marcada interface con el tejido sólido ovárico circundante. Se cuentan los folículos entre 2 y 9 mm. Se considera 2 mm el tamaño mínimo (por la resolución de los ecógrafos), y 10 mm el diámetro máximo, considerando que los folículos con tamaños superiores ya han iniciado su desarrollo. Aunque parece que no existe variación intraciclo, existen variaciones importantes entre ciclos menstruales.<sup>7</sup>

#### **4.2.4.7 Producción hormonal postmenopáusica**

Tras la menopausia se produce un aumento de 10 a 20 veces de la FSH y de aproximadamente 3 veces de la LH llegando a sus niveles máximos entre 1 y 3 años tras la última regla, tras lo cual ocurrirá una disminución gradual, pero leve, de ambas gonadotropinas. El ovario posmenopáusico secreta principalmente androstendiona y testosterona. Aunque la androstendiona es el principal

esteroide que se produce en el ovario posmenopáusico, la mayor parte de la androstendiona circulante es de origen suprarrenal.<sup>7</sup>

Después de la menopausia las concentraciones séricas de esta hormona son aproximadamente la mitad de las observadas previamente. La dehidroepidandrosterona (DHEA) y su sulfato (DHEAS), que se originan en la suprarrenal, disminuyen pronunciadamente con la edad, encontrándose concentraciones hasta un 70 % para la DHEA y un 74 % para al DHEAS más bajas en la década posterior a la menopausia que en la mujer fértil. Aunque la cantidad de testosterona circulante en la mujer menopáusica disminuye aproximadamente en un 25 %, en la mayoría de las mujeres el ovario posmenopáusico secreta más testosterona que el pre menopáusico. <sup>7</sup>

Existe una correlación positiva entre las concentraciones de estrógeno y estradiol con respecto al índice de masa corporal. El grado de conversión de androstendiona a estrógenos se correlaciona con el índice de masa corporal. Esta mayor producción de estrógenos probablemente se debe a la capacidad del tejido adiposo de aromatizar andrógenos. La proporción andrógenos/estrógenos cambia drásticamente tras la menopausia, debido a la caída más pronunciada de los estrógenos, lo que hace común la aparición de hirsutismo.<sup>9</sup>

**(Anexo 2.1)**

### **4.3 Factores biopsicosociales que afectan a la mujer durante el climaterio**

#### **4.3. 1 Factores biológicos en el climaterio**

Las manifestaciones clínicas consecuencia del déficit estrogénico de la menopausia no las presentan todas las mujeres, ni con la misma intensidad, ni suceden a la vez. Las implicaciones clínicas varían según el estadio clínico que consideremos y según cada mujer. No se sabe si esta variación se debe a diferencias en la fisiología o en la percepción que tienen las mujeres de sus síntomas. **(Anexo 3.1)**

#### **4.3.1.1 Síntomas a corto plazo**

- Alteraciones de los ciclos menstruales: en la peri menopausia precoz se suelen dar ciclos más cortos, en la media los periodos intermenstruales se alargan siendo algunos de estos ciclos anovulatorios y en la tardía acontece el cese total de menstruaciones. Aparece en el 90% de las mujeres.

- Sintomatología Neurovegetativa:

1. **Síndrome Climatérico:** puede aparecer meses e incluso años antes de que cesen las menstruaciones y suele permanecer durante 2 a 5 años.<sup>9</sup>

2. **Sofocos y sudoración:** los síntomas vasomotores afectan hasta el 75% de las mujeres perimenopáusicas y duran, en la mayoría de los casos, hasta 1 o 2 años después de la menopausia, aunque en algunas pacientes pueden durar hasta más de 10 años. Los sofocos son la principal razón por lo que la mujer busca atención médica y solicita terapia hormonal. El número de sofocos es variable y se suele acompañar de palpitaciones, náuseas o mareos. Su intensidad y frecuencia varía de unas mujeres a otras, están estrechamente relacionados con trastornos del sueño (insomnio), que pueden afectar de forma importante su calidad de vida.<sup>9</sup>

3. **Insomnio:** Los períodos de intensa fluctuación o variabilidad hormonal, observados durante la vida reproductiva femenina, parecen afectar los patrones de sueño en este grupo. Los trastornos del sueño constituyen una molestia frecuente entre las mujeres menopáusicas y entre sus causas posibles se destacan los síntomas vasomotores (sofocos, sudoración nocturna), la presencia de cuadros depresivos, los trastornos respiratorios, o ambos y, además, cuadros de dolor crónico.<sup>9</sup>

4. **Vértigo:** son una ilusión de movimiento, ya sea del propio cuerpo o de los objetos que le rodean. Frecuentemente la palabra vértigo es sinónimo de sensación de mareo, náuseas, desequilibrio. El vértigo tiene muchas causas, pero en la menopausia son producidos por la escasez de estrógenos, que transforma un tanto el funcionamiento de los vasos sanguíneos afectando al sistema nervioso. Otras veces, el vértigo puede aparecer como consecuencia de otros síntomas de la menopausia como la fatiga o el insomnio. También están relacionados con otros trastornos de la menopausia, como pueden ser el zumbido en los oídos, las palpitaciones, las náuseas y la ansiedad.<sup>10</sup>



5. **Cefalea:** Cuando las mujeres se acercan a la menopausia, los niveles de estrógeno pueden fluctuar más y desencadenar un aumento en las migrañas. También puede ser necesaria la terapia preventiva diaria si los dolores de cabeza son frecuentes y los períodos son impredecibles. Las mujeres que llegan a la menopausia natural pueden tener menos problemas con las cefaleas que las mujeres que han tenido histerectomía.<sup>8</sup>

6. **Palpitaciones:** generalmente las palpitaciones durante la menopausia no son producto de una enfermedad cardiovascular, sino que son ocasionadas por los desajustes hormonales propios de la menopausia o por la ansiedad que genera esta nueva etapa vital. Pero que no sean peligrosas para la salud del corazón.<sup>8</sup> **(Anexo 4.1)**

#### ***4.3.1.2 Síntomas a mediano plazo***

- **Atrofia urogenital:** La atrofia vaginal es el término médico que hace referencia al adelgazamiento de la pared vaginal que se produce durante la menopausia. La atrofia vaginal ha sido sin duda una de las protagonistas en el Congreso Mundial de Menopausia por ser una patología de altísima prevalencia en mujeres con menopausia. Se calcula que aproximadamente entre un 40-60% de las mujeres en la menopausia sufren síntomas locales relacionados con la atrofia vaginal que ocurre como consecuencia de la caída progresiva de estrógenos, algo característico de esta etapa de la vida de la mujer. La atrofia urogenital provoca sequedad y prurito vaginal, dispareunia, coitorragia, disuria, poliaquiuria, cistocele y urgencia urinaria. Estos problemas habituales en mujeres menopaúsicas responden bien al tratamiento hormonal. Los síntomas vinculados con la atrofia del aparato urogenital y la vagina empeoran progresivamente, incrementándose los problemas y consecuentemente la calidad de vida, por esta razón estos síntomas como la sequedad vaginal alcanzan la segunda queja de las mujeres en esta etapa de la vida.<sup>10</sup>

- **Atrofia mamaria:** Cuando la mujer llega al climaterio la disminución de estrógenos causado por la menopausia hace que las mamas pierdan colágeno, elastina, tejido adiposo (grasa) y tejido mamario (alveolos y conductos). Por todo ello éstas encojen, están menos llenas y reducen su tamaño. Además, la piel se hace más fina y el tejido conectivo encargado de sujetarlas también se atrofia produciendo no sólo la caída de la mama sino una considerable disminución de su firmeza. Por otra parte, el pezón también puede sufrir cambios: la areola

suele hacerse más pequeña y puede modificar la intensidad de su color llegando incluso, en algunos casos, a desaparecer.<sup>11</sup>

- **Atrofia cutánea:** La deficiencia estrogénica subsecuente provoca una serie de cambios orgánicos que incluyen un descenso del colágeno cutáneo y un envejecimiento de la piel. Existen algunas evidencias de que la terapia hormonal sustitutiva puede producir una significativa mejoría en la tasa de colágeno y en la presencia de finas arrugas. Sin embargo, existen también riesgos asociados tales como melasma, incremento de tamaño de los nevos, aparición de telangiectasias, alergia al material de los parches y otros. Algunos tratamientos tópicos como las cremas de estrógenos, el ácido retinoico, el ácido glicólico y la vitamina C aumentan también la tasa de colágeno cutáneo.<sup>12</sup>

#### **4.3.1.3 Síntomas a largo plazo**

- **Las enfermedades crónicas**

La hipertensión arterial, obesidad y cardiopatía isquémica son afecciones cuya morbilidad aumenta durante el climaterio y constituyen la mayor causa de muerte para la mujer en las sociedades desarrolladas.

Es bien sabido que la mujer tiene mucho menos propensión que el hombre al infarto del miocardio. Esta relativa inmunidad se debe a los estrógenos y su acción sobre la lipidemia. Los estrógenos elevan la HDL y disminuyen el LDL y el VLDL por lo que la tendencia a la aterosclerosis y la obstrucción coronaria disminuye con ellos. Las variaciones en el perfil lipídico que ocurre en la menopausia por disminución de los estrógenos y que aumentan las lipoproteínas de baja densidad (LDL) formadas fundamentalmente por colesterol y disminuyen las de alta densidad (HDL) se asocia con la mayor probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares y arteriosclerosis.<sup>14</sup>

- **Riesgo de cáncer**

Hay un grupo de neoplasias genitales, singularmente las de endometrio, ovario y mama que tienen su máxima frecuencia de aparición entre los 50 y los 60 años. En el cáncer de mama, la mayoría de las publicaciones muestran relación entre la edad de la menarquía y el riesgo de padecer de cáncer de mama y los mismo ocurre en las mujeres que tienen la menopausia por encima de los 52 años.<sup>15</sup> La obesidad se asocia con esta neoplasia, por favorecer la producción periférica de estrógenos; esta asociación es más evidente en las posmenopáusicas.

En el adenocarcinoma de endometrio se señala un incremento de la incidencia de carcinoma en mujeres que padecieron de metrorragias en la época de la menopausia; se supone que se trata de hemorragias anovulatorias con producción de estrógenos no compensados por la secreción de

progestágeno.<sup>16</sup>

Igualmente, la obesidad es un factor importante en la producción de esta neoplasia y ya hemos señalado la tendencia que tiene la mujer a la obesidad en la menopausia. En relación con el cáncer de ovario se señala que la relación existente es puramente circunstancial.

- **Osteoporosis**

Hay 2 formas de osteoporosis, una, la involutiva o senil, que se debe sólo a la edad y que es igual en el hombre y la mujer y la verdadera osteoporosis climatérica que es consecuencia tardía de la falta de estrógenos.

La osteoporosis no es una descalcificación del hueso sino una pérdida de la masa ósea que trae como consecuencia la falta de depósito calcáreo, la fragilidad del hueso y las fracturas. La complicación más frecuente es la de las vértebras, así como la de la extremidad distal del radio y, sobre todo, la de la cadera, con un aumento grande de la morbilidad y la mortalidad. La osteoporosis es más frecuente en la mujer (70 %) que en el hombre (30 %) y es la causa más común de fracturas en la tercera edad.<sup>15</sup>

La osteoporosis aumenta con el reposo; si se realiza ejercicio físico disminuye notablemente la salida de calcio del hueso.

### **4.3. 2 Factores psicológicos que afectan el climaterio**

Las mujeres con un climaterio florido suelen preferir vivir menos años con mejor calidad de vida que más tiempo con las alteraciones psicológicas del climaterio, que deterioran enormemente su calidad de vida. Entre el 25 y el 50% de las mujeres menopáusicas tienen trastornos psicológicos. Estas disfunciones afectan especialmente al período perimenopáusico, durante los cuales la paciente sufre baches amenorréicos ocasionales, y los primeros 3-5 años siguientes al último período menstrual. A medida que nos alejamos del inicio de la menopausia, los síntomas psicológicos van cediendo. Existen diferentes estudios que abogan por la asociación del climaterio como causa de trastornos psíquicos, igual que los hay que lo desmienten, y consideran que la causa son factores sociales, culturales, y ambientales, más que hormonales o biológicos. Sea porque el déficit hormonal propio del estado perimenopáusico y postmenopáusico precoz induce alteraciones psicológicas, sea porque la década de los 45-55 años es un período complicado para la mujer por razones socio-culturales y ambientales.<sup>15</sup>

#### **4.3. 2.1 Relación consigo misma**

Redefinición de los componentes de la autoestima, la autopercepción y la autoimagen para enfocarse más en valores y cualidades afectivas intelectuales, creativas y productivas por encima del aspecto físico basado en un ideal de la belleza de la juventud. En esta etapa es frecuente que aquella mujer que tuvo que suspender alguna actividad intelectual o creativa durante la juventud por asumir el rol de madre, esposa o trabajadora de tiempo completo, decida retomarlo como un estímulo para la nueva fase de vida.<sup>16</sup>

- **La depresión:** Es consecuencia de una adaptación a factores sociales, ambientales y biológicos, más que hormonales. Hoy día no se acepta la “depresión menopáusica”, que ha sido excluida de la DSM-IV (clasificación de las enfermedades mentales publicada en 1994). Aunque sí se ha observado que un déficit estrogénico puede ocasionar cierta tristeza. Hay que diferenciar entre el síndrome depresivo y el estado de ánimo depresivo transitorio, el cual es frecuente y de poca importancia, ya que ambas entidades muestran una clínica similar. En general se acepta que el primero provoca un verdadero sufrimiento y una limitación en la realización de actividades, con deterioro en las relaciones afectivas, sociales y laborales. El déficit hormonal del climaterio puede provocar distimia y, por tanto, bajo estado de ánimo, pero no síndrome depresivo; aunque, por otra parte, el deterioro de la calidad de vida que acompaña a algunas mujeres durante el climaterio puede favorecer el desencadenamiento de una depresión latente. Se caracteriza por bajo estado de ánimo, tristeza, apatía, disminución del placer y del deseo (libido y apetito), tendencia al lloro, pérdida de alegría, pesimismo, pérdida de autoestima y baja autovaloración (sentimiento de inferioridad, de culpa, de inutilidad, pérdida de autoconfianza), indecisión, astenia, disminución de la concentración y memoria, insomnio, excesiva autocrítica, irritabilidad y malhumor, deterioro de las relaciones sociales y afectivas, con aislamiento, y pensamientos y actos auto líticos (en ocasiones llegando al suicidio).<sup>16</sup>

- **Insomnio:** Se asocian con insomnio, dificultad para iniciar el sueño, despertar temprano con incapacidad de volverse a dormir, privación del sueño total. Existe una correlación muy alta entre los bochornos y los problemas en el sueño. Un sueño no reparador e inadecuado tiene consecuencias, si la causa es la sudoración nocturna y los bochornos, afectan el estado de alerta durante el día, hay menor actividad mental, disminución de la productividad, cansancio, irritabilidad, lo que puede afectar las relaciones familiares y sociales.<sup>17</sup>

- **Irritabilidad:** La irritabilidad es uno de los problemas del ánimo que con mayor frecuencia presentan las mujeres durante el climaterio y la menopausia, está presente en un hasta el 70%. Harlow apunta que el 23% de la irritabilidad

se acompaña de síntomas depresivos, siendo la edad de aparición a partir de los 41 años, con un pico de 31.6% entre los 42 a 44 años. La irritabilidad se manifiesta por enojo, tensión, comportamiento hostil, sensibilidad, intolerancia, frustración, síntomas físicos, como la disforia, tristeza, vulnerabilidad, y alteraciones en la autoestima. La irritabilidad es uno de los síntomas que afecta más a las mujeres en sus actividades sociales. Las mujeres que padecen de irritabilidad, describen el enojo como la sensación de estar "a punto de explotar", deseos de gritarle a otros, irritable si las tocan, sentirse fuera de control, sentirse que el enojo "las invade", dispuestas a criticar a otros, una mayor sensibilidad a los ruidos, en tono y volumen, coraje con ellas mismas, pérdida de control, tensión en todo el cuerpo, deseos de decir cosas que lastiman a otros sin querer, sentir que todo les molesta. Poco tolerante al menor estímulo y comportamiento hostil.<sup>18</sup>

#### **4.3. 2.2 Relación con la pareja**

Establecimiento de nuevas reglas negociadas para la relación en una fase de maduras, en la cual ambos miembros de la pareja tendrán nuevos roles y se perseguirán objetivos distintos a los de la fase anterior. También es una etapa para actualizar e incentivar la vida sexual en pareja, la cual se ve afectada en las mujeres, debido a que, con el descenso en la producción de estrógenos, las paredes de estructuras como la vagina se adelgazan provocando que "no exista una lubricación adecuada". Esta molestia, indicó, provoca en la mujer un rechazo a tener relaciones íntimas, de ahí que se haya extendido la creencia de que "después de la menopausia la vida sexual terminó y esto es uno de los aspectos que afecta de manera muy importante la calidad de vida de nuestras pacientes".<sup>18</sup>

#### **4.3. 2.3 Relación de los hijos si los tuviera**

Redefinición del rol de madre para adaptarse a hijos adolescentes o ya jóvenes que requieren menos cuidados, además de ser cada día más independiente.<sup>17</sup>

- **Hijos pequeños en la menopausia:** Lógicamente, la situación de la mujer en la menopausia no es la misma si tiene hijos pequeños o hijos ya mayores e independizados. Por una cuestión de edad, la menopausia suele llegar en el momento en que los hijos ya se han marchado de casa, pero cada vez más mujeres retrasan la maternidad hasta el punto de encontrarse en la menopausia con los hijos aún en edad escolar.<sup>16</sup>

Que los niños sean aún pequeños puede tener sus ventajas para afrontar una menopausia de una forma más positiva, ya que el ritmo que imponen los niños obliga a cualquier madre a mantenerse activa y a encontrar cualquier remedio para aliviar los síntomas de la menopausia.

Pero si los trastornos de la menopausia se presentan con toda su fuerza, los niños pueden sentirse desplazados y notar la falta de atención de una madre que está enferma, debilitada y agotada. Y eso puede afectar a la educación y al comportamiento de los niños pequeños.<sup>15</sup>

- **Hijos mayores en la menopausia:** Cuando la mujer se enfrenta a la menopausia con unos hijos ya mayores, puede encontrar en ellos el aliado perfecto para afrontar esta etapa de forma más positiva. En caso de que aún vivan en casa, la edad de los hijos hará que comprendan los cambios que está experimentando su madre, en muchos casos, mejor que su propia pareja, y será un buen momento para darle a su madre todos los cuidados. Un asunto distinto es que los hijos ya se hayan ido de casa y la mujer entre en la menopausia acusando la soledad del llamado síndrome del nido vacío. Una tristeza que puede verse incrementada por los desajustes hormonales y que puede desembocar en una depresión.<sup>18</sup>

#### **4.3. 2.4 Relación con el ámbito laboral**

Etapa usualmente más productiva por contar con más experiencia y tiempo si se vivió el rol de madre de manera intensa durante la fase de vida anterior, pero también puede experimentarse una sensación de inseguridad secundaria a la presión ejercida por las nuevas generaciones, y al estrés que ocasionan los síntomas neuropsicológicos del climaterio, cuando se ignora origen, duración y posibilidad de tratamiento.

En cuanto a la influencia de la vida laboral en la satisfacción y el bienestar de las mujeres se ha demostrado que en las últimas décadas aparece una fuerte relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción con la vida, aunque no se ha determinado si una es causa de la otra. La vida laboral constituye para la mujer, como para el hombre, una fuente importante de gratificaciones, relaciones sociales positivas y sentido de identidad. De hecho, el desempleo se ha asociado a bajos niveles de bienestar psicológico.<sup>18</sup>

Sin embargo, cuando existen conflictos en el área laboral puede afectarse el bienestar psicológico. También la proximidad de la edad de jubilación puede constituir una situación estresante ante la cual la mujer deberá movilizar sus

recursos de afrontamiento. La vida laboral brinda a la mujer oportunidades para la realización personal y para el contacto social. Se encontró que el hecho de vincularse o no a la actividad laboral, no influía sobre las manifestaciones del síndrome climatérico. Por otra parte, el nivel sociocultural sí parece influir en dichas manifestaciones, pues las mujeres de más alto nivel poseían un concepto positivo de la menopausia.<sup>17</sup>

#### **4.3.2.5 Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS)**

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) es un instrumento que fue creado por los hermanos Lovibonden 1995, para desarrollar mediciones de esos tres estados negativos. DASS se construyó originalmente como método de screening con la finalidad de evaluar ciertos síntomas centrales de depresión y ansiedad, buscando la máxima discriminación entre ambos estados emocionales. No obstante, durante el desarrollo de la escala los estudios factoriales arrojaron un tercer estado emocional negativo “el estrés”, por lo que DASS fue propuesta incluyendo los tres dominios. El dominio depresión aborda aspectos relacionados con el bajo afecto positivo, las emociones desagradables o molestas, la desesperanza, la tristeza y la pérdida de interés. El dominio ansiedad evalúa aspectos relacionados con la activación psicofisiológica, la excitación autonómica (sudor de manos, temblor, etc.) y experiencias subjetivas de ansiedad. El dominio estrés, evalúa la dificultad para estar relajado, la excitación nerviosa, la agitación, la irritabilidad y la impaciencia.<sup>20</sup>

Rosie Bauld y Rhonda F. Brown realizaron en el 2009 un estudio y evaluaron la inteligencia emocional en relación con la menopausia, así como las relaciones directas e indirectas entre estrés, trastornos psicológicos, factores psicosociales (apoyo social y afrontamiento), la gravedad de los síntomas de la menopausia y la salud física en mujeres de mediana edad.<sup>20</sup>

#### **4.3.3 Factores sociales que afectan a la mujer durante el climaterio**

Se ha demostrado que durante los años que coinciden con el climaterio se van produciendo situaciones de índole social que favorecen el deterioro psíquico, independientemente del estado hormonal de la mujer. Hay diversos aspectos que afectan a la mujer durante el climaterio:

- La evidencia del envejecimiento, puesto que empiezan a notar cambios fisiológicos que acompañan inevitablemente al paso de los años.
- Un inventario de los logros obtenidos y las metas alcanzados.
- Re-evaluación del compromiso con la familia, la pareja, la comunidad y el empleo.
- Aprendizaje de un comportamiento activo y ético desde la posición de autoridad o poder a la que se pueda haber accedido, en razón de la edad o la experiencia.
- La enfermedad y/ o la muerte de los progenitores.
- La conservación de la capacidad de ser lúdico y de experimentar placer a pesar de las pérdidas y dificultades.<sup>11</sup>

Dentro de los factores sociales que afectan directamente a la mujer durante esta etapa podemos dividirlos en:

- Las actitudes culturales.
- Los cambios de rol

#### **4.3.3.1 Las actitudes culturales**

La cultura de un pueblo le atribuye un significado a la realidad y transforma un evento biológico en uno cultural. El impacto psicológico de la menopausia, por tanto, se verá fuertemente influenciado por la importancia asignada por un grupo cultural a la procreación, la fertilidad, el envejecimiento y los roles de género femeninos.<sup>11</sup>

A pesar del incremento de la expectativa de vida, persiste la relación entre menopausia y fin de la vida y muchas mujeres en diversas culturas y zonas geográficas no aspiran a un adecuado nivel de bienestar físico en los cincuenta o sesenta. Este pesimismo acerca de la salud física se relaciona con un incremento de los síntomas psicológicos y físicos de la menopausia y con demoras en obtener atención médica adecuada por parte de la población femenina.<sup>11</sup>

#### **4.3.3.2 Los cambios de rol**

- **El síndrome del nido vacío:** se ha discutido extensamente en la literatura más antigua el fenómeno del nido vacío, concepto que hace referencia a la depresión con ansiedad que hace presa en las mujeres perimenopáusicas cuyos hijos han salido del hogar. La mujer madura tiene que abandonar una de las claves de su identidad: su ocupación a tiempo completo de madre.



- **La mujer emparedado:** término creado para referirse a las mujeres que simultáneamente cuidan de hijos adolescentes y a sus padres u otros parientes enfermos. Esta situación representa una demanda excesiva en términos de energía y tiempo, sobre todo si trabaja fuera de casa.<sup>12</sup>

El trabajo y la responsabilidad a que se comprometen son, por lo general, más de lo que se anticipó, y abrumadores. Alrededor de dos tercios de las mujeres dicen que han sufrido consecuencias desfavorables en su salud y sus finanzas.

- **Los cambios de pareja:** después de veinte o treinta años de matrimonio y con los hijos crecidos, muchas mujeres se encuentran abandonadas, separadas o divorciadas. Para algunas de estas, se reinicia la etapa de conocer gente y salir con pretendientes. Hay cambios dependientes de la disminución de la tasa de estrógenos en el funcionamiento genital, que deben ser abordados con la mujer; el adelgazamiento de la mucosa vaginal se relaciona con una mayor susceptibilidad a las infecciones de transmisión sexual (ITS). Así mismo, la edad disminuye la respuesta inmune. Por otro lado muchos médicos asumen que las mujeres ya no están sexualmente activas o que son monógamas en esta etapa de la vida y, por su lado, las mujeres prefieren no hablar espontáneamente de temas sexuales. Estos hechos podrían determinar que algunos cambios producidos por una ITS puedan interpretarse como parte de la menopausia y no como síntomas de infección, con el consiguiente retraso en el diagnóstico.<sup>12</sup>

- **Sexualidad:** La sexualidad de la mujer postmenopáusica es afectada de cierta forma por factores fisiológicos normales derivados principalmente de la disminución de los niveles de estrógenos que ocurre en la menopausia y que causan una disminución de la lubricación y elasticidad vaginal y orgasmos dolorosos. Sin embargo, el comportamiento sexual de la mujer a lo largo de toda su vida también se ve influenciada por la interacción de su estado fisiológico su medio ambiente físico, y social, y experiencias previas. De esta forma, la sexualidad humana es mucho más que la simple biología del aparato genital; más que la procreación, que las relaciones sexuales, hormona u orgasmo. es una función de la persona.<sup>12</sup>

- **Miedo al embarazo:** Se producen baches amenorréicos, con la consiguiente ansiedad que se produce por el retraso de la menstruación, y ello en un momento con muy escaso deseo gestacional (los hijos son ya mayores, y se acrecienta el miedo a posibles cromosopatías). Además, por la edad, no se recomiendan anticonceptivos orales, que son los más efectivos.

- **Miedo al acto sexual:** Disminución de la libido, llegando a considerar el acto sexual como una agresión, ya que se produce dispareunia (por vaginitis atrófica).

- **Miedo a la menopausia:** Miedo a la vejez, a la inutilidad. Sienten que al perder la función reproductora, pierden parte de su feminidad.

- **Enfermedad o incapacidad del esposo:** la mayoría de los enfermos son cuidados por mujeres y, por tanto, se espera que si se enferma un varón, la esposa asumirá su asistencia, sin importar la calidad de la relación preexistente o la propia condición de salud. El promedio de edad de las mujeres que tienen que cuidar un esposo enfermo es justamente 46 años.<sup>13</sup>

- **Pérdida de grupo de amigas y soporte social:** Las amistades de las mujeres en la edad madura cumplen algunas funciones importantes. Son fuente de intimidad y ayuda, ofreciendo un espacio para descubrir los propios sentimientos personales, proporcionan afiliación, es decir le permiten a una persona acceder a la categoría de 'amiga' de alguien determinado, y le dan la capacidad de influir en una amiga y/o de ser escuchada y viceversa. La muerte o la enfermedad crónica de las amigas dejan a la mujer sin este poderoso mecanismo de conservación de la autoestima. Por otro lado, la enfermedad y muerte de los contemporáneos enfrenta a las personas con la posibilidad de enfermar seriamente y morir.<sup>14</sup>

- **La muerte del esposo:** la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres; por tanto, hay más viudas. Puesto que las mujeres tienden a casarse con hombres mayores que ellas, cuando se quedan viudas, sus probabilidades de pasar en este estado el resto de la vida son altas. Dentro de los procesos psicológicos que acontecen luego de la muerte. Inicialmente, hay una reacción de choque o parálisis emocional, luego ansiedad e intensa tristeza, seguida de ira y protesta y un periodo de desorganización personal, en que las viudas aún no replantean su vida.<sup>13</sup>

Paulatinamente, el dolor se mitiga y finalmente existe una etapa de identificación con el fallecido, durante la cual la mujer manifiesta ideas que fueron del marido o se comporta como él. Parece ser que el impacto de la viudez es mayor en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, debe anotarse que hay escaso apoyo social para las mujeres viudas. El estigma social suele cubrir a las viudas que se unen a hombres menores o de estatus socioeconómico inferior que ellas, al contrario de lo que ocurre con los varones. En suma, el impacto de la menopausia, la cantidad e intensidad de síntomas físicos, se relacionan con el estado de salud previo, las ideas previas de la mujer acerca de la menopausia y su red de soporte social. En la menopausia ocurren diversas circunstancias estresoras, y la respuesta a éstas está influenciada no solo por el estado hormonal de la mujer sino también por su estado psicológico previo, existiendo

algunos factores protectores, como una relación conyugal positiva y un entorno laboral favorable.<sup>14</sup>

**(Anexo 1.6)**

## **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

### **5.1 Tipo de Investigación**

Descriptivo, transversal: Es de nuestro interés enumerar los factores que afectan la calidad de vida de las mujeres en estudio, transversal porque se realiza en un grupo específico en un tiempo determinado previamente.

### **5.2 Periodo de investigación**

El periodo de investigación comprendió Junio y Julio de 2016.

### **5.3 Universo**

El Universo está formado por todas las mujeres que pertenecen al departamento de Cuscatlán, El Salvador

### **5.4 Población**

La Población está formada por todas las Mujeres de 35 a 55 años que pertenecen al municipio de El Rosario, Departamento de Cuscatlán, que según la sala situacional de la UCSF El Rosario, Cuscatlán, consta de 608 mujeres.

### **5.5 Muestra**

Se tomó como muestra al azar y por conveniencia 100 mujeres entre las edades de 35 a 55 años que consultaron en la UCSF El Rosario en el periodo del 1 de junio al 31 de Julio del 2016.

### **5.6 Criterios de selección de la muestra**

- *Criterios de inclusión:*
  1. Edad entre 35 a 55 años.
  2. Mujeres que manifiesten síntomas climatéricos.
  3. Mujeres que consulten en UCSF El Rosario.
  
- *Criterios de exclusión:*
  1. Mujeres con antecedente de histerectomía u ooforectomía.

2. Mujeres que utilicen terapia de sustitución hormonal durante el periodo de estudio.

3. Mujeres con tratamiento o antecedente de quimioterapia o radio terapia.

### 5.7 Técnica de obtención de datos y fuentes de información

Entrevista intraconsultorio de pacientes femeninas con una edad comprendida entre los 35 a 55 años, con sintomatología relacionada al tema y la posterior administración de cuestionario (anexo 2.0)

### 5.8 Herramientas de obtención de datos

**Cuestionario:** para la obtención de datos ocupamos el cuestionario que abarca todos los datos necesarios. (Anexo 2.0)

### 5.9 Procesamiento y análisis de la información

- Paquete office 2016

### 5.10 Representatividad estadística

Nivel de confianza: 95%

Sesgo de error: 9%

N= 608      p= 0.5      q= 0.5

$$n = \frac{4 (0.5) (0.5) (608)}{(0.09)^2 (607) + 4(0.5) (0.5)} = \frac{608}{6.08}$$

n= 100

Se encuentra un sesgo de error de un 9 %, sin embargo el límite superior no afecta el resultado del estudio realizado por ser un estudio descriptivo, transversal. <sup>19</sup>

### 5.11 Operacionalización de variables

| <b>Variable</b>   |  |  |
|---|--|--|
| Factores biológicos   |  |  |
| Manifestaciones Clínicas a consecuencia del déficit estrogénico durante el climaterio que varían según el estadio en que se encuentra cada mujer. |  |  |
| <b>INDICADOR</b>  | <b>DEFINICION</b>  | <b>VALORES</b>   |
| Edad  | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento  | Años   |
| Menarquía   | Fecha de primer episodio de sangrado Menstrual   | Precoz: antes de 12 años<br>Normal: 12-16 años<br>Tardía: Mayor de 16 años |
| Formula Obstétrica  | Formula a través de la cual se resumen los antecedentes obstétricos  | Nulípara<br>Múltipara  |
| Edad de inicio de Climaterio  | Edad donde se manifiestan los primeros síntomas relacionados con el climaterio.  | Precoz: 35-45 años<br>Normal: 45-55<br>Tardío: mayor a 55 años             |
| Inicio de Relaciones Sexuales   | Fecha de inicio de la práctica sexual con el objetivo de dar, recibir placer, o procrear.  | Años   |
| Enfermedades Oncológicas  | Conjunto de enfermedades caracterizadas por el exceso de células malignas con crecimiento y división más allá de los límites normales. | Si<br>No   |

|                         |   |   |
|-------------------------|---|---|
| Índice de Masa Corporal | Medida de asociación entre la masa y la talla del individuo   | Desnutrición < 18.5 Normal<br>18.5-24.9<br>Sobrepeso 25-29.9<br>Obesidad 30-34.9<br>Obesidad II 35-39.9<br>Obesidad mórbida ≥40 |
| Actividad Física        | Conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal | Si<br>No  |
| Ciclo Menstrual         | Periodo que va desde el primer día de la menstruación hasta el primer día de inicio de la menstruación siguiente      | Regular<br>Irregular  |
| Sofocos                 | Sensación de Calor acompañada de sudoración y enrojecimiento de la piel   | Si<br>No  |
| Insomnio                | Falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo que se sufre en el momento que corresponde dormir                | Si<br>No  |
| Vértigo                 | Es una sensación ilusoria o alucinatoria de movimiento de los objetos que nos rodean o de nuestro propio cuerpo.      | Si<br>No  |
| Parestesias             |   | Si<br>No  |
| Cefaleas                | Dolor de cabeza intenso y persistente que va acompañado de sensación de pesadez                                       | Si<br>No  |

|                    |  |          |
|--------------------|--|----------|
| Palpitaciones      | Sensación de latidos cardiacos que se perciben como si el corazón estuviera acelerado.     | Si<br>No |
| Atrofia urogenital | Adelgazamiento de la pared vaginal y aparato urinario que se produce durante el climaterio | Si<br>No |
| Sequedad vaginal   | Disminución de la cantidad de fluidos que de forma natural se secretan en la vagina        | Si<br>No |
| Dispareunia        | Dolor intenso durante las relaciones sexuales o coito                                      | Si<br>No |
| Disuria            | Dificultad o dolor en la evacuación de la orina  | Si<br>No |
| Urgencia Urinaria  | Pérdida de control de la vejiga para evacuar orina   | Si<br>No |
| Cistocele          | Protrusión de la vejiga urinaria sobre la pared anterior del conducto vaginal              | SI<br>NO |
| Atrofia mamaria    | Disminución de peso y volumen del tejido mamario   | Si<br>No |
| Atrofia Cutánea    | Disminución de peso y volumen de la piel   | Si<br>No |



|                       |  |          |
|-----------------------|--|----------|
| Hipertensión Arterial | Enfermedad Crónica caracterizada por el incremento continuo de la cifras de presión sanguínea en las arterias.                     | Si<br>No |
| Diabetes Mellitus     | Conjunto de trastornos metabólicos que presentan concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica. | Si<br>No |
| Osteoporosis          | Enfermedad Osea que se caracteriza por una disminución de la densidad del tejido óseo.   | Si<br>No |

| Variable  |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| Factores psicológicos   |  |                                       |
| Cambios Psicológicos que guardan relación con la figura corporal, y la aceptación del final de la capacidad reproductiva. |  |                                       |
| INDICADOR   | DEFINICION   | Valores                               |
| Depresión   | Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza decaimiento anímico, baja autoestima, perdida de interés y disminución de las funciones psíquicas. | Si<br>No                              |
| Labilidad emocional   | Conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad y que en ningún caso significa que exista algún problema psiquiátrico.                            | Si<br>No                              |
| Libido Sexual   | Termino que se utiliza para determinar el deseo el deseo sexual en una persona.  | Disminución<br>Aumento<br>Sin Cambios |
| Actividad Sexual  | Práctica sexual con el objetivo de dar o recibir placer o procrear.  | Si<br>No                              |
| Infidelidad   | Relaciones afectuosas del tipo romántico, a corto o largo plazo, establecidas con personas distintas del vínculo oficial.  | Si<br>No                              |
| Aceptación de cambios físicos   | Es la aceptación de todo cambio corporal que se da durante el climaterio.  | Si<br>No                              |
| Hijos   | Aquel individuo nacido de otros que lo engendraron, de distinto sexo, que son sus padres.  | Si<br>No                              |

|   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| Etapa de los hijos                            |  | <18 años<br>>18 años                  |
| Relación con los hijos                        |  | Excelente<br>Buena<br>Regular<br>Mala |
| Trabajo remunerado                            | Actividad laboral con remuneración económica | Si<br>No                              |
| Estabilidad Laboral                           |  | Si<br>No                              |
| Personas que dependen económicamente          |  | Si<br>No                              |
| Relación con el equipo de trabajo (si aplica) |  | Excelente<br>Buena<br>Regular<br>Mala |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Variable  |  |  |
| Factores Sociales   |  |  |
| Situaciones de índole social que favorecen el deterioro psíquico, independientemente del estado hormonal de la mujer. |  |  |
| <b>INDICADOR</b>  | <b>DEFINICION</b>  | <b>ESCALA</b>  |
| Ocupación   | Oficio o profesión en la que se desempeña una persona  | Ama de casa<br>Empleo estable<br>Empleo inestable      |
| Estado civil  | Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. | Soltera<br>Casada<br>Acompañada<br>Viuda<br>Divorciada |
| Nivel socioeconómico  | Medida total económica y sociológica combinada que le otorga un estatus a una persona en relación a otra               | Clase baja<br>Clase media<br>Clase alta                |
| Nivel educativo   | Grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una institución educativa formalizada      | Ninguna<br>Primaria<br>Secundaria<br>Universitaria     |
| Lugar de procedencia  | Lugar de donde se deriva o nace una persona  | Urbana<br>Rural  |

## PRESENTACION DE RESULTADOS.

### 6.1 Resultado 1: Edad.

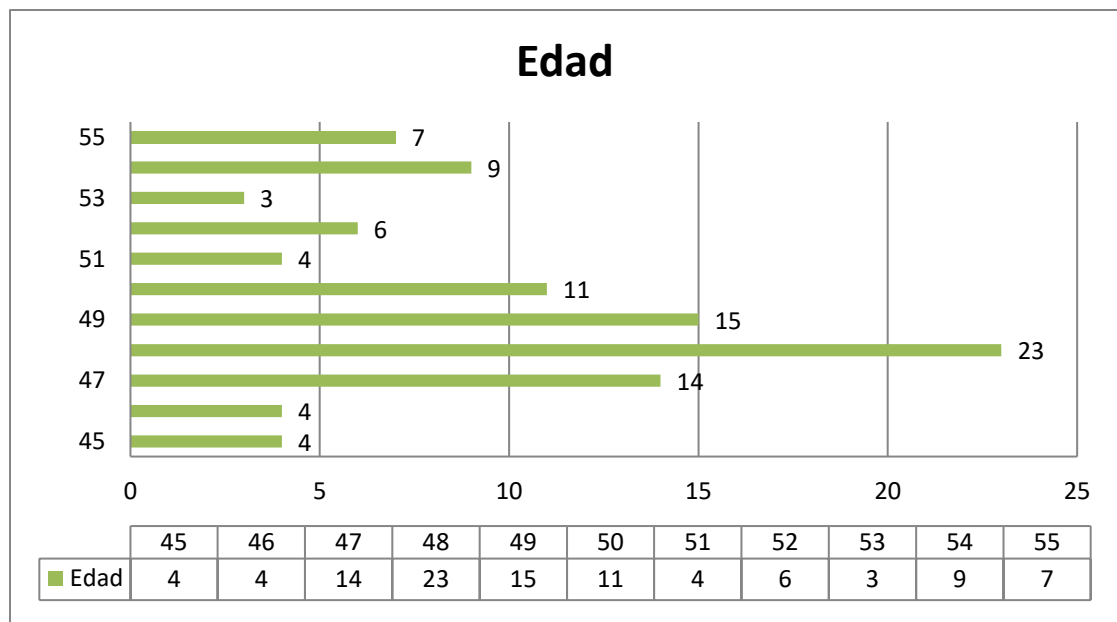
N: 100

Se encontró datos en 100 señoras (100 %) el total de señoras encuestadas

De los datos encontrados sobre la edad de las pacientes que consultaron en UCSF El Rosario en el departamento de Cuscatlán 4 señoras (4%) tenían 45 años, 4 señoras (4%) tenían 46 años, 14 señoras (14%) tenían 47 años, 23 señoras (23%) tenían 48 años, 15 señoras (15%) tenían 49 años, 11 señoras (11%) tenían 50 años, 4 señoras (4%) tenían 51 años, 6 señoras (6%) tenían 52 años, 3 señoras (3%) tenían 53 años, 9 señoras (9%) tenían 54 años, 7 señoras (7%) tenían 55 años.

### Gráfico 1. Edad

Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.



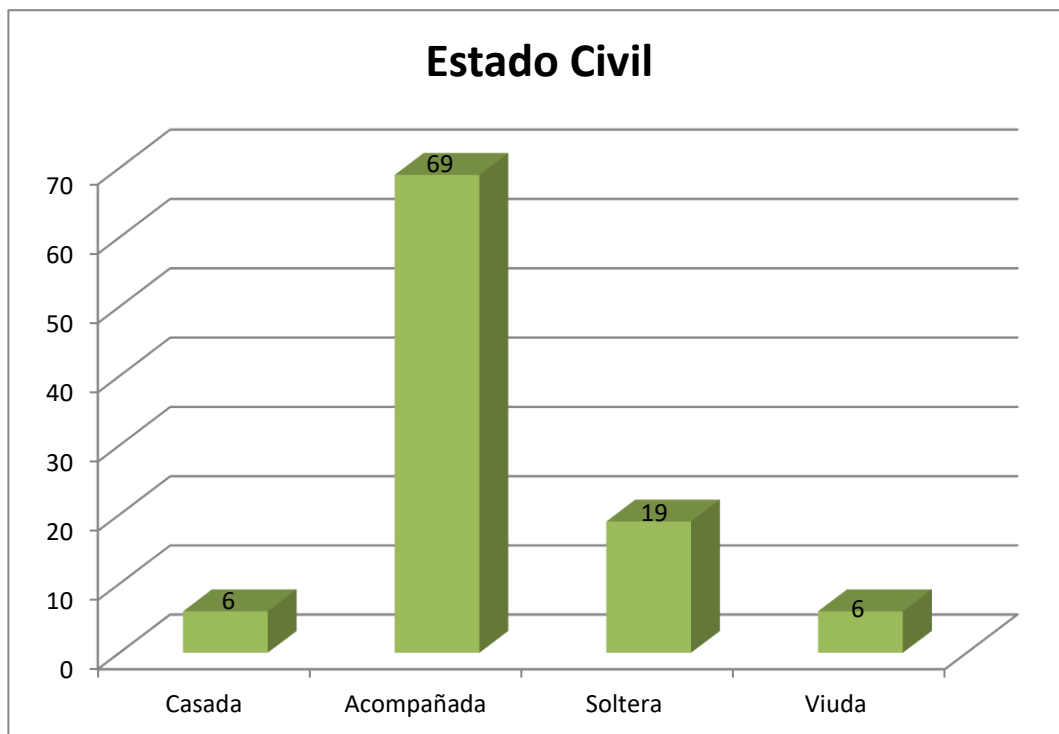
## 6.2 Resultado 2: Estado Civil

N: 100

Se encontró datos sobre el estado civil en el 100 % (100 datos) el total de las señoras encuestadas.

De los datos encontrados durante la encuesta 6 señoras están casadas (6 %); 69 señoras únicamente están acompañadas (69 %); 19 señoras se encuentran solteras (19 %) y 6 señoras su estado civil es viuda (6 %).

### Grafico 2. Estado Civil



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

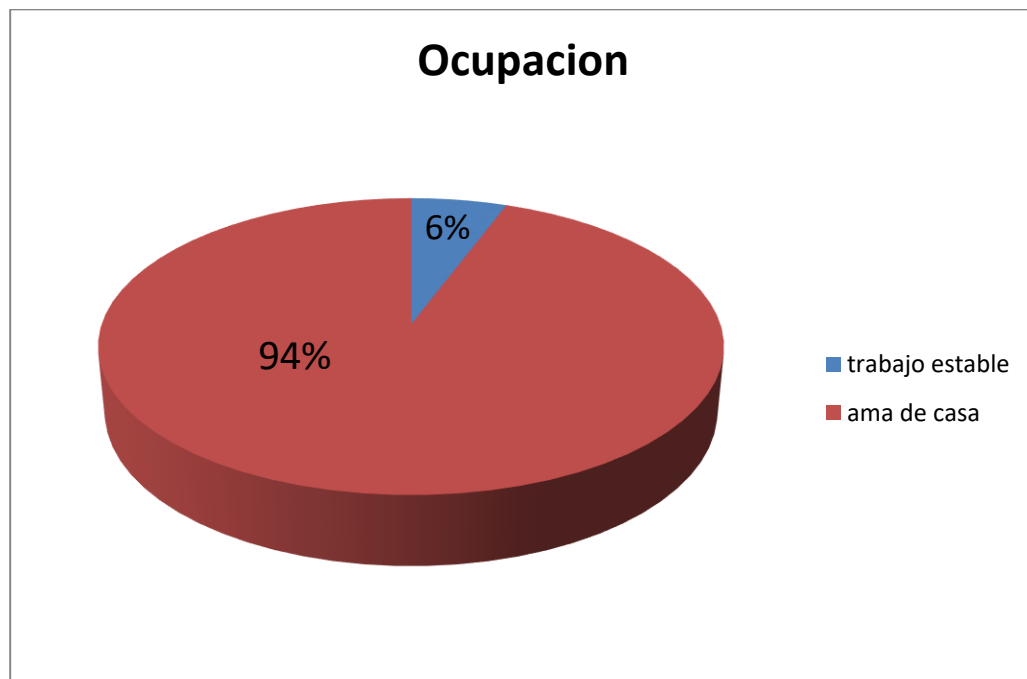
### 6.3 Resultado 3: Ocupación.

N: 100

Se encontró datos sobre la ocupación en 100 señoras (100 %) el total de señoras encuestadas.

De los datos encontrados sobre la ocupación de las pacientes que consultaron en UCSF El Rosario en el departamento de Cuscatlán habían 6 que poseían un trabajo estable (6 %) y 94 (94%) señoras del total de encuestadas, se dedican a las labores del hogar (Amas de casa).

### Gráfico 3. Ocupación



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

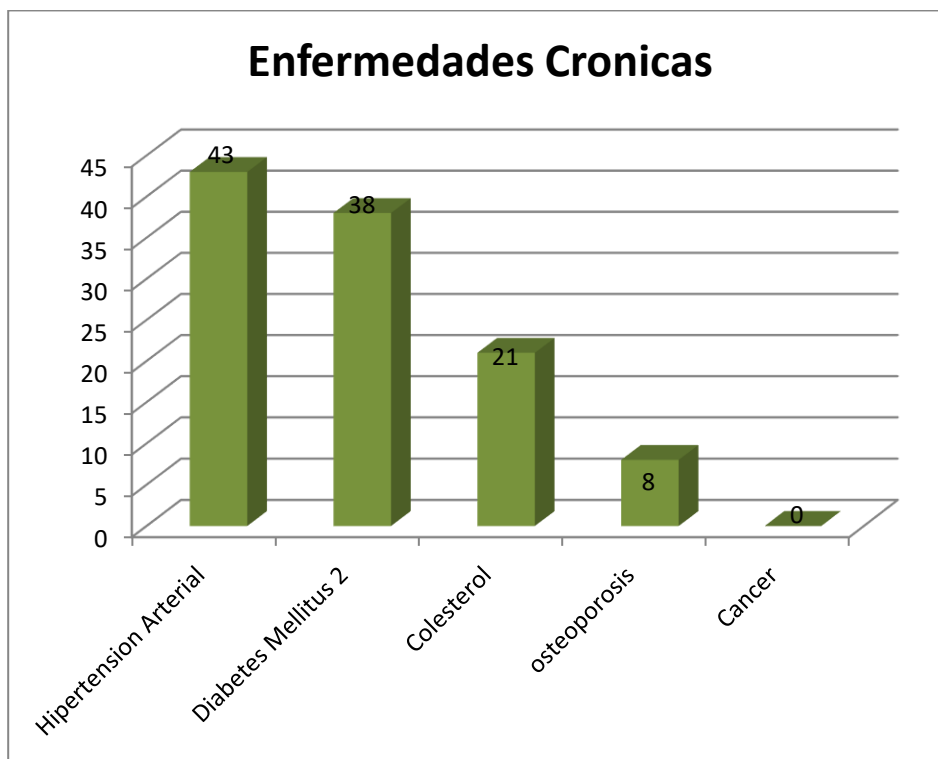
#### 6.4 Resultado 4: Enfermedades Crónicas

N: 100

Se encontró datos sobre enfermedades crónicas en el 100 % (100 datos) el total de las señoras encuestadas.

De los datos encontrados acerca de las principales enfermedades crónicas en las pacientes encuestadas los resultados fueron en 43% hipertensión arterial, un 38% de las pacientes tienen Diabetes Mellitus 2, un 21% Hipercolesterolemia, un 8% Osteoporosis, y ninguna de las encuestadas tenía antecedente de cáncer.

**Gráfico 4. Enfermedades crónicas**



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.



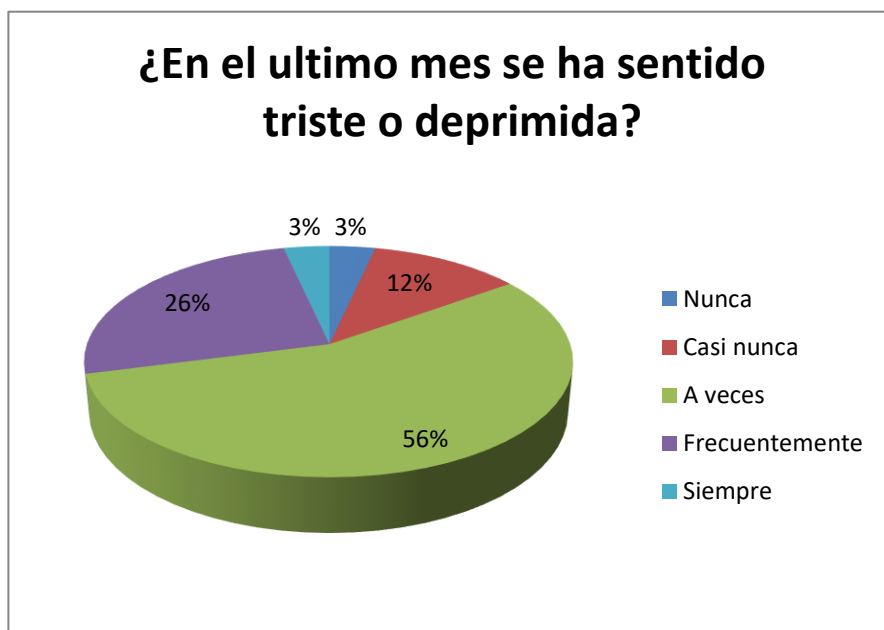
### 6.5 Resultado 5: Depresión o tristeza.

N: 100

Se encontró datos sobre sensación de depresión o tristeza en 100 señoras (100 %) el total de señoras encuestadas.

De los datos encontrados sobre sensación de depresión o tristeza de las pacientes que consultaron en UCSF El Rosario en el departamento de Cuscatlán se encontró que el 3 % de las pacientes respondieron que durante la etapa del climaterio nunca han experimentado sensación de tristeza o depresión, 10% respondieron que casi nunca, un 62% respondió que a veces, mientras que un 22% de las encuestadas manifestaron que frecuentemente, 3% siempre.

**Gráfico 5. Depresión o tristeza**



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

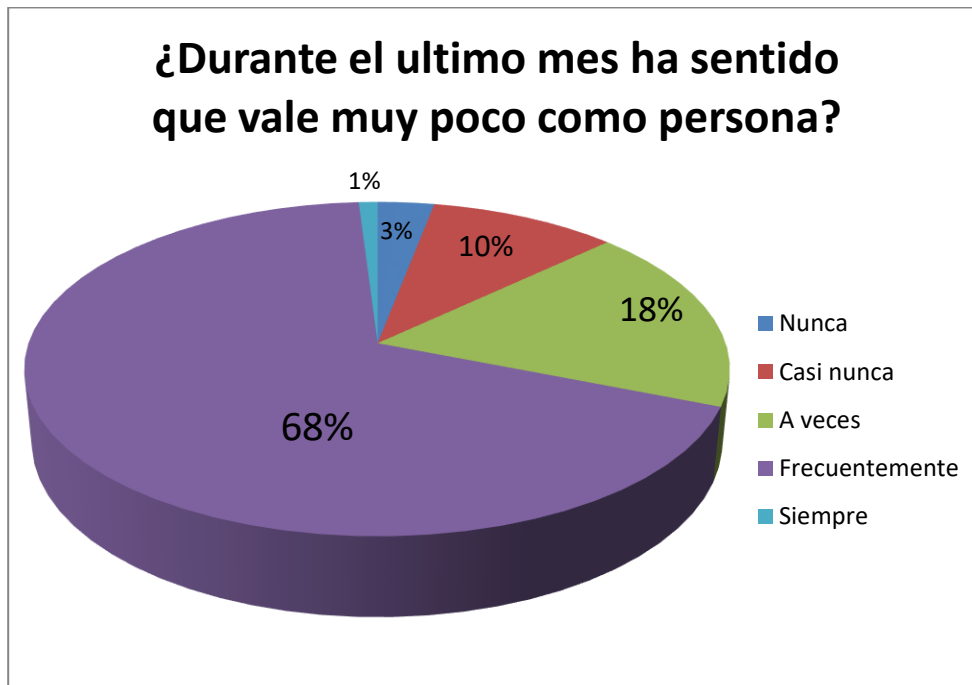
## Resultado 6: Sentimiento de minusvalía

N: 100

Se encontró datos sobre sentimiento de minusvalía en el 100 % (100 datos) el total de las señoras encuestadas.

De los datos encontrados sobre sensación de depresión o tristeza de las pacientes que consultaron en UCSF El Rosario en el departamento de Cuscatlán se encontró que el 3 % de las pacientes respondieron que durante la etapa del climaterio nunca han experimentado sentimientos de minusvalía, 10% respondieron que casi nunca, 18% respondió que a veces, mientras que un 68% de las encuestadas manifestaron que frecuentemente, 1% siempre.

### Gráfico 6. Sentimiento de minusvalía.



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El Rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

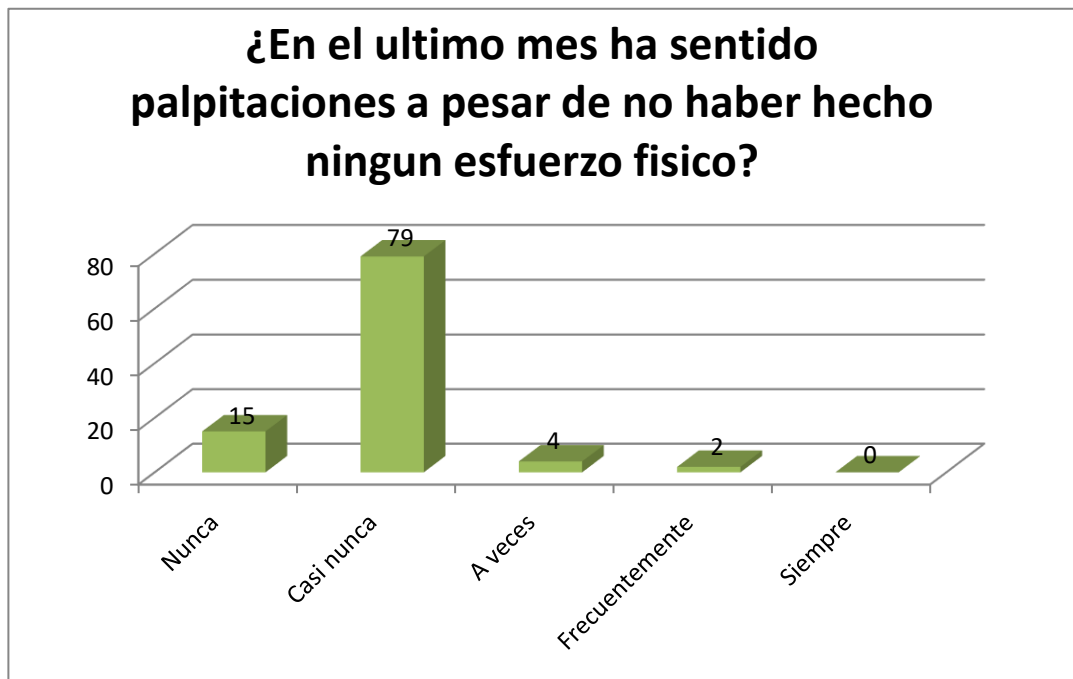
## Resultado 7: Palpitaciones.

N: 100

Se encontró datos sobre en 100 señoras (100 %) el total de señoras encuestadas.

De los datos encontrados sobre síntomas más frecuentes durante el climaterio uno de los más frecuentes son las palpitaciones, de las pacientes que consultaron en UCSF El Rosario en el departamento de Cuscatlán se encontró que el 15 % de las pacientes respondieron que durante la etapa del climaterio nunca han experimentado sensación de tristeza o depresión, 10% respondieron que casi nunca, un 18 % respondió que a veces, mientras que un 68% de las encuestadas manifestaron que frecuentemente, 1% siempre.

### Gráfico 7. Palpitaciones



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016

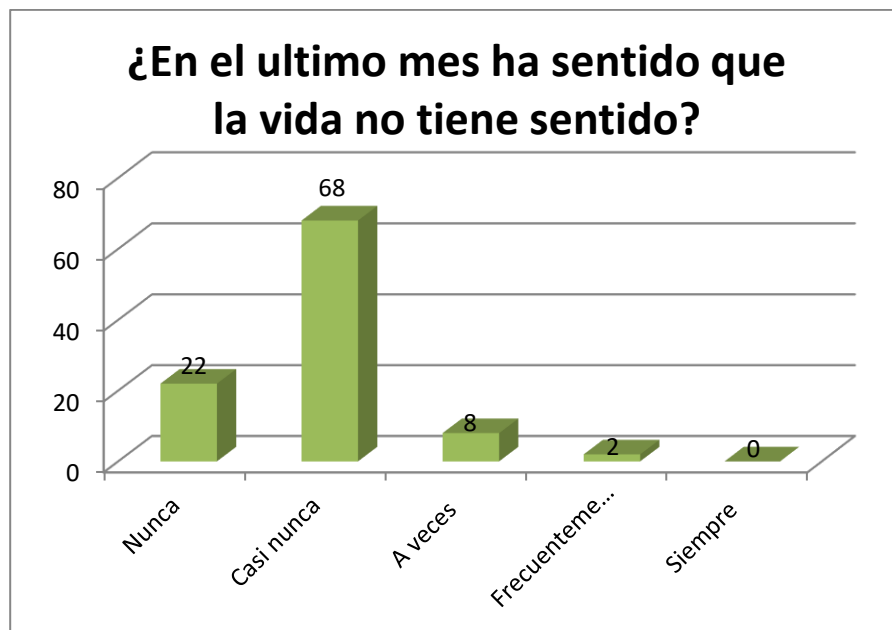
## Resultado 8: Percepción de la vida

N: 100

Se encontró datos en el 100 % (100 datos) el total de las señoras encuestadas.

De los datos encontrados sobre síntomas más frecuentes durante el climaterio uno de los más frecuentes son las palpitaciones, de las pacientes que consultaron en UCSF El Rosario en el departamento de Cuscatlán se encontró que el 22 % de las pacientes respondieron que durante la etapa del climaterio nunca han experimentado palpitaciones, 68% respondieron que casi nunca, un 18 % respondió que a veces, mientras que un 2% de las encuestadas manifestaron que frecuentemente, 0% siempre.

### Gráfico 8. Percepción de la vida



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El Rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

### Resultado 9: síntomas que afectan las actividades diarias.

N: 100

Se encontró datos sobre los síntomas más frecuentes que afectan la realización de actividades diarias en 100 señoras (100 %) el total de señoras encuestadas.

De los datos encontrados sobre síntomas en el climaterio los más comunes que padecen las pacientes que consultaron en UCSF El Rosario en el departamento de Cuscatlán se encontró que el 93% de las pacientes respondieron que los Sofocos, 5% respondieron que insomnio, un 2% respondió que Vértigo, mientras que un 0% parestesia, 2% Soledad.

### Gráfica 9. Síntomas que afectan las actividades diarias.



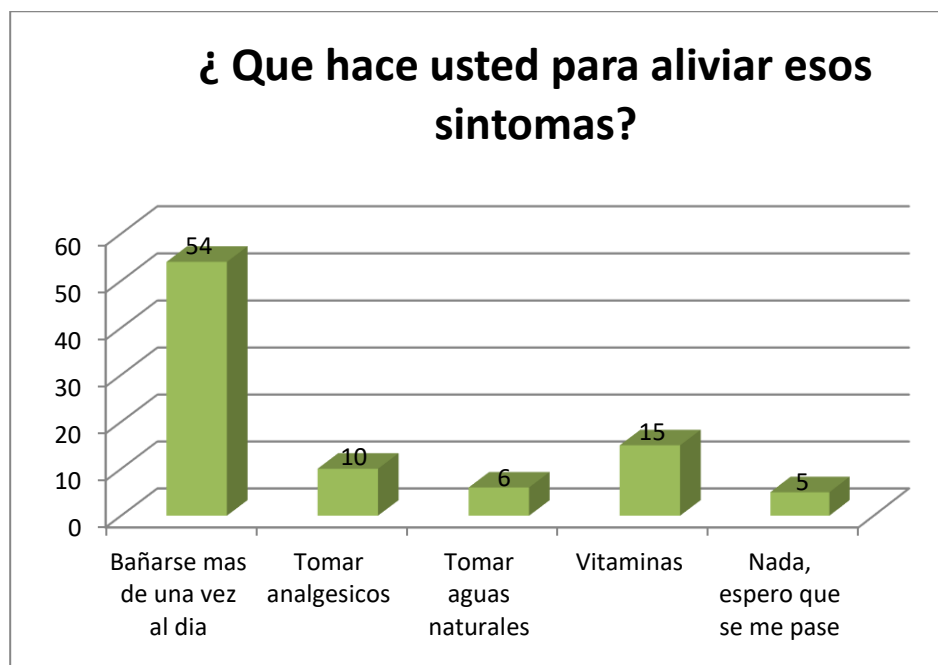
Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

## 6.10 Resultado 10: Acciones para disminuir los síntomas.

N: 100

Se encontró datos en el 100 % (100 datos) el total de las señoras encuestadas. De los datos encontrados sobre las actividades realizadas por las pacientes que consultaron en UCSF el Rosario en el departamento de Cuscatlán, el 54% de las pacientes respondieron que bañarse más de 1 vez al día, el 10% tomar analgésicos, el 10% tomar aguas naturales, mientras que el 15% menciona que tomaban vitaminas, solo el 5% de las encuestadas afirmo no hacer nada solo esperar a que los síntomas cedieran.

### Gráfico 10. Acciones para disminuir los síntomas.



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016

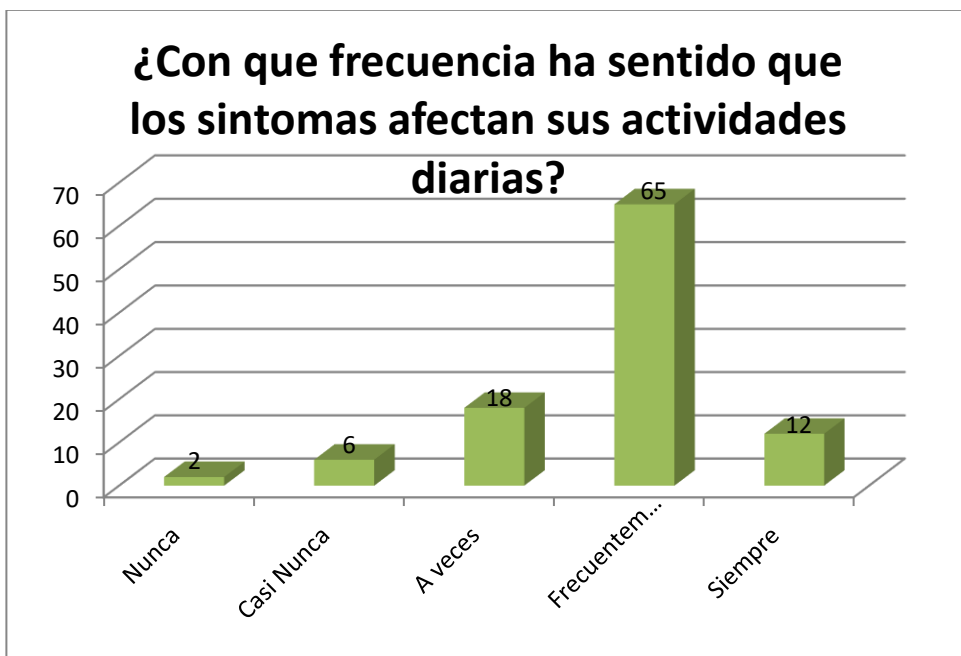
### 6.11 Resultado 11: Frecuencia de interrupción de las actividades diarias

N: 100

Se encontró datos en 100 señoras (100 %) el total de señoras encuestadas.

De los datos encontrados sobre con qué frecuencia afectan los síntomas del climaterio sus actividades diarias, de las pacientes que consultaron en UCSF El Rosario en el departamento de Cuscatlán se encontró que el 2 % manifestaron que nunca, 6% respondieron que casi nunca, un 18 % respondió que a veces, mientras que un 65% de las encuestadas manifestaron que frecuentemente los síntomas afectan su vida diaria, un 12% siempre.

**Gráfico 11: Frecuencia de síntomas asociados al climaterio**



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

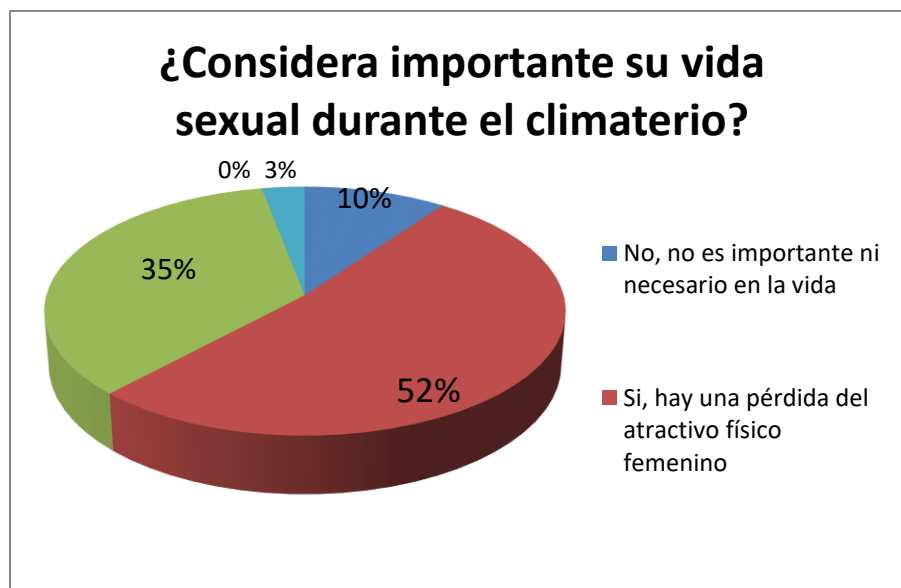
## 6.12 Resultado 12: Importancia de la vida sexual durante el climaterio

N: 100

Se encontró datos en el 100 % (100 datos) el total de las señoras encuestadas.

El 52% de las personas encuestadas coincide en que hay pérdida del atractivo físico femenino, el 35% opinó que se convierte en parte de la vida rutinaria, el 10% piensa que la vida sexual durante el climaterio no es importante ni necesaria y solo el 3% opina que es un elemento importante de la vida conyugal que hay que cultivar; nadie está de acuerdo en que la vida sexual durante el climaterio tiene mayor calidad que en la juventud.

### Gráfica 12. Importancia de la vida sexual durante el climaterio



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.



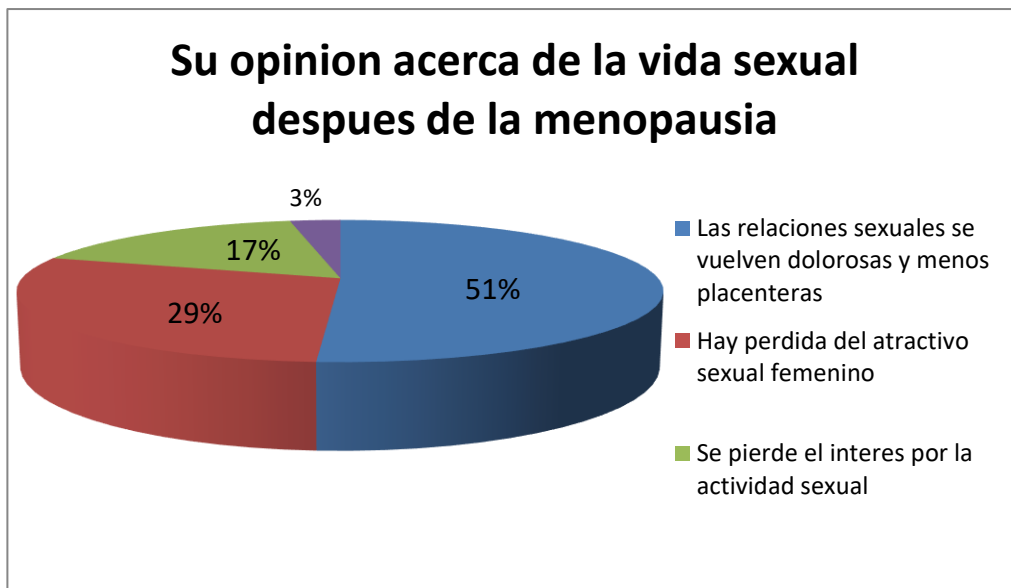
### 6.13 Resultado 13: Vida sexual durante la menopausia.

N: 100

Se encontró datos sobre la ocupación en 100 señoras (100 %) el total de señoras encuestadas.

De los datos encontrados sobre la vida sexual durante el climaterio de las pacientes que consultaron en UCSF El Rosario en el departamento de Cuscatlán un 51% manifestaron que las relaciones sexuales se vuelven dolorosas y menos placenteras; el 29% respondió que hay perdida del atractivo sexual femenino; 17% se pierde el interés por la actividad sexual; 3% respondieron que Mejora ya que desaparece el riesgo de embarazo.

### Gráfica 13. Vida sexual en la menopausia.



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

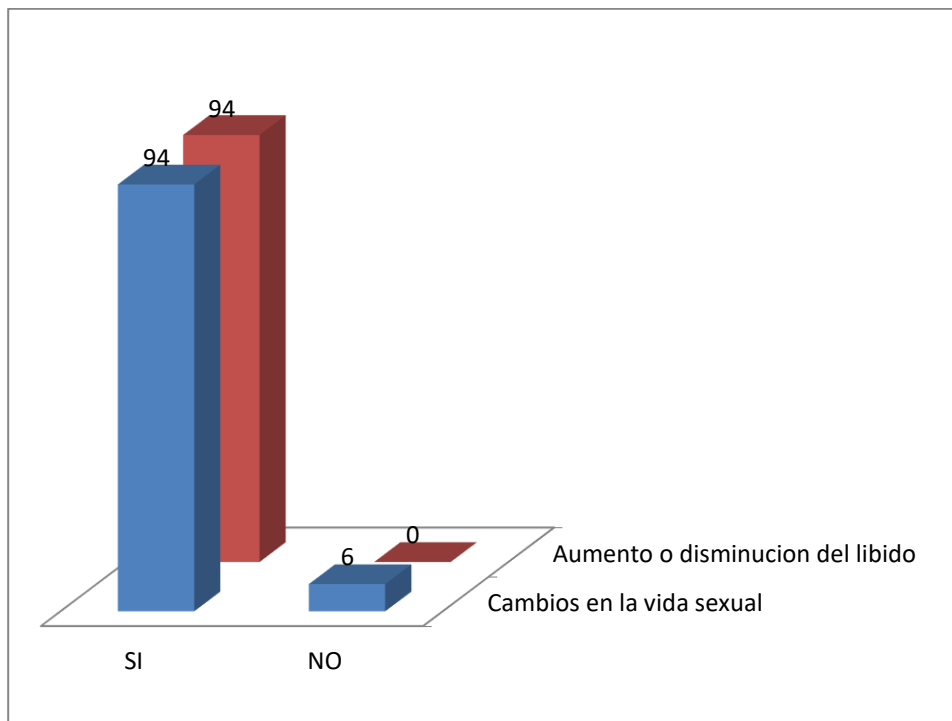
### 6.14 Resultado 14: Cambios en el deseo sexual durante el climaterio

N: 100

Se encontró datos en el 100 % (100 datos) el total de las señoras encuestadas.

De los datos encontrados 94 señoras respondieron que si hay cambios en la vida sexual (94 %); 6 señoras respondieron que no (6 %); De las pacientes que respondieron que el 100 % refirió disminución del libido.

**Gráfica 14. Cambios en el deseo sexual durante el climaterio**



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

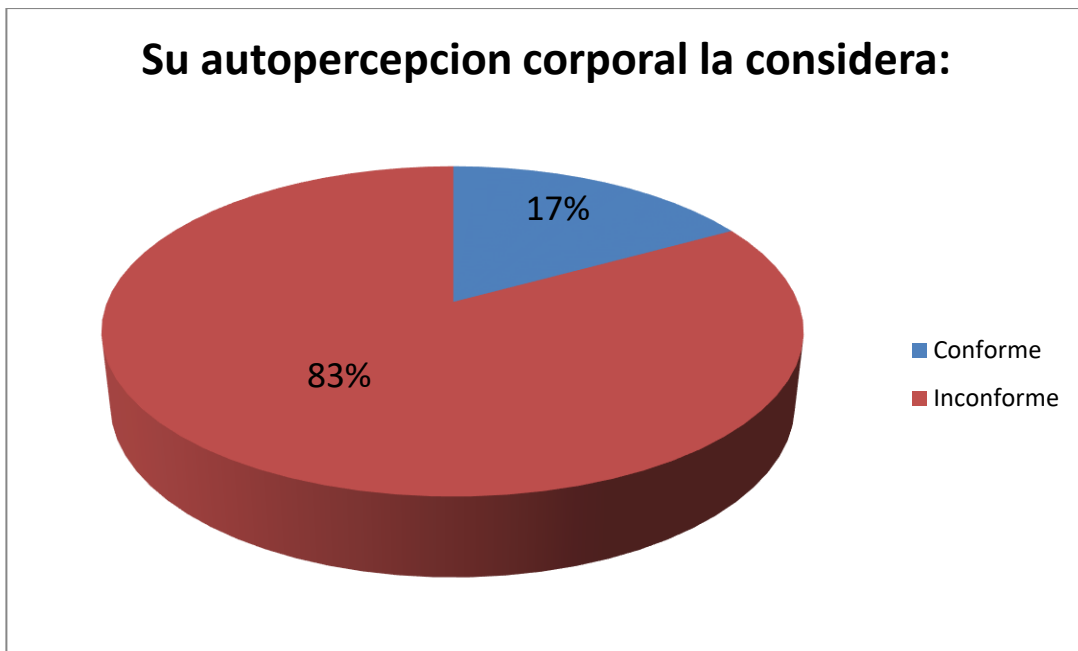
### 6.15 Resultado 15: Aceptación Corporal

N: 100

Se encontró datos en 100 señoras (100 %) el total de señoras encuestadas.

De los datos encontrados sobre la aceptación de la imagen corporal el 17 % afirmó estar conforme con su físico, mientras que el 83% de las encuestadas manifestó estar inconforme con su imagen corporal.

**Gráfica 15. Aceptación corporal**



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

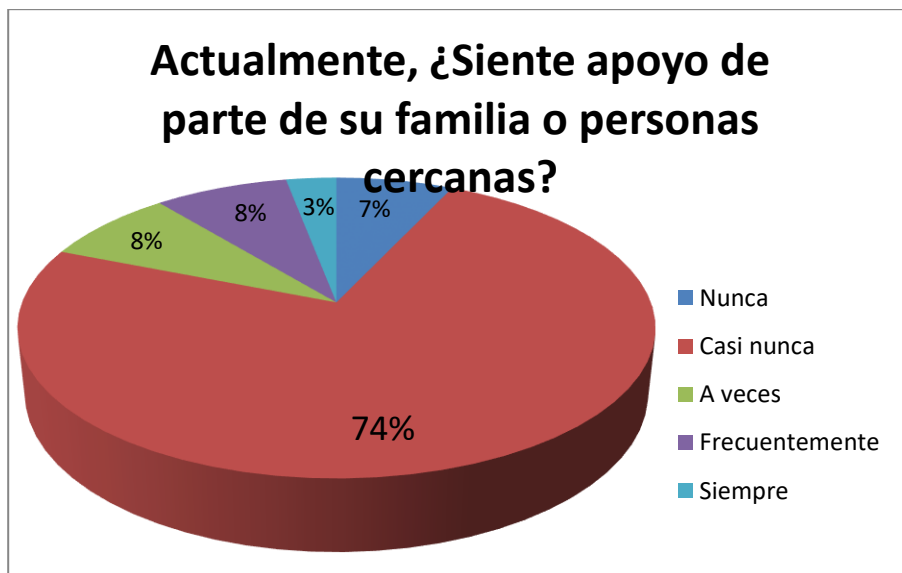
## 6.16 Resultado 16: Apoyo Familiar

N: 100

Se encontró datos en el 100 % (100 datos) el total de las señoras encuestadas.

De los datos encontrados sobre el apoyo de parte de familia y amigos en esta etapa de la vida, de las pacientes que consultaron en UCSF El Rosario en el departamento de Cuscatlán se encontró que el 7 % de las pacientes respondieron que no han sentido apoyo de parte de la familia, 74% respondieron que casi nunca, un 8% respondió que a veces, mientras que un 8% de las encuestadas manifestaron que frecuentemente, 3% siempre.

### Gráfica 16. Apoyo familiar



Fuente: Cuestionario sobre Factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF El Rosario, Cuscatlán, Junio a Julio del año 2016.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se encuestó a 100 mujeres entre 35 y 55 años de edad que consultaron en la unidad de salud de El Rosario, Cuscatlán siendo la edad de consulta más común 48 años con el 23 %, seguido de 49 años con el 15 %, la edad de menor consulta fue 53 años, por lo que no se puede asociar la edad de consulta con las molestias propias de climaterio pues muchas pacientes llegaron por otros motivos de consulta diferentes a la sintomatología propia de esta etapa.

Se observó que del 100 % de las mujeres encuestadas 69 % están acompañadas y 94 % son amas de casa lo que puede influir en la calidad de vida ya que muchas veces enfrenta los problemas propios del hogar solas como los cambios de rol, síndrome del nido vacío o la mujer emparedado, además en esta etapa pueden enfrentar enfermedad o muerte de su compañero de vida, sensación de minusvalía debido a que muchas veces no se le da la importancia suficiente al trabajo realizado en casa.

En lo que se refiere a los factores psicológicos investigados, utilizando la escala de nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre, se encontró que durante el último mes el 68 % de las mujeres encuestadas sintió que vale muy poco como persona frecuentemente y 62 % manifestó que durante el último mes se había sentido triste y o deprimida a veces, en contraste a esto el 68% respondió que durante el último mes casi nunca ha sentido que la vida no tiene sentido por lo que se puede observar que las pacientes probablemente sufran de episodios depresivos leves debido al estrés que provoca enfrentar esta etapa en la que se ven rodeadas de cambios físicos, biológicos y psicológicos, que en la mayoría de los casos son subdiagnosticados por la poca atención en lo referente al climaterio o debido a que estas mujeres lo toman como parte normal de su vida debido a la cotidianidad de los síntomas.

Respecto a las relaciones sexuales, 94 de las 100 mujeres encuestadas refirieron cambios en el deseo sexual y de estas todas manifestaron una disminución, la mayoría de mujeres piensan que durante esta etapa hay una pérdida del atractivo físico femenino y 83 % de ellas no están conformes con su imagen corporal, además el 51 % manifestó que sus relaciones sexuales se volvieron dolorosas y menos placenteras durante esta etapa, esto debido al déficit hormonal, y a los cambios físicos que se observan por la atrofia y envejecimiento lo que viene a afectar directamente la calidad de su vida sexual.

Durante el climaterio y la menopausia las mujeres deben enfrentar una serie de cambios sociales, psicológicos, biológicos y sexuales por lo que se vuelve indispensable contar con redes de apoyo facilitar la asimilación de estos cambios, sin embargo el 74 % respondieron que casi nunca se sienten apoyadas por su

familia y solo el 3 % refirió que siempre.

los sofocos están presentes en el 75 % de las mujeres durante el climaterio siendo este el síntoma más frecuente durante esta etapa, además el 65 % de las mujeres encuestadas opina q alguna de los síntomas dentro de el síndrome climaterio afecta frecuentemente la realización de sus labores cotidianas.

En la mayoría de los casos el climaterio se ve acompañado de morbilidades las cuales exacerban los síntomas de este, de las mujeres encuestadas se encontró que la enfermedad más común es la hipertensión arterial crónica con el 43 %, seguida de Diabetes Mellitus con un 38 %, además las pacientes manifiestan otras patologías como dislipidemias y osteoporosis, ninguna de las mujeres encuestadas padecía de algún tipo de cáncer.

La forma en que cada mujer enfrenta esta etapa de la vida en nuestra sociedad se ve influenciada por diversos factores culturales y sociales, lo que explica las diferentes formas en la que cada una trata de sobrellevar los síntomas asociados al climaterio y menopausia, las respuestas obtenidas fueron: bañarse más de una vez al día lo que está relacionado a que el síntoma más común son los sofocos, tomar analgésicos, tomar aguas naturales, tomar vitaminas o simplemente esperar a que se pasen. Por lo que es necesario hacer énfasis en la parte educativa de las mujeres ya que de esta forma ella podría comprender de mejor manera este proceso y así afrontarlo con mayor facilidad mejorando su calidad de vida.

## **CONCLUSIONES**

- La mayoría de las mujeres climatéricas no están recibiendo una atención integral en la red nacional de salud.
- Se demostró que el 65% de las mujeres climatéricas ven frecuentemente afectadas sus actividades cotidianas debido a la presencia de algún síntoma que les provoca malestar.
- Mediante este estudio se observó que todas las mujeres encuestadas han presentado factores psicológicos que afectan su calidad de vida como sentimientos de minusvalía, soledad, falta de apoyo el más importante, depresión y solo el 3% de estas mujeres manifestó que no ha presentado sentimientos de tristeza o depresión durante esta etapa.
- Este estudio demostró que del 100% de las mujeres encuestadas el 69% está actualmente acompañada, sin embargo, la mayoría siente que no tiene apoyo constante por lo que el estado civil no necesariamente le da apoyo a la mujer en esta etapa de su vida, ya sea por falta de conocimiento, educación o por falta de interés por parte de su pareja.
- Se comprobó que la vida sexual durante esta etapa se ve afectada ya que el 100% de las mujeres que tuvieron cambios en la libido manifestó que hubo disminución, lo que vuelve necesaria la educación sexual continua para enfrentar de mejor manera este problema.
- Mediante la encuesta realizada se observó que el 95% de las mujeres climatéricas realizan algo que ellas creen que mejoran sus síntomas dependiendo de sus creencias, costumbres y nivel de conocimiento.

## RECOMENDACIONES

- Una alimentación balanceada de la mujer climatérica puede prevenir problemas cardiovasculares y el riesgo de sufrir patología osteomuscular, debido al cambio hormonal ya conocido que es propio de esta etapa.
- Se recomienda el uso de lubricantes que ayudan a mejorar la calidad de las relaciones sexo coitales debido a la resequedad vaginal.
- Tomas baños de sol de 15 minutos diarios, pues la vitamina D ayuda a la absorción del calcio en el intestino y mejora el aporte de este al organismo.
- Evitar el consumo exagerado de harinas y azúcares refinados, así como las golosinas y alcohol (este último aporta calorías vacías y ninguna ayuda nutricional), porque en exceso, aumentan el peso corporal además de la “sensación de calor” o bochornos típicos de esta etapa.
- Para los bochornos que se dan en cualquier hora del día, se recomienda hacer ejercicio, tomar suficiente agua (8 vasos diarios en promedio) y no incluir alimentos ricos en carbohidratos.
- La depresión puede presentarse durante este periodo y es normal, es importante tener en cuenta que cuando se experimenten cambios fuertes en el humor o estado de ánimo, lo recomendable es acudir a un profesional para establecer que no se trata de una depresión de otro origen que no esté relacionado con el climaterio.



## BIBLIOGRAFIA.

1 Ministerio de Atención Pública y Asistencia Social. Guía de Atención Clínica del Climaterio y Menopausia, primera edición. página 9 El Salvador, septiembre 2008.

2 Hunter M1, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectivas en menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007 Apr;21(2):261-74. Epub 2006 Dec 8. Institute of Psychiatry, King's College London, Department of Psicología, Adamson Centre, St Thomas' Hospital, London SE1 7EH, UK. myra.hunter@kcl.ac.uk.

3 Doubova SV, Espinosa-Alarcón P, Flores-Hernández S, Infante C, PérezCuevas R. Integrative health care model for climacteric stage women: design of the intervention. *BMC Womens Health.* 2011 Feb 20; 11:6. doi: 10.1186/14726874-11-6. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F., México.

4 Blumel JE1, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, Cumsille MA, Sanjuan A., et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000 Jan 15;34(1):17-23.

5 Alba Rivas Jerez, Jesús Arco Arredondo, María de los Ángeles Rodríguez Pérez, Isabel López Martínez y Vanessa Castro. Calidad de vida y menopausia. En: José Jesús Gasquez, María del Carmen Pérez Fuentes, María del Mar Molero Jurado, et al. *Calidad de vida, cuidados e intervención para la mejora de la salud en el envejeciendo. Volumen III.* Almería, España: ASUNIVEP, Artes gráficas, Salvador; 2015. Pág. 125-132.

6 Commission by The National Institute for Health and Care Excellence. *Menopause, full guideline, Clinical guideline, methods, evidence and recommendations.* USA: 12 November, 2015.

7 Berek JS, et al. Menopausia. En: Shifren JL, Schiff I, Berek DL, editores. *Berek y Novak Ginecología.* Barcelona, España: lippincott Williams & Wilkins; 2012. p 1233-1247.

8 Alvarado GA, Hernández QT, Hernández VM, Negrín PM, Ríos CB, Valencia PG, et al. *Guía de práctica clínica diagnóstico y*

tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015; 53 (2): 214-225.

9 Álvarez GE, Labandeira MA. Estudio Bioquímico de la Menopausia y la Perimenopausia. Educación continuada en el laboratorio clínico. 2009-2010; 13: 76-93.

10 Ortega TRM. Actualización en el manejo de la menopausia. Granada España, 2011. Servicio de Obstétrica y Ginecología Hospital universitario Virgen de las Nieves 2011.

11 Rondón BM. Aspectos sociales y emocionales del climaterio: Evaluación y manejo. Revista peruana Ginecología y Obstétrica, 2008; 54: 99-107.

12 Fierro D, Rechkehermer A, Roamn W, Fierro L, Ruiz M. Sexualidad y Menopausia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2007; 43 (1): 41-48.

13 Lozano RJC. Aspectos Psicosociales de la Menopausia. En: Temas de Medicina Familiar. Actas de las reuniones de medicina familiar de La Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia; 2012.

14 Rivera DC, Balyona SY. Climaterio y función sexual: Un abordaje integral a la sexualidad femenina. CES Salud Publica. 2014; 5: 70-76.

15 Lugones BM, Quintana RT, Cruz OY. Climaterio y Menopausia: Importancia de su atención en el nivel primario. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2007; Vol. 13 (5): 10-25.

16 Aspectos psicológicos del climaterio. IV jornadas ginecológicas del levante almiriense. Abril 2000. Rodriguez ZR, Borja PE. España. Abril 2000

17 Rivas AE, Hernández GC, Zerquera TG, Sandin BV, Muñoz CJ. Factores biológicos y sociales relacionados con la salud de la mujer durante el climaterio. Medisur. 2011; Vol. 9 (6): 66-120.

18 Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia; México 2013. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud 201

19 Fuente estadística I elemento de estadística descriptiva y probabilidad, Gidalberto Boniilla, editores UCA, San Salvador, El Salvador, 1998.

20 Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. 2nd Ed. 2014. Sydney: Psychology Foundation.

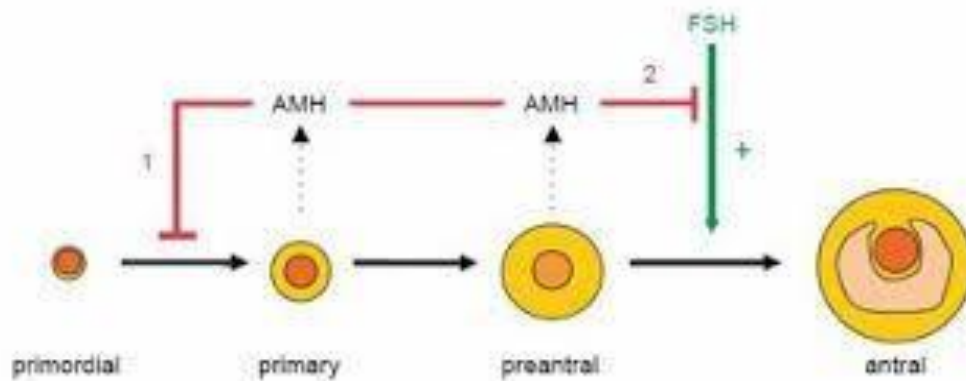
## ANEXOS

### Anexo 1

#### 1.1 Tabla de valores hormonales femeninos en la menopausia.

| Hormona              | Antes de la menopausia | Menopausia |
|----------------------|------------------------|------------|
| FSH (mU/ml)          | 1-30                   | 40-250     |
| LH (mU/ml)           | 1-27                   | 30-105     |
| Estradiol (pg/ml)    | 50-500                 | 5-25       |
| Testosterona (ng/ml) | 0.3-0.8                | 0.1-0.5    |
| Estrona (pg/ml)      | 30-300                 | 20-60      |

#### 1.2 Representación de la foliculogénesis en el aparato reproductor femenino.



## Anexo 2

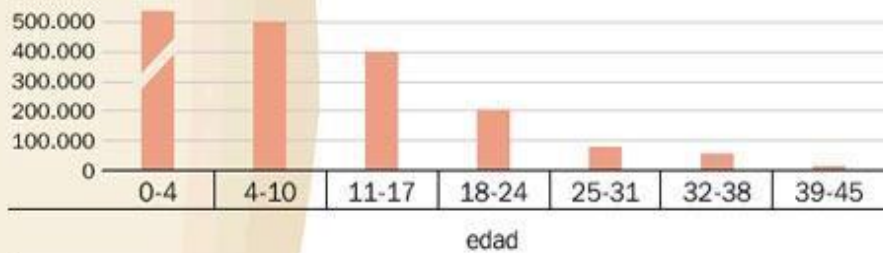
### 2.1 Función ovular durante la menopausia.

## La menopausia

Se inicia al final de la última menstruación. Es el momento en que cesa la función cíclica de los ovarios.

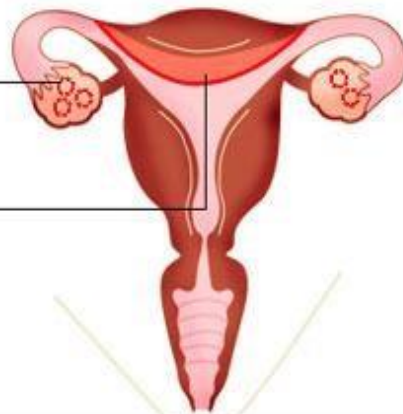
### CANTIDAD DE OVULOS QUE POSEE LA MUJER

► La reserva de óvulos que tienen los ovarios disminuye con los años



Cuando la mujer queda sin **óvulos**,  
deja de producir **estrógeno**.

Al no haber **estrógeno** el **endometrio**  
deja de crecer y no se produce  
la **menstruación**.



### SINTOMAS

- Sofocos, accesos de calor (pueden estar acompañados por sudoración y enrojecimiento de la piel en el cuello y la cabeza)
- Sudoración nocturna
- Sequedad vaginal
- Fatiga, insomnio y cansancio
- Irritabilidad, cefalea
- Cuadro de "humor depresivo"
- Aumento del riesgo cardíaco
- Hormigueos
- Disminución del deseo sexual

**La terapia de reemplazo hormonal puede aliviar estos síntomas.**

CLARIN

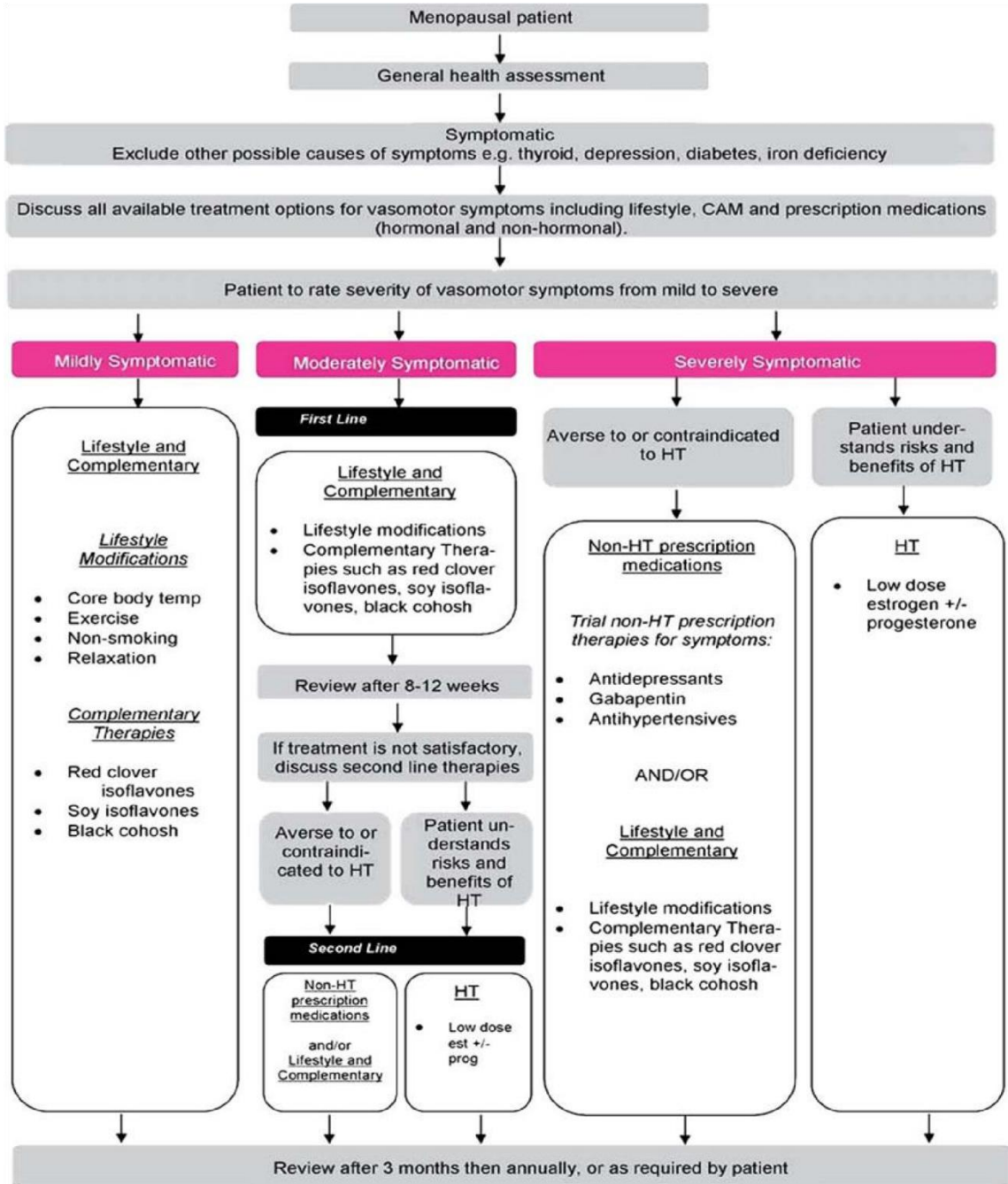
### Anexo 3

#### 3.1 Esquema hormonal en etapa reproductiva y postmenopáusica.

|                              |                         | Menarca      |         |          |   | Final de periodo menstrual (0) |                                    |  |          |          |   |
|------------------------------|-------------------------|--------------|---------|----------|---|--------------------------------|------------------------------------|--|----------|----------|---|
| Etapa                        |                         | -5           | -4      | -3b      | -3a   | -2                             | -1                                 | +1a                                    | +1b      | +1c      | +2  |
| Terminología                 |                         | Reproductiva |         |          |   | Transición a la menopausia     |                                    | Posmenopausia                          |          |          |   |
|                              |                         | Temprana     | Pico    | Tardía   |   | Temprana                       | Tardía                             | Temprana                               |          | Tardía   |   |
|                              |                         |              |         |          |   | Perimenopausia                 |                                    |  |          |          |   |
| Duración                     |                         | Variable     |         |          |   | Variable                       | 1-3 años                           | 2 años (1+1)                           |          | 3-6 años | Vida restante                             |
| Criterios principales        |                         |              |         |          |   |                                |                                    |  |          |          |   |
| Ciclos menstruales           | Regulares e irregulares | Regular      | Regular | Cambios  | Duración variable del ciclo > 7 días diferente de lo normal | Periodos amenorrea (> 60 días) |                                    |  |          |          |   |
| Criterios de soporte         |                         |              |         |          |   |                                |                                    |  |          |          |   |
| Endocrino                    |                         |              | Baja    | Variable | Variable  | Variable                       | Variable                           | Variable                               | Estable  |          |   |
| FSH                          |                         |              | Baja    | Baja     | Baja  | Baja                           | > 25 U/L                           | Baja                                   | Muy baja |          |   |
| AMH                          |                         |              | Baja    | Baja     | Baja  | Baja                           | Baja                               | Baja                                   | Muy baja |          |   |
| Inhibina B                   |                         |              | Baja    | Baja     | Baja  | Baja                           | Baja                               | Baja                                   | Muy baja |          |   |
| Cuenta folicular antral      |                         |              | Baja    | Baja     | Baja  | Baja                           | Baja                               | Muy baja                               | Muy baja |          |   |
| Características descriptivas |                         |              |         |          |   |                                |                                    |  |          |          |   |
| Síntomas                     |                         |              |         |          |   |                                | Probablemente síntomas vasomotores | Muy probablemente síntomas vasomotores |          |          | Aumento de síntomas de atrofia urogenital |

Anexo 4.

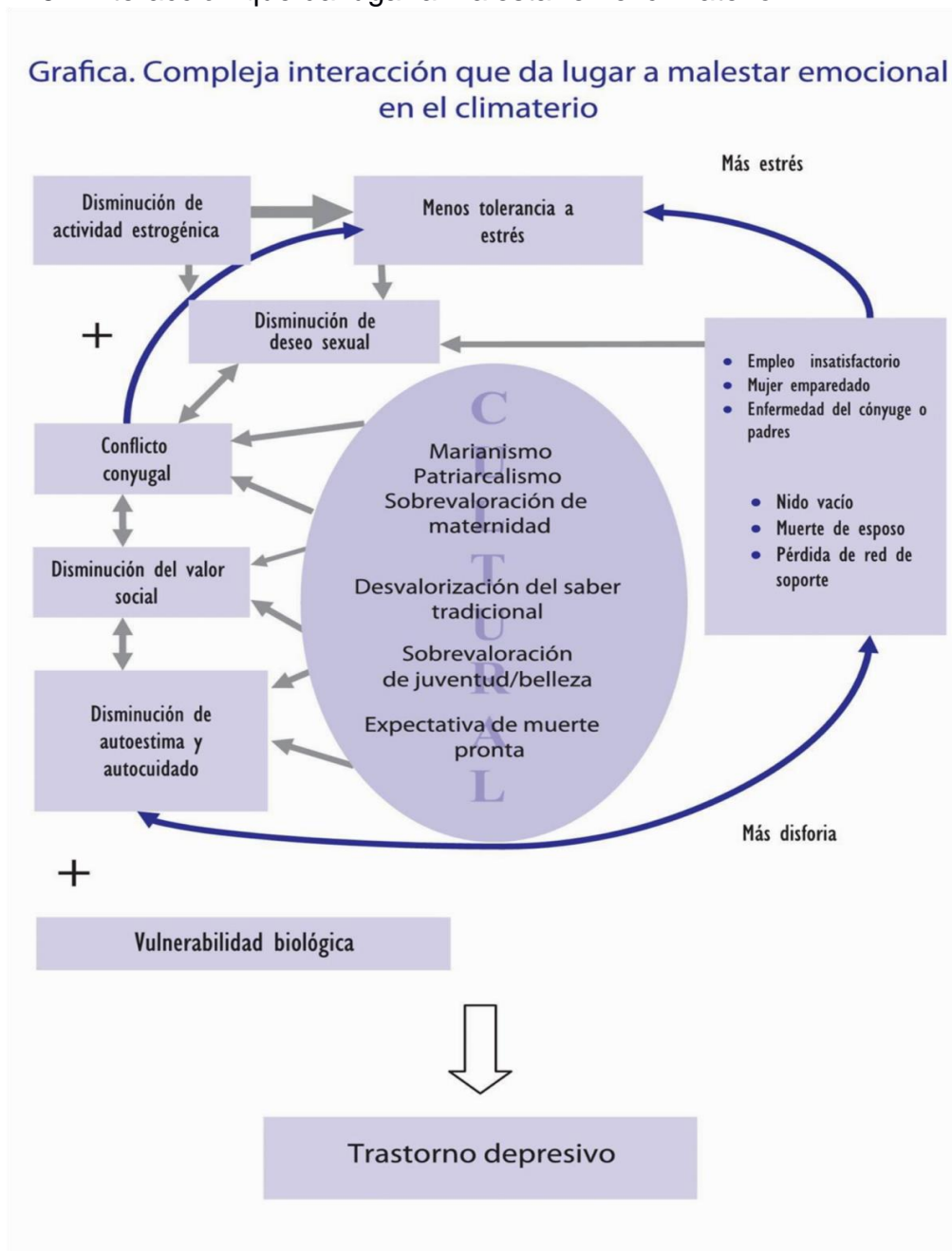
4.1 Síntomas vasomotores más frecuentes en la menopausia.



## Anexo 5

### 5.1 Interacción que da lugar a malestar en el climaterio.

Grafica. Compleja interacción que da lugar a malestar emocional en el climaterio





## Anexo 6

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, con número de DUI \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, manifiesto que he sido debidamente informada y en consecuencia autorizo a que se me incluya en la investigación "factores biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF, El Rosario, Cuscatlán, junio a julio del año 2016" teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y el propósito de esta investigación.
  2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
  3. Estoy satisfecha con la información proporcionada.
  4. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
  5. Reconozco que todos los datos proporcionados son ciertos.
- Por tanto, declaro estar debidamente informada y doy mi expreso consentimiento a la participación en esta investigación.

F. \_\_\_\_\_

Anexo 7

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA

*Cuestionario sobre:*

**“FACTORES BIOPSIICOSOCIALES QUE AFECTAN LA  
CALIDAD DE VIDA DURANTE EL CLIMATERIO EN MUJERES  
QUE CONSULTAN EN UCSF EL ROSARIO, CUSCATLÁN,  
JUNIO A JULIO DEL AÑO 2016”.**

*Dirigido a:*

Mujeres durante el climaterio y menopausia que consultan Unidad de  
Salud Comunitaria El Rosario, Cuscatlán, junio-julio 2016.

*Realizado por:*

Diana Sofía Mazariego Hernández  
Sonia Edith Mejía Ramírez  
Alma Angelina Martínez Ventura

Médicos en Servicio Social.

*Objetivo:* Recopilar información sobre factores biopsicosociales que  
afectan la calidad de vida durante el climaterio y menopausia.

La información aquí recolectada es confidencial y se utilizará  
únicamente para fines científicos, académicos.

Edad\_\_\_\_\_

Las preguntas en este cuestionario es acerca de sus pensamientos y  
sentimientos en el último mes. En cada caso deberá responder en sentido de que  
tan frecuente usted se siente o piensa en relación a la interrogante.

1. Estado civil: \_\_\_\_\_
2. Ocupación: \_\_\_\_\_
3. ¿padece usted de alguna de las siguientes enfermedades crónicas?
  - a) hipertensión arterial crónica
  - b) diabetes mellitus II
  - c) colesterol
  - d) osteoporosis
  - e) cáncer
4. ¿En el último mes se ha sentido triste y/o deprimida?
  - a) nunca
  - b) casi nunca
  - c) a veces
  - d) frecuentemente
  - e) siempre
5. Durante el último mes ha sentido que vale muy poco como persona:
  - a) nunca
  - b) casi nunca
  - c) a veces
  - d) frecuentemente
  - e) siempre
6. En el último mes ha sentido palpitaciones a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico:
  - a) nunca
  - b) casi nunca
  - c) a veces
  - d) frecuentemente
  - e) siempre
7. En el último mes ha sentido que la vida no tiene ningún sentido:
  - a) nunca
  - b) casi nunca
  - c) a veces
  - d) frecuentemente
  - e) siempre
8. ¿Cuáles de los siguientes síntomas cree usted que afecta más la realización de labores cotidianas de manera normal en la menopausia?
  - a) Sofocos
  - b) Insomnio
  - c) Vértigo

- d) Parestesias
- e) Soledad

9. ¿Qué hace usted para aliviar estos síntomas?

---

10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que los síntomas aumentan tanto que interfiere con sus actividades diarias?

- a) nunca
- b) casi nunca
- c) a veces
- d) frecuentemente
- e) siempre

11. ¿Considera importante su vida sexual durante el Climaterio?

- a) No es importante ni necesario en la vida
- b) Sí, Hay una pérdida del atractivo físico femenino.
- c) se convierte en parte de la vida rutinaria.
- d) tiene mayor calidad que en la juventud.
- e) es un elemento importante en la relación conyugal que debe cultivarse.

12. Su opinión acerca de la vida sexual después de la menopausia es:

- a) Las relaciones sexuales se vuelven dolorosas y poco placenteras
- b) Hay pérdida del atractivo sexual femenino.
- c) Se pierde el interés por la actividad sexual.
- d) Mejora por desaparecer el riesgo de embarazos.
- e) Las alteraciones en la calidad de vida sexual se superan con tratamiento.

13. Durante el climaterio, ¿ha presentado algún cambio en el deseo sexual?

- a) No
- b) Si

Si la anterior es si, Aumento\_\_\_\_\_

Disminución\_\_\_\_\_

14. Su auto percepción corporal la considera:

- a) Conforme

b) Inconforme

15. ¿Se siente apoyada por su familia o personas cercanas?

- a) Si
- b) No
- c) En ocasiones