



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Pérez, S; Bello, M. Influencia de la cultura en la menopausia. Biblioteca Lascasas, 2006; 2(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0126.php>

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE GRADO

SANDRA PÉREZ

MILENA BELLO

TUNJA, BOYACÁ. 2002

INTRODUCCIÓN

Siendo la menopausia una etapa de la vida de toda mujer, y durante la cual surgen múltiples dudas y temores para ellas, se ve la necesidad de tomar la parte fisiológica, psicológica y sociocultural de éste fenómeno, para así poder lograr una integralidad no solo en el manejo de los cambios, sino también en la preparación para afrontar este periodo natural en toda mujer.

Esta investigación es de carácter descriptivo, en la cual se identifican factores no sólo biológicos o psicológicos, sino socioculturales que influyen en la percepción y el manejo de la menopausia en las mujeres de 40 a 65 años de edad que habitan el barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja, lo que permitirá obtener una visión más amplia y compleja de lo que significa para las mujeres boyacenses la menopausia, y experimentar los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales que trae ésta etapa.

Como producto final de ésta investigación se plantean medidas que contribuyan a la promoción de estilos de vida saludables, para lograr así un aumento en la calidad de vida de las mujeres que están próximas, o que se encuentran en la etapa de la menopausia o postmenopausia.

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

La menopausia es una etapa natural de la vida de todas las mujeres, pero los diferentes contextos culturales generan diversas posturas frente a la misma; de tal manera que tanto las manifestaciones físicas como las psicológicas y sociales, a más de las dudas y alternativas en el manejo en torno de ella, son mediadas culturalmente de formas particulares.

Teniendo en cuenta que la cultura es una extensa red que moldea al individuo, y que está sujeta a las diferentes formas de expresión y comunicación, en esta investigación se ha tomado solo tres aspectos de los muchos que abarcaría el tema de la cultura, y son las creencias, los saberes y las alternativas de salud que tienen las mujeres frente a la menopausia ; acercándonos a éstos e intentar comprenderlos nos brindará quizá herramientas que nos preparen para afrontar los cambios que ésta puede traer, y a no verla como el fin de la femeneidad, sino como el inicio de un nuevo ciclo el cual se debe vivir y disfrutar con sus altibajos, los que además se presentan siempre en las diferentes etapas del ciclo vital humano.

El ver a la mujer como un ser integral, formado por el funcionamiento de su cuerpo, sus sentimientos y su entorno sociocultural, permite que se genere una información o un conocimiento y unos saberes frente a ésta situación, lo que influirá en el comportamiento que se genera frente a la misma, y por ende a la sociedad, quien es la encargada de proporcionar nuevos elementos o reforzar los ya existentes, para la ayuda en la búsqueda de soluciones a problemas cotidianos, en este caso los cambios que se presentan en ésta etapa.

La experiencia durante el trabajo con comunidades, orientado durante la formación académica, impartida en la escuela de enfermería de la U.P.T.C. ha permitido interiorizar que las necesidades de una población no son sólo las de atención médica, sino también las de adquirir conocimientos que les permita reforzar el autocuidado, y que sus dudas sean escuchadas y aclaradas con respeto por las alternativas que la población tenga; además se debe tener en cuenta que todo manejo de una situación necesita de una información clara, para permitir la preparación y orientación en las soluciones que se den frente a las dudas o problemas que surjan, en este caso las relacionadas con la menopausia.

2. PROBLEMA

Las creencias, saberes y alternativas de salud, que sobre la menopausia tienen las mujeres entre 40 y 65 años de edad en el barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja, influyen en el manejo que le dan a la misma?.

3. JUSTIFICACIÓN

El ser humano en todo momento de la vida se enfrenta a cambios físicos, psicológicos y socioculturales, que van a enmarcar las diferentes etapas del ciclo vital. Desde el punto de vista femenino, la menopausia, que entre muchas otras cosas conlleva al cese de la vida reproductiva, se hace particularmente interesante de estudiar en los diferentes ámbitos culturales; ya que los conceptos que tengan de ella, generan una serie de comportamientos, dudas, expectativas, temores, etc., lo que a su vez lleva a la búsqueda de alternativas que se validan en contextos culturales particulares y que precisamente por ello serían susceptibles de comprender para transformar.

Hoy en día la medicina occidental ofrece mayores alternativas para disminuir los posibles síndromes que se pueden presentar en dicha etapa ya que todos los organismos no son iguales y por ende todas las manifestaciones no van a ser iguales para todas las mujeres, sumado esto, también a la variedad de entornos culturales existirán diferentes conocimientos y creencias generando a su vez diversidad de comportamientos en el manejo de la menopausia.

Este tema de investigación se considera novedoso no solo por el método, sino también por los aportes que desde el punto de vista socio cultural, en este caso las creencias, los saberes y las alternativas de salud que brinda la información

obtenida por el grupo de mujeres que colaboraron con éste trabajo; partiendo desde el conocimiento científico y popular en cuanto al concepto y manejo de la menopausia.

Como profesionales de la salud, específicamente de enfermería, tenemos influencia y gran responsabilidad en la educación y orientación a la mujer en cuanto al tema de la menopausia, por lo que debemos hacer uso de los conocimientos adquiridos durante nuestra formación académica, para así brindar información completa y clara, sin dejar de lado los conocimientos y/o creencias de las mujeres, pues lo ideal es poder integrar el conocimiento científico y el popular sin llegar a transgredir las normas que culturalmente tiene una población, en este caso las mujeres entre 40 y 65 años de edad que habitan el barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja.

La principal pretensión de ésta investigación es servir como base e incentivo para desarrollar en un futuro investigaciones similares en otros barrios de ésta ciudad y brindar datos válidos para futuras investigaciones en las que se relacionen el aspecto biológico y psicológico de la menopausia con el contexto sociocultural de las mujeres.

“La menopausia no es sólo el cierre de la etapa reproductiva que provoca cambios orgánico – funcionales, es simultáneamente una transición social y biológica que ocurre en el centro de una transición más global: los profundos cambios en la identidad femenina en los últimos 50 años”*.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Reconocer la influencia de las creencias y saberes que sobre la menopausia y

* LONDOÑO, Argelia. Elogio a la Menopausia. Revista PROFAMILIA. Volumen 7, número 33. Junio, 1999. P. 28.

su manejo tienen las mujeres entre 40 y 65 años de edad del barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja.

4.2. ESPECIFICOS

4.2.1. Determinar el perfil sociodemográfico de las mujeres entre 40 y 65 años de edad que habitan en el barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja.

4.2.2. Identificar las creencias y los saberes respecto a los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales que se presentan en la menopausia de las mujeres entre los 40 y 65 años de edad en el barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja.

4.2.3. Identificar la forma de manejar y tratar la menopausia por parte de las mujeres entre 40 y 65 años de edad que habitan el barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja.

4.2.4. Plantear recomendaciones que propendan por el fomento de estilos de vida saludables durante la perimenopausia para las mujeres entre 40 y 65 años de edad.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1. MARCO TEORICO

5.1.1. Importancia social y cultural de la menopausia

“El hombre se desarrolla gracias a la influencia de dos dimensiones inherentes, la biológica y la sociocultural. La primera se refiere a la conformación estructural y fisiológica del desarrollo del ser humano, el cual va madurando paulatinamente, hasta lograr funciones definitivas en todos los sistemas de su organismo.

La dimensión sociocultural es el alimento de la mente y permite conducir al ser humano desde niño en su desarrollo a través de normas y formas de vida que se han creado y transmitido de una generación a otra mediante un sistema social de apoyo”¹.

En todo ser humano hay una serie de factores que van a intervenir en su vida, y uno de ellos es el aspecto cultural, el que esta mediado por una serie de conductas, así que si hablamos por ejemplo de las conductas básicas de una persona, como lo son el comunicarse, producir, nutrirse, desplazarse, defenderse, etc., existen desde que nace, y es el medio ambiente en el que se

¹ RUEDA, Rodríguez. María Cecilia. DIAZ, María Cristina. Perspectiva Salud Enfermedad. “Cultura y el Desarrollo Humano”. 1994. p. 30.

ubique, quien las moldea y les da sentido, teniendo en cuenta la existencia de reglas, normas o leyes. Las normas varían de acuerdo a los núcleos sociales y constituyen un patrón sociocultural que distinguen y diferencian las costumbres y tradiciones de unas sociedades a otras.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la cultura ha sido definida como un “plan para vivir” (Kluckhohn, 1949) y como los “conocimientos compartidos que usa la gente para coordinar sus actividades” (Becker, 1986); definiciones más recientes, dejan ver la cultura como los modos de vida por los que es posible distinguir un grupo social de otro y la manera de vivir que el individuo percibe del grupo al que pertenece (Bergoline Lui, “ Mito y Cultura en la tradición en el Proyecto Social”. Universidad de Nuevo León, México. 1980). Para Mario Margulis cultura es “el conjunto de respuestas colectivas de los grupos humanos frente a necesidades vitales”. También éste autor dice que “la cultura implica sistemas valorativos y comparativos de percepción y organización del mundo de la conciencia de los hombres. Incluye también sistemas simbólicos, el lenguaje, las costumbres, las formas compartidas de pensar el mundo y los códigos que rigen el comportamiento cotidiano de un pueblo”. (Margulis, Mario. La Cultura Popular. La Red de Jonás. Premia Editora. México. 1984). Para Albercht Karl, la cultura es “un contexto social que influye en la forma como la gente se comporta y se relaciona”. (Albercht Karl. La Revolución del Servicio. Serie Empresarial. Fondo Editorial Legis. 1988). Por consiguiente los miembros de una sociedad deben compartir ciertas ideas fundamentales acerca de cómo funciona el mundo, y qué es importante en la vida, para así poder unificar conceptos y actitudes que favorezcan no solo al individuo, sino a

su contexto social. El contenido de socialización siempre va a variar de un grupo social a otro, y es ella, quien nos permite ir adquiriendo paulatinamente la cultura del grupo en el que somos criados.

Los seres humanos tenemos la habilidad para adquirir la cultura, que no solo es heredada, sino que también pasa de generación a generación a través de la socialización, antes mencionada, por medio de cuentos, poemas, ritos religiosos, juegos infantiles, bromas y otras actividades de aprendizaje.

Como es evidente, la cultura parte del conocimiento, el que no solo es de carácter científico, pues las expresiones míticas o religiosas de un pueblo son de carácter popular, conocimiento propio de un grupo de personas. Lo que se ha relacionado con la posición instrumentalista y naturalista de Barnes, para quien el conocimiento se puede entender como algo más que el producto de los hombres que operan en términos de un interés en la predicción y control conformado y particularizado por las especificidades de sus situaciones. No es la posesión única de una cultura particular o tipo de cultura. Siempre que los hombres emplean sus recursos culturales para tareas auténticas de explicación e investigación indicadas por sus intereses, lo que producen merece el nombre de conocimiento”, (OLIVÉ. León. Conocimiento, Sociedad y Realidad. México. 1988). Posición que ha aportado una visión más clara y compleja del contexto cultural que genera los conocimientos y comportamientos ante situaciones cotidianas.

“Konrad Lorenz, define el cientifismo “como la convicción de que sea real solo

aquello que puede ser expresado con la terminología de las ciencias exactas de la naturaleza y demostrado en base a procedimientos cuantitativos. En suma, el cálculo y la medida serían los únicos métodos legítimos para adquirir conocimientos". (La declinación del Hombre. Konrad Lorenz. P. 75). Lorenz, recoge también las opiniones del físico vienés Herberth Pietschman, quien considera, las formas de saber como dos vías que ni siquiera se cruzan, puesto que miran a objetivos totalmente diversos: La vía de las ciencias naturales conduciría al conocimiento exacto; la vía de las ciencias del espíritu conduciría al conocimiento verdadero. El conocimiento exacto corre el riesgo de perder contacto con la realidad concreta, con el mundo de la vida. El conocimiento verdadero, en cambio, comporta la experiencia del vivido, que no se puede someter, sin embargo, a "pruebas" de naturaleza lógico-matemática o experimental"².

Ahora bien, teniendo en cuenta el análisis de "ciencia" que hace REALE, para quien "la ciencia se ocupa de la dimensión factual objetivo e ignora la dimensión subjetiva; se interesa solamente por los aspectos impersonales y medibles de las cosas, no se interesa del hombre como individuo y como persona: "La ciencia ignora la dimensión individual y afectiva del conocimiento: La simpatía, las emociones, la intuición las "relaciones individuales". Los fenómenos que asume como datos para la elaboración y el control de sus teorías son accesibles a todos. Tras los juicios de valor, no se preocupa del modo en que las cosas tocan a la gente a causa de la posición informativa de sus experiencias personales o de su herencia cultural: se interesa sólo de los

² REALE, Giovanni. La Sabiduría Antigua, Tratamiento para los Males del Hombre Contemporáneo. Editorial Herder, Barcelona, 1996. p. 39.

aspectos impersonales y medibles de las cosas. La orientación cuantitativa de la ciencia natural lleva a descuidar la dimensión cualitativa, afectiva y valorativa de la experiencia. El conocimiento de ciertos aspectos de las cosas que inducen a considerarlas bellas, placenteras o trágicas, es extraño al ámbito científico, en el que no existe espacio para la sensibilidad, sino solo para la comprensión teórica”³. Es así, que desde el punto de vista socio cultural, vemos que existe una gran complejidad determinada conocimiento, el cual no surge de una fuente concreta y única, por lo que las normas y comportamientos culturales del ser humano tampoco son de un solo origen y objetivo.

Teniendo en cuenta lo anterior y la clasificación que hacen algunos autores, partiendo de estudios etnográficos realizados en sectores de la población, se encuentran culturas de masas, popular, salud, hegemónica, emergente, desarrollista, etc,. Para objetivo de este tema de investigación se han tomado los conceptos de cultura popular y de la salud.

La cultura popular es creada y recreada por los individuos de un grupo, se da como herencia acumulada de generación a generación, lo que la convierte en una cultura compartida y se manifiesta de varias formas: “símbolos, gestos, costumbres, rituales de comunicación, elementos de tipo narrativo o musical, un poema, una canción, un mito” (Elementos para una Teoría de la Cultura en Latinoamérica. La Red de Jonás. México. 1984).

La cultura de la salud es definida por el Ministerio de la Salud (Colombia) como: “Todo lo que el hombre ha hecho para cultivar la vida humana en potencialidades físicas, mentales y sociales” (Ministerio de Salud. Políticas

³ REALE, Op. Cit. P.43.

para una Cultura de Salud. Colombia. 1992).

La medicina casera así como la institucional, interpreta el proceso salud enfermedad desde tres posibilidades básicas y bien definidas en relación con la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en donde la medicina casera, como parte de la medicina popular campesina, a la que frecuentemente recurren las mujeres, quienes poseen un conocimiento empírico en cuanto a un sin número de plantas medicinales, las que no solo son ofrecidas por la naturaleza de forma silvestre, sino que ellas mismas se encargan de cultivar en los huertos de sus casas teniendo como objetivo la búsqueda a la alternativa de acceso a la salud, de aquí, se refuerza la base teórica referente a las vías de adquisición de conocimiento y la aplicación cultural de éste.

Otra aproximación que se da desde el punto de vista de las ciencias sociales es que la cultura en salud se produce y reproduce en las formas de vivir de una comunidad a través de la perpetuación de sus conocimientos, costumbres, hábitos y creencias que como práctica se dan de forma espontánea en la vida cotidiana de la comunidad.

Todas las culturas constan de seis elementos principales, que son:

- a. Creencias (explicaciones de experiencias compartidas; tener algo por cierto y verdadero sin que existan razones para ello o sin que estas razones sean conocidas).

- b. Valores (criterios de juicio moral; son amplias normas compartidas, abstractas, de lo que es correcto, deseable y digno de respeto).
- c. Normas y Sanciones (normas específicas de conducta; son reglas de lo que la gente debe hacer, decir o pensar, en una situación determinada; y las sanciones pueden ser formales, “incluyen una aprobación o reprobación de grado” e informales, “gobiernan la conducta de la gente en situaciones cotidianas”).
- d. Símbolos (representaciones de creencias y valores).
- e. Idioma (un sistema de comunicación simbólica).
- f. Tecnología

Podemos hablar de cultura ideal, que son las normas y valores a los que las personas se adhieren abierta y formalmente; y la cultura real, que son las normas y los valores que las personas no admiten abierta y formalmente pero que sin embargo practican.

La cultura no es estática, esta sujeta a cambios, modificaciones que están ligadas al medio ambiente y a la disposición de los individuos.

Hay tres fuentes principales de cambio cultural a gran escala. La primera es la alteración del ambiente natural. Un cambio fuerte, repentino o progresivo fuerza a las personas a adaptarse. La segunda fuente es el contacto con otros grupos cuyas normas, valores y tecnología son diferentes. El contacto cultural puede ser hostil, voluntario o involuntario, mutuo o unilateral. La tercera fuente es el descubrimiento o invención. El descubrimiento es revelación de nuevos

conocimientos acerca de, o nuevos usos para, algo que ya existe. La invención es una recombinación de conocimientos y materiales existentes para crear algo nuevo.

La gente no acepta automáticamente nuevos elementos culturales introducidos por extraños, o nuevos productos culturales desarrollados por miembros de su misma sociedad. La aceptación depende de sí la innovación es similar a las costumbres y prácticas existentes, si el nuevo invento es útil en su medio ambiente y si queda bien con sus ideas de cómo deben hacerse las cosas. También depende, en general, de las actitudes hacia el cambio (tomando en cuenta experiencias anteriores) y si el invento se ve potencialmente benéfico o peligroso.

Cuando los cambios son dramáticos, el ajuste puede ser extremadamente difícil, es por ello que no todas las mujeres van a tener el mismo concepto de la menopausia, y tampoco de afrontarla, aceptarla y manejarla, ya que su forma de actuar va a estar determinada por su cultura, la que fue dada y moldeada o modificada por el grupo social en el que se desarrollo y en el que se desenvuelve.

Ahora bien, la mujer hoy en día es protagonista de acontecimientos históricos tales como el derecho a la anticoncepción, a recibir remuneración por su trabajo, al reconocimiento por su esfuerzo, a una educación y formación profesional, lo que ha generado día a día una multiplicidad de identidades femeninas, ya que elementos como la etnia, la edad, la formación profesional, las capacidades, la ocupación las va moldeando y definiendo.

Por diferente que sea una mujer de otra, siempre llega la menopausia, la que obliga a autoevaluarse y reflexionar en los aspectos de la vida cotidiana, como la sexualidad, la procreación, la maternidad, la esterilidad, las relaciones consigo misma y con su entorno.

La menopausia puede llegar a redefinir a la mujer, porque la menopausia también es cultura, ya que el cuerpo femenino no es solo órganos y funciones, es movimiento, cambio, armonía, expresión, sentimientos, un símbolo, y tiene su propio lenguaje, por consiguiente es el punto de unión entre lo interior, lo espiritual y el exterior, el entorno social.

Por esto, es que la menopausia, sinónimo de vejez, resta a la mujer autoestima e importancia social, porque se vive en una sociedad donde la maternidad se relaciona con juventud y feminidad.

5.1.2. Aspectos fisiológicos del sistema reproductor femenino

El eje hipotálamo-hipófisis-ovario desempeña un papel primordial en la vida reproductiva. De él depende el desarrollo adecuado del ovario. El ovario tiene una fecundación gametogénica mediante la maduración y expulsión del oocito (ovulación) y una actividad endocrina al secretar hormonas tales como estrógenos y progesterona (esteriodogénesis).

Uno de los mayores avances de la endocrinología moderna ha sido el mejor conocimiento que se tiene del funcionamiento del sistema endocrino, lo que ha permitido:

1. Entender la fisiopatología de los diferentes síndromes endocrinos tanto de origen congénito como adquirido y establecer pautas de tratamiento.
2. Modificar artificialmente el funcionamiento del sistema mediante el empleo de medicamentos.

El hipotálamo como glándula endocrina

El cerebro es el órgano primordial que regula y controla la secreción de glándulas endocrinas. Estas a su vez modulan la actividad del sistema nervioso central, SNC.

El mayor avance de la neuroendocrinología moderna se inició con las investigaciones de Shally y Guillemin en 1971, cuando identificaron y sintetizaron la hormona liberadora de gonadotropinas, GnRH. Se demostró que el hipotálamo es una verdadera glándula constituida por múltiples hormonas especializadas y con actividades específicas de acuerdo con los diferentes núcleos que lo constituyen. En él convergen múltiples estímulos tanto del SNC como de la periferia, de otras glándulas y de su entorno; tiene conexiones con la corteza, el sistema límbico (amígdala e hipocampo) y con la pineal. En la eminencia media, EM, convergen todas las terminales nerviosas y se almacenan las hormonas para ser secretadas a la circulación sistemática a través de una rica red vascular: el sistema porta-hipofisiario.

La EM o complejo infundibular está localizado en la región más ventral del hipotálamo en donde terminan, no sólo todos los axones de las neuronas peptidérgicas sino también los de las células aminoaminérgicas y los del

epéndimo o tanicitos. Además está atravesado por un haz de axones que descienden de los núcleos supraópticos y paraventricular hacia la neurohipófisis.

Este hecho explica el por qué en la EM se almacena toda clase de hormonas sintetizadas en el hipotálamo y en la hipófisis, tales como vasopresina, occitocina, dopamina DEA, noradrenalina NA, adrenalina, hormona liberadora de tirotrópina TRH, GnRH, somatostatina, péptido intestinal vasoactivo, neurofisinas y beta endorfinas.

En el hipotálamo se han podido identificar múltiples hormonas de bajo peso molecular, sintetizadas por diferentes hormonas especializadas que tienen como función modificar la síntesis o liberación de las diferentes hormonas tróficas en la adenohipófisis; algunas ejercen función liberadora tal como la TRH, GnRH y hormona liberadora de corticotropina, CRH; y otras, inhibitoras, tales como la somatostatina y la DA⁴.

Hipofisis

Se divide en anterior o adenohipófisis y posterior o neurohipófisis ya que embriológica y funcionalmente son diferentes. La neurohipófisis almacena y libera la oxitocina y la hormona antidiurética, mientras que la adenohipófisis sintetiza sus propias hormonas mediante el estímulo de las hormonas hipotalámicas; actúa por lo tanto como un órgano amplificador del mensaje. Está constituida por células especializadas que sintetizan diferentes hormonas.

⁴ BOTERO, U. Jaime; JUBIZ, H. Alfonso; HENAO, Guillermo. Obstetricia y Ginecología. Colombia. Universidad de Antioquia,

Según sus características químicas, estas hormonas pueden agruparse en dos clases: Proteicas (hGH, PRL y ACTH) y glicoproteicas (que tienen residuos de carbohidratos en la molécula. Comprenden la FSH, LH, y la hormona estimulante de la tiroides TSH, también a éste grupo corresponden la gonadotropina corionica humana HCG, sintetizada en el citotrofoblasto del embrión).

La denominación de las células depende de la hormona que regula la glándula periférica: Células gonadotropas, las que sintetizan FSH y LH, las que sintetizan PRL; tiotropas las que producen TSH, y las corticotropas que produzcan ACTH⁵.

Funcionamiento normal del ovario

Bajo el estímulo de la hipófisis el ovario desencadena el proceso de maduración de uno de sus folículos cada mes, y el folículo, en proceso de maduración, adquiere el nombre de folículo de Graaf.

Los ovarios, que son las glándulas sexuales femeninas, se encuentran en la parte baja del abdomen conocida como pelvis. Allí se ubican, junto con otros órganos del aparato reproductor como el útero y las trompas, en estrecho contacto con vísceras como vejiga, uréteres y el recto.

Los ovarios son los encargados de producir las hormonas (estrógenos y progesterona) que aseguran el adecuado funcionamiento de todos los órganos

⁵ BOTERO. Op. Cit., p. 375.

sexuales. Así, estas ayudan a conservar la humedad normal de la vagina, inducen la ovulación y mantienen la regularidad de los ciclos menstruales.

Ciclo menstrual

El ciclo menstrual normal es el periodo comprendido entre una menstruación a otra y se divide en dos fases de duración similar, separadas entre sí por la ovulación. La primera fase, comienza el primer día de sangrado menstrual, es conocida como fase estro génica o folicular, y se caracteriza por un predominio de la producción de estrógenos. Después de que se cumple la ovulación, la producción de estrógenos disminuye y el ovario comienza a aumentar la producción de la progesterona, hormona que predomina en esta segunda fase del ciclo menstrual.

5.1.3. Definición de menopausia

Por menopausia se entiende la cesación de las reglas por un espacio de 6 a 9 meses. Sin embargo, es de uso común designar así a la transición que comienza algunos años antes del cese de la menstruación hasta uno o dos años después.

Esta etapa que puede comenzar alrededor de los 40 ó 45 años y terminar a los 55 o más, corresponde más correctamente al climaterio, aunque esta palabra se utiliza con menor frecuencia⁶.

El climaterio implica un cambio hormonal, que ocurre al final de la vida sexual

⁶ RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE. “Hablemos De Menopausia”. Enero de 1993. p. 35.

(entendida desde el punto de vista endocrinológico) de la mujer.

En consecuencia la menopausia está imbricada en el climaterio, y este último puede dividirse, por tanto, en tres fases:

- Fase premenopausica: aquí la mujer sufre un rápido descenso de su fertilidad, produciéndose ciclos anovulatorios fisiológicos (al igual que en la pubertad), madurando folículos que no se rompen, sino que se atresian. Al desaparecer el cuerpo amarillo del ovario, se produce una proliferación de la mucosa endometrial, resultado de un hiperestrogenismo prácticamente permanente.
- Fase menopausica: aquí es donde se presenta la verdadera crisis de la mujer, al disminuir en forma muy intensa la secreción interna del ovario y, en consecuencia, alterarse el equilibrio hormonal y el ritmo menstrual. Ultimamente se ha podido demostrar que no siempre disminuyen los estrógenos (pues aumentan en ocasiones), sino que en realidad se altera el ritmo de producción hormonal. De ahí resulta la cesación de las reglas, que es gradual, por lo general.
- Fase postmenopausica: sus características, sus síntomas y sus manifestaciones, sobre todo en la citología vaginal y a nivel endometrial, van a depender en gran medida del tiempo que tardan en desarrollarse los niveles hormonales existentes anteriormente. La citología vaginal

constituira el mejor marcador para proceder a la vigilancia del estado hormonal de estas pacientes⁷.

Resulta erróneo afirmar que el ovario no sea capaz de seguir funcionando tras la menopausia; la retirada de la regla o menstruación constituye solo el reflejo de una pérdida de la capacidad de producción rítmica por parte de la gónada.

La menopausia es un fenómeno normal en la vida de la mujer, dada por una situación fisiológica, que afecta a todas las mujeres alrededor de los 50 años, y que está acompañada de diversas modificaciones orgánicas y psicológicas cuyo significado y forma de afrontarlas varia mucho de una mujer a otra.

5.1.4. Endocrinología de la menopausia

Los ciclos menstruales regulares pueden continuar hasta la menopausia, pero en general las últimas menstruaciones presentan una duración y una cantidad de flujo variable. Progresivamente cada vez menos ciclos se acompañan de la liberación de un óvulo.

Al disminuir notablemente los estrógenos, falta la acción de retroalimentación negativa (nuevo concepto de un factor ovárico que aún no ha sido definido

claramente) sobre la LH, pues el nivel de FSH va subiendo, a medida que disminuye el número de folículos con la edad, lo que va a afectar directamente sobre el hipotálamo y la hipófisis.

⁷ DE LA FUENTE, P y ELJARRAT, Maximiliano. Tribuna Médica. "Climaterio y Menopausia: Conceptos Actuales". 1989. p. 15.

La menopausia se produce al interrumpirse el ciclo ovárico. El que se interrumpe al agotarse la reserva foliculogénica, es decir, se acaban los folículos primordiales. Al bajar los estrógenos se produce una pérdida del feedback negativo sobre el hipotálamo, y las gonadotropinas aumentan. Los fenómenos clínicos de esta fase de la vida dependen de este desequilibrio entre estradiol y gonadotropinas.

El ovario hacia los 40 y 45 años va perdiendo su capacidad de ovular y entra de nuevo en una fase de ciclo anovulatorio fisiológico. Pero, al mismo tiempo, los primordios son cada vez más escasos. El cómo del casi un millón que tiene la recién nacida, pasa a cero, se debe, no a las sucesivas ovulaciones, que son lo de menos, sino al fenómeno de la atresia, la que se hace cada vez más intensa cuando el ovario envejece. Y llega un momento en que, faltando los elementos básicos del ciclo, que son los folículos primordiales o primordios, el ciclo se termina. Así el ovario, más que un ovario sin secreción, es un ovario sin ciclo. Al no madurar folículos, no hay estrógenos. Al no formarse cuerpos amarillos, no hay progesterona. Pero el tejido intersticial-fibroso sigue siendo muy abundante y, excitado por la LH que ahora está aumentada, forma andrógenos. El ovario deja de formar estradiol y progesterona, pero forma testosterona y androstendiona.

5.1.5. Fisiología de la menopausia

A consecuencia de la disminución en la producción de estrógenos, los efectos de éste también se reducen a nivel de los tejidos diana. Así, el epitelio vaginal

se adelgaza, el moco cervical disminuye, las secreciones vaginales se reducen, el endometrio y las mamas se atrofian, se altera la función hipotalámica de la termorregulación, aumenta la secreción hipofisiaria de gonadotrofina, y se aceleran los cambios osteoporóticos en los huesos.

El efecto de Feedback es el que realiza el ovario estimulando la liberación de progesterona y estrógenos (estradiol y estrona) a la hipófisis. Lo que conlleva al desequilibrio que produce el ovario al enviar menos progesterona y menos estrógenos a la hipófisis, la que responde enviando mayor cantidad de LH y FSH.

La falta de feedback estrogénico, a través del hipotálamo, dispara la hipófisis. Hay un aumento de FSH y de LH. El primero es más precoz, pero luego se igualan. Los cambios en la hipófisis y el hipotálamo repercuten sobre el equilibrio de las monoaminas del SNC y son la causa de sofocos, cambios de carácter, y otras alteraciones psíquicas de la mujer menopausica, mal comprendidas todavía.

El aumento de LH y quizá algún otro factor no muy conocido aún (factor que puede relacionar los estrógenos y progestágenos con la incidencia del cáncer de seno, endometrio y ovarios), CASH, provocan una reacción corticosuprarrenal, sobre todo a nivel de la reticular. Los andrógenos suprarrenales también aumentan, y la falta de estrógenos eleva la paratohormona y desciende la calcitonina, resultando de aquí una movilización de calcio y una tendencia a la disminución de la masa ósea (osteoporosis). El descenso de los estrógenos facilita las alteraciones de las lipoproteínas del

plasma y aumenta el riesgo de enfermedad coronaria.

Ha llamado la atención el hecho de que los estrógenos no disminuyen del todo ni mucho menos en el periodo posmenopáusico.

Con el paso del tiempo los ovarios responden cada vez menos a la estimulación que provocan la hormona luteinizante y la hormona folículo estimulante secretadas por la hipófisis, los ovarios secretan de forma progresiva menos cantidad de estrógenos y progesterona y la liberación de óvulos finalmente se detiene.

5.1.6. Sintomatología de la menopausia

La sintomatología que produce la menopausia es prácticamente imposible de clasificar porque por cada médico que interroga a una mujer, y por cada mujer que sea interrogada, según el ambiente en que viva y en cada país, el problema se presenta de diferente manera.

5.1.6.1. Síntomas físicos

Alteraciones del aparato genital

Las alteraciones del aparato genital están íntimamente relacionadas con los cambios endocrinos:

- La desaparición de la progesterona.
- Una disminución, aunque no siempre, de los estrógenos.
- Aumento de LH y FSH (hormonas hipofisarias)
- Aumento de testosterona y androstendiona (hormonas masculinas).

El ovario

Hay abundancia de cuerpos albicantes (residuos de antiguos cuerpos amarillos y testigos de ciclos ovulatorios), no tiene folículos maduros o en vías de maduración y muestra una zona cortical engrosada.

Cuando llega la menopausia quedan algunos folículos primordiales en degeneración, y a los dos o tres años desaparecen por completo. Lo que convierte al ovario en inactivo, caracterizado por la desaparición de los ovocitos.

En el momento en que ya no hay folículos, ya no se producen estrógenos y, por lo tanto la mayoría de los síntomas que aparecen son debidos a la carencia de estrógenos.

La disminución de la concentración de estrógenos en la sangre periférica lleva consigo, por tanto, alteraciones nerviosas que la mujer experimenta al llegar a los 50 años y que son explicados por la neurociencia, una ciencia nueva que difiere de la clásica neurología y de la psiquiatría.

La vagina

Con la disminución de los estrógenos , el epitelio de la mucosa vaginal se atrofia. La consecuencia inmediata es que la mucosa se hace delicada , se escoria con facilidad y puede llegar a producir irritación durante las relaciones sexuales (dispareunia). La mucosa atrófica se defiende muy mal contra las infecciones y gérmenes ambientales, gérmenes saprofitos se convierten en la

causa de numerosas infecciones vaginales en las mujeres de 60 o más años; también son frecuentes las vaginitis en las que no se detectan gérmenes patógenos y que son producidas por gérmenes oportunistas.

Endometrio

BOTELLA y NOGALES investigaron la situación de los endometrios de mujeres menopausicas mediante biopsias de útero encontrando que este tejido también se atrofia cuando esta presente la atrofia vaginal. De igual forma, en presencia de abundancia de estrógenos en la vagina, el endometrio muestra hiperplasia⁷.

La disminución de los estrógenos producida por la menopausia produce una atrofia de la vagina y del endometrio, una reducción en el tamaño de útero, ovarios sin folículos y, una atrofia mamaria finalmente⁹.

Un problema relativamente frecuente en esta edad de la vida del que, sin embargo existen pocos datos en la literatura médica, es el prolapso de útero. Consiste en un útero que se hernia y se sale de la vagina. El prolapso de útero había sido relacionado siempre con lesiones en los músculos perineales ocasionados por desgarros en el momento del parto, causa que se sabe no es única.

El aparato urinario

⁷ http://www.igb.es/menopausia/Cap3_2.htm. Recordatorio. España. 2.000.

⁹ http://www.igb.es/menopausia/Cap3_2.htm. Recordatorio. España. 2.000.

Los trastornos del aparato urinario son muy frecuentes y también benignos.

Dentro de estos están:

- Disuria (molestia al orinar) que muchas mujeres confunden con cistitis.
- Incontinencia urinaria
- Cistitis.

En la vejiga existe una zona llamada “trígono vesical” ubicada en la vejiga en su cara interna que linda con el útero y que tiene un origen embriológico común con la vagina. Esta zona tiene en la mujer joven un movimiento cíclico paralelo a la

función del ovario. El profesor Cifuentes (urólogo español) descubrió que en el trígono existen células que contienen glucógeno igual que en el epitelio que tapiza la vagina. Cuando se atrofia la vagina, el trígono también se atrofia y se hace irritable y sensible. Los gérmenes que pueden haber en la orina atacan más fácilmente al trígono, originando cistitis (esta molestia desaparece con la administración de estrógenos).

La incontinencia se relaciona al debilitamiento de las paredes vesicales, debilitamiento ocasionado muy probablemente por la falta de estrógenos.

La piel

El epitelio de la piel es muy similar al de la vagina, solo que el primero tiene una capa superficial de células queratinizadas, lo que hace que después de la menopausia experimente un adelgazamiento como sufrido por la vagina.

Además, la dermis que también es estimulada por los estrógenos sufre una disminución junto con la epidermis, de aquí que se producen las arrugas.

El aparato circulatorio

Dentro de esta clasificación de las molestias de la menopausia encontramos:

Sofocos: Son muy frecuentes en la menopausia y en vez de ir aumentando de intensidad como ocurre con otros síntomas, estos van disminuyendo paulatinamente hasta desaparecer espontáneamente al cabo de unos años.

Los sofocos son en parte trastornos circulatorios, son también fenómenos de vasodilatación de los capilares y arteriolas cutáneas acompañados de un enrojecimiento y calentamiento de la piel (son de origen nervioso y endocrino) y son también de origen psicossomático, parcialmente. La característica de estos sofocos es que es un enrojecimiento de la piel que afecta la cara y/o la mitad superior del cuerpo, además suele estar acompañado de sudoración y hasta taquicardia, suele durar desde un par de minutos hasta media hora.

Se producen por la disminución de estrógenos, lo que va a aumentar la liberación de neurotransmisores, específicamente las endorfinas, que actúan a tres niveles (centro termoregulador, centro del sofoco y excitación del hipotálamo).

Enfermedad coronaria

En la mujer la enfermedad coronaria sólo se empieza a observar cuando llega la menopausia. Hoy sabemos que los estrógenos protegen a la mujer contra el infarto de miocardio.

Otras afecciones cardiovasculares

Hay dos tipos de hipertensión: la sistólica (casi siempre debida a una esclerosis vascular, se asocia a fenómenos de arteriosclerosis) y la diastólica (que se debe a un desarreglo del proceso básico de regulación de la presión arterial). Esta última también es conocida como hipertensión esencial.

La hipertensión en la menopausia es un fenómeno difícil de clasificar.

Trastornos venosos

Los más frecuentes en mujeres menopausicas son: trombosis, várices y flebitis.

5.1.6.2. Aspectos psicológicos de la menopausia

El significado y la forma de afrontar la menopausia varía mucho de una mujer a otra. Para algunas es solo un cambio en el ritmo de su vida, para otras es difícil de superar pero con el tiempo llega a ser manejable y para otras puede presentar un cambio de características devastadoras tanto en el plano físico como en el psicológico.

Además, hay que tener en cuenta que si hay variaciones en la intensidad de los síntomas, también las hay en tanto a la relación de edad y aparición de esta.

La vida de la mujer esta llena de cambios físicos, psicológicos y sociales (infancia-adolescencia) pero la menopausia a pesar de tener unos cambios naturales y predecibles es tomada como una etapa verdaderamente difícil, ya que el enfrentarse con algo desconocido, diferente y nuevo, despierta temores que unido a ideas culturales tales como que la menopausia hace a las mujeres irritables, malgeniadas, histéricas, depresibles y frívolas, acentúan más las molestias y acrecenta los temores; por lo que al tener un conocimiento real y orientado sobre si misma y su proceso natural hace que la mujer lo haga más llevadero.

Debemos tener en cuenta que si todo en la naturaleza está sujeto a cambios, ¿por qué la mujer debe ser la excepción?, mejor se debe pensar que los cambios son los que realmente llevan a evolucionar, por lo tanto la menopausia, a pesar que hace sentir que se envejece, se deprime, y a la mujer la hace menos atractiva, es tal vez el mejor momento para conocerse interiormente y que no solo este cambio es lo que nos causa malestar, sino que hay muchos factores externos que provocan molestias y que aunque siempre han estado allí no se ven y se recurre a la eterna culpable que es la “menopausia”.

Las hormonas de las que se habla anteriormente participan también en un gran número de funciones diferentes a las sexuales y reproductivas, por ejemplo influyen en el metabolismo de los huesos, músculos y piel. Así mismo gracias a sus efectos sobre el cerebro estas hormonas influyen en buena

medida sobre el comportamiento de la mujer.

Los trastornos psíquicos y psicosexuales en la menopausia son un tema de polémica que anteriormente era considerado desde el punto meramente psicológico, más exactamente Freudiano, pero desde la década de los 70, se han empezado a descubrir los mecanismos bioquímicos, a nivel molecular, del sistema nervioso que explican una gran parte de los instintos y las emociones.

La vida media ha aumentado desde el siglo XVI (30-35 años) hasta nuestros días (sobrepasa los 80 años).

Hasta 1800 las mujeres morían antes de la edad de la menopausia, por lo que simplemente no habían menopáusicas. Pero a partir de mediados del siglo XIX la vida media comienza a superar los 50 años de edad y empieza a tener importancia el número de mujeres que han tenido la menopausia y siguen viviendo. Junto al aumento en el número de mujeres postmenopáusicas ha ido aumentando también el interés por el tema y el número de consultas especializadas. Esto, también a generado un cambio en la actitud frente a la menopausia, ya que antiguamente a la mujer que se le retiraba la regla se consideraba como muy anciana y no prestaba mayor importancia a este hecho. Pero hoy día dado que la mujer vive más tiempo y en condiciones aceptables de vida en la postmenopausia, le ha dado una visión fatalista a este “accidente”, lo que genera unos cambios psicológicos que antes no existían.

Los sentimientos encontrados que genera en la mujer el hecho de que ya no

puede quedar embarazada, viendo disminuida su feminidad, contrapuesta a la seguridad de que puede tener relaciones sexuales sin consecuencias crea un sentimiento extraño e inexplicable. Nace también una sensación de decadencia de su feminidad, la que va a provocar una serie de síntomas psicosomáticos los que se dan independientemente de el hecho de que la mujer tenga o no hijos, mantenga o no relaciones sexuales.

Hay que tener cuidado de no cometer algunos errores, como pensar que la menopausia es la causante de convertir a las mujeres en personas irritables, que acaba con el deseo sexual, que las mujeres se vuelven histéricas, neuróticas o enloquecen, o que definitivamente se convierten en depresivas.

Es por eso que si las mujeres aprenden a conocer su cuerpo y su mente la menopausia no hará pensar que definitivamente el mundo se derrumbará, que la menopausia es un proceso natural y normal, no una “enfermedad”, lo que finalmente la llevara a verla de una forma optimista al comprender que es un proceso gradual de carácter biológico y psicológico.

Algunos factores generadores de estrés suelen generar síntomas que los relacionamos y confundimos con factores físicos. Dentro de los más frecuentes están:

- “Síndrome de nido vacío”. Cuando los hijos se van, cuando aparece el agotamiento profesional y/o el divorcio.
- La jubilación. Viene acompañado generalmente con un periodo económicamente difícil.

Estos aspectos, como se dijo anteriormente, pueden generar estrés y depresión que van a ocasionar síntomas físicos y/o emocionales como el agotamiento, la depresión, el insomnio, la irritabilidad, etc.

Por eso la importancia del autoconocimiento del que se hablaba anteriormente, porque la mujer vea la menopausia como la etapa donde puede dedicar más tiempo a sus propios intereses, a informarse de lo que le esta o puede suceder durante este proceso, al autocuidado. Este autoconocimiento a su vez va a evitar que la mujer se aíse o introyecte sus temores y dudas.

Síntomas psíquicos y psicósomáticos

- Sofocos: quizá los más frecuentes. En parte son de origen psíquico y en parte por fenómenos circulatorios.

- Trastornos del apetito: Son también muy frecuentes, aunque para muchas mujeres pasan desapercibidos, puede existir un deseo por comer más, o por el contrario, puede manifestarse en una anorexia la que puede ser natural o simplemente ser impuesta por el deseo de mantenerse a la moda (delgada).

- Alcoholismo: es muy raro en esta etapa, pero se presenta ya sea por ansiedad o temores reprimidos.

- Tabaquismo: Tiene un aumento bastante notorio en esta edad de la vida.

- Trastornos del sueño: Aunque el sueño disminuye con la edad, algunas

mujeres presentan un insomnio patológico, por lo que es un trastorno bastante frecuente. La melatonina es una hormona secretada por la epífisis o glándula pineal (ubicada en la parte posterior del tercer ventrículo), también se produce en todo el sistema nervioso, particularmente en el S. Límbico, la que desde los 20 años aproximadamente empieza a experimentar un descenso paulatino y que es progresivo a lo largo de la vida. Esta hormona se produce en su mayoría durante la noche, en el descanso, de aquí que se podría explicar el insomnio, la anorexia y la depresión.

- Cambios de carácter: Irritabilidad, sensación de melancolía, esta última generalmente ligada a una depresión. La depresión, hoy en día se sabe que es un trastorno bioquímico (aumento de la serotonina).

- Cansancio, fatiga, cefaleas: son muy frecuentes.

- Disminución y hasta pérdida de la libido: Se puede considerar como un síntoma sexual.

En resumen, se podría hablar de los síntomas probables de la menopausia, así:

Dolor de cabeza

Perdida de memoria

Insomnio

Depresión

Ansiedad

Mareos – Vértigos

Angustia

Falta de concentración

Oleadas de calor

Desmayo

Sudoración	Palpitaciones
Aumento de peso	Sofocos
Dolores óseos	Sequedad vaginal, dispareunia.
Calambres	Cansancio físico
Descenso uro-recto-vaginal	Osteoporosis
Arteriosclerosis, infarto, angor, hipertensión arterial (sistema cardiovascular).	
Y, a nivel de mamas se produce flacidez, cambio en el tamaño.	

Con el paso del tiempo aparecen y son evidentes los cambios a nivel genito urinario, como:

Pérdida de la menstruación y capacidad de producción de óvulos

Pérdida del vello púbico

Disminución del monte de Venus

Infecciones vaginales

Incontinencia urinaria

Infecciones urinarias

Atrofia vaginal.

5.1.7. Tratamiento de la menopausia

El tratamiento de la menopausia, no esta orientado a evitar la llegada de esta etapa, sino a disminuir las molestias que esta puede provocar y los factores de riesgo de adquirir las patologías que se presentan en ésta misma.

El tratamiento no es solo de carácter médico, pues como se dijo anteriormente la búsqueda de soluciones hace parte del autocuidado de la salud, el que está

orientado por la cultura o los saberes populares.

5.1.7.1. Tratamiento médico de la menopausia

Toda mujer menopausica, o que se encuentre en la etapa de transición, debe ser sometida a valoración médica. Usualmente se requiere de los siguientes exámenes para poder indicar tratamiento hormonal:

Historia clínica y examen físico

Citología Vaginal

Mamografía

Exámenes de laboratorio generales

Otros a criterio médico

Adicionalmente se sugiere la densitometría ósea¹⁰.

La menopausia provoca un déficit estrogénico que, a su vez, da lugar a un aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares y a una pérdida acelerada de masa ósea. La principal causa de mortalidad femenina en el mundo occidental es la enfermedad cardiovascular.

La administración continuada de estrógenos aumenta el riesgo de producción de dos tipos de tumores: el cáncer de endometrio y sobre todo el cáncer de mama. Se sabe que en estos dos tipos de tumores, están muy aumentados los receptores estrogénicos. Para evitar el aumento en la incidencia de carcinoma, se administran algunos derivados de la progesterona, los que impiden que los

¹⁰ <http://www.unizar.es.gine.home.htm>. Efectos del ciclo Menstrual en la Fisiología de la Mujer. España. 2000.

estrógenos se unan a sus receptores. El problema se puede complicar grandemente pues algunos de estos derivados anulan el efecto de los estrógenos sobre las lipoproteínas. Se sabe que los gestágenos se oponen a la acción que tienen los estrógenos sobre los lípidos bajando las HDL.

El THS (tratamiento hormonal sustitutivo) conlleva tanto beneficios como riesgos, que incluyen la disminución de la posibilidad de sufrir osteoporosis y enfermedades cardiovasculares que deben sopesarse con un ligero incremento del riesgo de cáncer de mama y de tromboembolismo venoso. Globalmente, la mortalidad entre mujeres tratadas con THS es menor que entre las no tratadas. Aunque se conocen bien estos beneficios, el cumplimiento del tratamiento es, en general, pobre, pocas mujeres lo siguen durante más de un año. Las mujeres abandonan el THS por los efectos secundarios, problemas de sangrados, y por miedo al cáncer de mama.

Ya hace unos 15 años que se llamó la atención sobre el peligro de la cancerización de mujeres que estaban tomando estrógenos durante largas temporadas, hasta el punto en que incluso en los prospectos de los preparados comerciales de estrógenos se indica que hay un cierto riesgo de cáncer.

Para evitar el riesgo de cáncer, se vio inmediatamente que había que hacer lo que hace la naturaleza en la madurez sexual de la mujer. La mujer, desde los 13 a los 50 años esta continuamente produciendo estrógenos, pero esta producción esta alternada con la producción de la otra hormona del cuerpo amarillo, la progesterona. Se vio en seguida que en la THS, - Tratamiento hormonal durante largas temporadas en mujeres menopausicas - no había que

administrar solo estrógenos, sino asociados a la progesterona. Igualmente se comprobó hace años que pasaba lo mismo con las píldoras contraceptivas, las que para que no produjeran efectos negativos y fueran bien toleradas era necesario asociarlas con progesterona. Es así que los gestágenos o esteroides C-21 se han asociados para el tratamiento de la menopausia.

La progesterona natural presenta los mismos problemas que el estradiol, es decir es rápidamente destruida por el hígado. La progesterona en el organismo se transforma en 17-hidroxiprogesterona, sustancia inactiva que sirve como precursora de las hormonas de la corteza suprarrenal las que luego se eliminan en la orina como pregnandiol, que también se produce a partir de la 17-hidroxiprogesterona.

Para evitar la destrucción en el hígado de la progesterona y permitir su administración por vía oral se han desarrollado varias moléculas, como el acetato de medroxiprogesterona (MPA) la que quizá con mayor frecuencia se asocia a los estrógenos para el tratamiento de la menopausia.

Aunque los estrógenos y la progesterona debe usarse siempre asociada en todos los tratamientos hay casos en que se deben emplear de manera distinta.

Otro tipo de progestágenos que se pueden utilizar son derivados de la testosterona.

Recientemente, un grupo de investigadores han lanzado la idea de que hay que asociar los estrógenos no a la progesterona sino a los andrógenos,

desarrollando un compuesto la tibolona, que tiene propiedades estrogénicas y androgénicas. Por sus propiedades estrogénicas previene de la enfermedad coronaria, mientras que por sus propiedades androgénicas, previene de la osteoporosis. La última moda en la terapia hormonal sustitutiva consiste pues en asociar estrógenos y andrógenos o bien utilizar compuestos como la tibolona que tiene una acción dual¹¹.

La progesterona se transforma en androstendiona, andrógeno precursor de la testosterona que mediante un cambio muy sencillo se transforma en estrona y estradiol, transformación que tiene lugar en el panículo adiposo de la mujer menopáusica.

El tratamiento hormonal sustitutivo no es indispensable en todas las mujeres, ya que se ha visto en estudios anteriores que aproximadamente un 52% de las mujeres la necesitan, un 32% no lo requiere y un pequeño grupo del 17% lo necesita de forma esporádica.

La forma más clara para definir que mujeres se puede beneficiar con este tratamiento sería determinando los niveles de estrógenos en plasma en donde si la mujer presenta menos de 30-40 pg/ml de estradiol, si necesitara la sustitución hormonal, si está alrededor de los 50 pg/ml lo necesitará a temporadas, pero si está por encima de 50 pg/ml no tendrá necesidad de ningún tipo de tratamiento. Hay que tener en cuenta que el análisis de los valores de estrógenos es algo costoso.

¹¹ http://www.igb.es/menopausia/Cap10_1.htm. Recordatorio. España. 2000.

El examen de frotis vaginal que se debería hacer en toda mujer menopáusica sería una buena opción sino se limitara solo a una lectura oncológica y/o bacteriológica, sino que se hiciera una lectura hormonal, la que consiste contar 100 o 200 células y determinar cual de ellas son cariopícnóticas, en donde si el índice cariopícnótico está por debajo del 40%, se debe hacer administración de estrógenos, si está entre 40 y 60% la terapia que requiera será temporal, pero si está por encima del 60% la mujer no requiere ningún tratamiento y además de esto la administración de la estrógenos puede ocasionar problema neoclásicos.

5.1.7.1.1. Medicamentos utilizados y dosis

Algunas mujeres recurren a tratamiento médico, donde a algunas de ellas se les recomienda el tratamiento hormonal sustitutivo, el que según el criterio médico ya las necesidades de cada mujer se les puede manejar con las siguientes presentaciones:

Para el tratamiento de los sofocos los médicos recomiendan el uso de estrógenos, gestágenos, Clonidina y Naloxona.

Dentro de los estrógenos más recomendados están:

- Etinilestradiol 0,2 a 0,5 mg/día.
- Valerianato de estradiol 0,5 a 1,5 mg/día.
- Sulfato de estrona 0,6 a 1,25 mg/día.
- Estradiol micronizado (2 mg), parche transdérmico que dura más o menos 1 semana.

Clonidina: paraliza el eje hipofiso – talámico, por lo tanto bloquea la producción de adrenalina.

Naloxona: Actúa a nivel de los receptores opiáceos del cerebro, impidiendo que las endorfinas se fijen a los mismos.

5.1.7.1.2. Beneficios del tratamiento hormonal sustitutivo

Los beneficios en cuanto al alivio de los sofocos y los sudores nocturnos, así como la mejoría en las molestias urogenitales relacionadas con el envejecimiento, son evidentes.

Se han encontrado otros beneficios. Existen evidencias crecientes de que las mujeres que siguen el THS presentan menor riesgo de desarrollar cáncer de colon. Además, el THS puede ayudar a la cicatrización de heridas. También puede mejorar el equilibrio implicado en la producción de fracturas. Estudios prospectivos en mujeres con menopausia natural, quirúrgica o inducida con análogos del factor estimulador de gonadotropinas (GnRH) sugieren que los estrógenos ayudan a mantener la memoria verbal y mejoran la capacidad de aprendizaje, mientras que otras funciones cognitivas, como la memoria visual, no se ven afectadas.

En general, se podría hablar de que las tres ventajas más notorias son la posible reducción del riesgo de padecer osteoporosis, la eliminación de los bochornos y sudores asociados a la misma y la reducción de la resequedad

vaginal.

5.1.7.1.3. Riesgos del tratamiento hormonal sustitutivo

Sin lugar a dudas, los estrógenos (sin progestágenos) aumentan el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer, por lo tanto, no deberían usarse en mujeres no hysterectomizadas.

Este tratamiento esta contraindicado en trombosis, várices y flebitis.

El cáncer endometrial, es el tumor maligno más frecuente, generalmente se produce en mujeres entre 55 y 70 años de edad. Los factores asociados al desarrollo de este cáncer son la obesidad, hipertensión, diabetes, antecedentes de infertilidad, falta de ovulación y terapia prolongada de estrógenos.

El cáncer de cuello uterino constituye la primera causa de cáncer en Colombia en general y la primera en mujeres. En el Instituto Nacional de Cancerología, continua siendo la primera causa de cáncer tanto en el grupo de mujeres como al reunir ambos sexos; con 691 casos nuevos represento el 16.4% del total en 1999 (16.8% en 1998) y el 26.8% de los casos en el sexo femenino (26.8% en 1998), es decir que su participación porcentual no ha sufrido modificación, aún cuando se disminuyo el total de casos atendidos en 16.5% con respecto al periodo anterior.

El promedio de edad fue 49.5 años. El 39% de los casos provienen de Santafé de Bogotá que junto con el departamento de Cundinamarca, reúne más de la

mitad de la población (54.9%). Departamentos con facilidad de acceso al instituto, como Tolima, Boyacá y Meta suman un 18.3% adicional, sin embargo el Meta tiene un bajo porcentaje de pacientes (3%), contrario al Huila que aporta similar número de pacientes a Boyacá (6.7 y 6% respectivamente)¹².

El cáncer de mama es la neoplasia femenina más frecuente, de hecho las mujeres de 50 años presentan un 10% de posibilidad de desarrollar uno en los años siguientes. Los tratamientos cortos no parecen aumentar el riesgo de cáncer de mama.

Entre las mujeres de todas las edades, este cáncer es la segunda causa de mortalidad.

Todas las mujeres tienen un cierto riesgo de padecer este tipo de cáncer, pero la mujer que tiene un mayor riesgo es aquella con antecedentes familiares o personales, menarquía precoz o menopausia tardía; el riesgo también aumenta con la edad, siendo más frecuente después de los 50 años de edad, en mujeres con tratamientos prolongados con estrógenos, entre otros (consumo de grasa y alcohol).

El cáncer de seno sigue siendo la segunda patología dentro del grupo de cánceres en el grupo de las mujeres, en Colombia constituye la tercera causa de cáncer en general y la segunda en mujeres. Con 463 casos nuevos representó el 11% del total en 1999.

¹² REGISTRO INSTITUCIONAL DE CANCER. Subdirección General de Investigación. Instituto Nacional de Cancerología. Colombia. 1999. p. 16.

El promedio de edad fue 53,06 años. Los casos en menores de 50 años representan el 48,8%, lo que probablemente indica una elevada proporción de mujeres premenopausicas.

El 47% de los casos provienen de Santafé de Bogotá que junto con el departamento de Cundinamarca reúne más de la mitad de la población (63,4%). Departamentos con facilidad de acceso como Tolima, Boyacá y Meta, suman un 13,3% adicional, sin embargo el Meta tiene un bajo porcentaje de pacientes (3,4%), contrario al Huila que aporta similar número de pacientes a Boyacá (6,4 y 6,6% respectivamente)¹³.

Dentro de las desventajas del tratamiento hormonal sustitutivo tenemos el incremento en el riesgo de presentar una enfermedad cardiaca y embolia, incremento en el cáncer de mama, incremento del riesgo de enfermedad de la vesícula biliar, crecimiento acelerado de fibromas uterinos, dependencia de las hormonas y la continuación o reanudación de los periodos menstruales en mujeres que no han sido hysterectomizadas.

5.1.7.2. Tratamientos alternativos

Sylvia Marcos, psicoterapeuta e investigadora mexicana, desde 1970 estudia la situación de las mujeres y plantea que la medicina popular responde a principios diferentes a los de la medicina moderna. El cuerpo y el entorno natural y social, para la medicina popular, forman un conjunto armónico, cuyas partes no son aislables¹⁴.

¹³ REGISTRO INSTITUCIONAL DE CANCER. Op., cit. P. 22.

¹⁴ MARCOS, Sylvia. Red de Salud. "Conocimiento y Curación". 1992. p. 55.

Hoy día esta de moda establecer grupos de auto – ayuda para casi todo tipo de problema, pero la sociedad aparentemente sigue muy orientada hacia la juventud para que las mujeres consideren que necesitan ayuda debido a “problemas” de la edad madura.

Se ha encontrado muy poca bibliografía en cuanto a los cuidados alternativos que utilizan las mujeres en la etapa de la menopausia para disminuir las molestias que esta les pueda provocar.

Para disminuir la depresión, el cansancio y la irritabilidad se aconseja el consumo de :

- Vitamina B6, que se encuentra en el pan integral, en la levadura, en las nueces, en el germen de trigo, en la carne y el salvado.

Para prevenir la osteoporosis es recomendable el consumo de:

- Calcio, que se encuentra en la leche y sus derivados, en el pescado, en huevos, pan integral y blanco, en frutos secos, en naranjas, verduras y hortalizas.

- Vitamina D, que se encuentra en la mantequilla, en el aceite de hígado de bacalao y la yema del huevo.

Para disminuir los bochornos.

- Se debe evitar el curry, las comidas picantes y el alcohol.
- Se debe practicar la respiración profunda y la relajación.

- Se debe utilizar prendas de algodón y evitar las de nylon.
- Consumir alimentos con vitamina E. Ésta vitamina la podemos encontrar en la mantequilla, en el aceite de trigo, en el huevo, en la soya, el maní y el coco.
- Infusiones de romero y de hojas de ruda.

Para los “problemas” sexuales.

- Utilizar jaleas, preferiblemente a base de agua, estas jaleas las podemos adquirir en las farmacias.

Para los sudores nocturnos.

- Infusiones de salvia

Para el insomnio.

- Infusiones de tila, de hojas de naranjo, de manzanilla, de lavanda, de azahar, valeriana, melisa y menta.

Para la depresión.

- Infusiones de melisa, de verbena.
- Extracto de ginseng, de valeriana, de romero, de lúpulo y de hojas de ruda.

En general:

- El aceite de Onagra, que parece actuar sobre todos los síntomas.

- Infusiones de valeriana, tila, camomila, ruda, lúpulo, romero.
- Disminuir los excitantes como el café, el té, el alcohol y el tabaco.
- Practicar la relajación, el ejercicio, la vida al aire libre.
- Mantener una dieta sana, pobre en grasa e hidratos de carbono.
- Mantener una vida plena.

Y los grupos de apoyo para mujeres, donde puedan hablar con otras mujeres sobre sus dudas y experiencias frente a la menopausia.

Desde hace 13 años (a la actualidad) en Santiago de Chile el Centro de Desarrollo de la mujer, DOMOS, realiza talleres destinados a mujeres interesadas en el tema de la menopausia. A estos talleres asisten mujeres de 40 a 52 años de edad en promedio, e incluso de 35, que son las que quieren prepararse física y psicológicamente para la llegada de esta etapa.

5.2. MARCO CONCEPTUAL

CULTURA: Es el resultado de cultivar los conocimientos humanos y de afinar las facultades intelectuales del hombre ejercitándolas. Es el fondo permanente de la civilización humana, caracterizado por la universalidad, en orden al espacio y por la tradición, en orden al tiempo.

SALUD: No es la ausencia de enfermedad o proceso patológico, sino el equilibrio de los seres vivos, lo cual va a proporcionar un bienestar general.

CONDUCTAS: Parte o manera con que los hombres gobiernan su vida y dirigen sus acciones.

REGLAS: Estatuto, constitución o modo de ejecutar una cosa.

NORMAS: Regla que se debe seguir o a la que deben ajustarse los actos u operaciones.

LEYES: Cada una de las reglas generales e invariables que rigen determinados fenómenos naturales.

RELIGIÓN: Conjunto de relaciones que el hombre establece entre él y una realidad sobrenatural (divinidad) a la que se siente ligado en algún sentido. Comprende desde el conjunto de creencias o dogmas que constituyen la base teórica de cada cual hasta las normas de conducta individual y social que se

consideran necesarias para manifestar el reconocimiento de la superioridad divina (culto).

MENSTRUACIÓN: Fenómeno fisiológico del ciclo sexual femenino, caracterizado por la pérdida periódica de mucosa uterina con flujo sanguíneo.

MENOPAUSIA: Es el cese del funcionamiento del ovario, e incluso es el único cese conocido del funcionamiento de una glándula endocrina en el cuerpo humano; con la desaparición del ciclo menstrual, la menopausia no tiene otra consecuencia que la de poner punto final a las aptitudes para la maternidad. Es un proceso fisiológico y psicológico que afecta el ámbito integral de la mujer.

CLIMATERIO: Época de la vida en que cesa la actividad de las glándulas sexuales. En la mujer de los 45 a los 50 años; en el hombre, en edad más avanzada. Época de la vida, acabando ya el periodo de actividad sexual en el hombre y la mujer, que hay una progresiva declinación de todas las funciones (fisiológicas y sexuales).

HORMONAS: Sustancia secretada por una glándula, u obtenida sintéticamente, que entra en la circulación sanguínea y actúa sobre un órgano o estructura. Producto de la secreción de las glándulas endocrinas. Las que influyen sobre todas las funciones del organismo, cuya actividad regulan. Desde el punto de vista químico se dividen en: proteicas (insulina, ACTH, Occitocina), fenólicas (adrenalina, tiroxina) y esteroides (andrógenos y hormonas de la corteza suprarrenal). Las hormonas conocidas son: la

somatotropina o STH, la foliculoestimulante o FSH, la luteinizante o LH, la luteotrópica o LTH y adrenocorticotropina o ACTH producidas por el lóbulo anterior de la hipófisis; la epifisiaria, producida por la epífisis, la tiroxina producida por la tiroides; la timocrescina producida por el timo; la insulina y el glucagón, producidas por el páncreas. Las hormonas sexuales femeninas producidas por los ovarios; las hormonas sexuales masculinas, producidas por los testículos.

CREENCIAS: Es el firme asentimiento con alguna cosa, es cuando se le da por completo crédito a un hecho o conocimiento.

TRADICIÓN: Transmisión, generalmente oral, efectuada de generación en generación, de hechos históricos, doctrinas, leyes, composiciones literarias y costumbres.

SABER: Es el conocimiento que se tiene sobre algo y/o en función de algo, el cual puede ser creado espontáneamente o transmitido de generación en generación.

ALTERNATIVAS: Opción de escoger o decidirse por algo entre dos o más cosas u opciones.

ALTERNATIVAS DE SALUD: Son las diferentes opciones que se tienen en cuenta para mantener la salud, estas pueden ser naturales, basándose en plantas, hierbas, frutas; prácticas esotéricas, con lectura de cartas, velas,

baños purificadores; científicas y tecnológicas, con rayos X, medición sintética.

AREA URBANA: Hace referencia a la ciudad, a lo céntrico en una determinada zona, con sus características demográficas y culturales establecidas.

AREA RURAL: Es lo perteneciente o relativo al campo, sus labores y creencias.

RECREACIÓN: Es la acción y el efecto de crear o producir algo nuevo o divertido para alegrar, divertir, etc., lo que brinda un cambio de ambiente.

DESCANSO: Hace referencia al cese de actividades comunes para producir un cambio de en la cotidianidad.

CICLO VITAL: Nos refiere las diferentes etapas o procesos evolutivos a los que todo ser vivo e inerte están expuestos, según unas determinadas características como lo son la edad, procesos hormonales y fisiológicos y el medio ambiente.

CALIDAD DE VIDA: Es tener unas condiciones aceptables para nuestro desarrollo personal y social que van a estar determinadas por factores sociales, culturales, económicos y físicos.

AUTOCUIDADO: “El autocuidado de la salud consiste en todas las medidas y decisiones que adopta una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su propia enfermedad: Todo comportamiento personal dedicado a mantener y mejorar la salud y en la decisión de utilizar tanto los sistemas formales como informales de salud” (Concepto O.P.S.).

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1. **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** Este trabajo pertenece al área de investigación profesional en la línea del ciclo vital a nivel individual y familiar.

6.2. **TIPO DE ESTUDIO:** El tipo de estudio a utilizar en esta investigación es el descriptivo ya que la pretensión inicial es delinear las creencias, saberes y alternativas de salud frente a la menopausia para lograr una integralidad en el manejo de la misma.

6.3. **UNIVERSO DE LA INVESTIGACIÓN:** Las 200 mujeres entre 40 y 65 años de edad que habitan en el barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja.

6.4. **MUESTRA:** Se tomo como muestra de la investigación al 50% de la población total de mujeres entre 40 y 65 años de edad que habitan el barrio El

Consuelo de la ciudad de Tunja. Esta muestra se tomó al azar, y teniendo en cuenta la disponibilidad para participar en el estudio.

6.5. FUENTES DE INFORMACIÓN:

6.5.1. Primarias: Encuesta semiestructurada.

6.5.2. Secundarias: Material bibliográfico.

6.6. INSTRUMENTO. El instrumento utilizado para la recolección de la información es una encuesta con 16 ítems, tocando los aspectos referentes a información general, saberes, creencias y tratamiento que le dan a la menopausia. (Anexo A).

6.7. RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE INFORMACION

Se entregaron 100 encuestas semiestructuradas a 100 mujeres del barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja, utilizando el método de azar.

De estas 100 encuestas 78 fueron diligenciadas y devueltas a las investigadoras, las 22 restantes por razones desconocidas no fueron devueltas.

La información fue sistematizada a través del software SAS y con ayuda del

programa EXCEL.

6.8. VARIABLES: Las variables de relevancia que se tuvieron en cuenta para la realización de esta investigación fueron la socio demográfica (edad, estado civil, escolaridad, procedencia), y la cultural (creencias, saberes y alternativas).

6.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: se realizaron a través del cruce de las variables enunciadas anteriormente y teniendo en cuenta las dimensiones consideradas relevantes para dar solución al objetivo de ésta investigación.

6.10. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN: Para la realización de esta investigación se dio una información detallada a la población objeto del estudio sobre la pretensión de dicha investigación, y la participación fue voluntaria.

Se les garantizó absoluta reserva en cuanto a los datos personales dados a las investigadoras, y la información pertinente sobre los resultados de dicho estudio fueron dados a conocer a la población objeto de la investigación por medio de un plegable. (Anexo B).

7. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para ubicar en el espacio a los lectores de este trabajo de investigación se realiza a continuación una breve descripción del barrio y su población.

Algunas de las características de la población en general, responden a una clasificación en estrato 3 (DANE), el que corresponde a un nivel socioeconómico medio-medio, donde las familias poseen una escolaridad que va desde primaria hasta universitaria y cuyo número de integrantes ocasionalmente supera seis miembros.

“Este barrio se inició a construir en el año de 1970 por una compañía de ingenieros, “ Compañía Martínez y Montañés”, esta construcción inicialmente se proyectó como conjunto cerrado, por lo que solo se planeó la construcción de una manzana, denominada actualmente manzana “A”, pero el proyecto se fue ampliando paulatinamente, hasta llegar a ser lo que es hoy en día, es decir cuatro manzanas con la adhesión de la zona del terminal”^{*}.

Las casas no tienen un patrón establecido en cuanto a número y modelo de la vivienda que va de manzana a manzana, pero sí se sigue una serie de características de las casas por manzana.

^{*} Entrevista con Sergio Becerra, habitante del barrio El Consuelo desde 1972. Tunja, julio 13 del 2001.

Estas casas fueron negociadas con el Instituto de Crédito Territorial, quienes las entregaron luego a sus posibles dueños como hipotecadas. Lo que hizo que el costo fuera relativamente bajo para esa época, más o menos a un valor de \$85.000 y con cuotas fijas. Todas estas facilidades de pago, sumadas a que estas viviendas contaban ya con todos los servicios públicos, llamó mucho la atención a personas que vivían en diferentes zonas de la ciudad de Tunja, y también a otras que venían de fuera y que deseaban tener su propia casa.

La procedencia de los habitantes se manifiesta tanto del área urbana como la rural, predominando en un mayor porcentaje ésta última. Dichas personas llevan mucho tiempo viviendo en la ciudad de Tunja, lo que hace que esta población comparta gustos similares en cuanto a recreación y descanso por lo que programan actividades de integración como: campeonatos de microfútbol, voleibol y baloncesto, en fechas especiales la comunidad en su mayoría, se reúne en el salón comunal para programar actividades de sano esparcimiento como son novenas de aguinaldos y reuniones de carácter social y político.

Las mujeres entre 40 y 65 años de edad que viven en el barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja, que son la base de esta investigación proceden de diferentes regiones del país, lo que permite que aquí se concentren diferentes tipos o clases de culturas y por tanto de alternativas de salud frente a la menopausia.

Los datos presentados a continuación en cuadros, son los correspondientes a la información recolectada a través de la Encuesta aplicada a las mujeres de 40

a 65 años de edad que habitan en el barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja arrojando los siguientes datos:

7.1. PERFIL SOCIO DEMOGRAFICO

Cuadro 1. Distribución de la población por grupos etáreos

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
40-45 Años (premenopausia)	16	20.5%
46-55 Años (menopausia)	32	41%
56-65 Años (postmenopausia)	29	37.2%
NS/NR	1	1.3%
TOTAL	78	100%

Fuente de información: Encuestas

Para lograr hacer una caracterización confiable del grupo de mujeres que habita en este barrio, se han tomado tres rangos de edad, los que hacen referencia al periodo de la premenopausia (40 a 45 años), la menopausia (46 a 55 años) y la postmenopausia (56 a 75 años), que son el grupo etareo objeto de esta investigación. Del total de mujeres encuestadas, el 20% están ubicadas dentro del rango de edad de mujeres premenopausicas, el 41% en el periodo de la menopausia y un 37% al grupo de mujeres postmenopausicas ; lo que indica que la mayoría de mujeres de 40 a 65 años de edad se encuentran en plena etapa de menopausia, es decir que están vivenciando los posibles síntomas que se pueden presentar durante este periodo, y por tanto se genera

la búsqueda de alternativas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida que este grupo de mujeres tiene. (Véase figura 1).

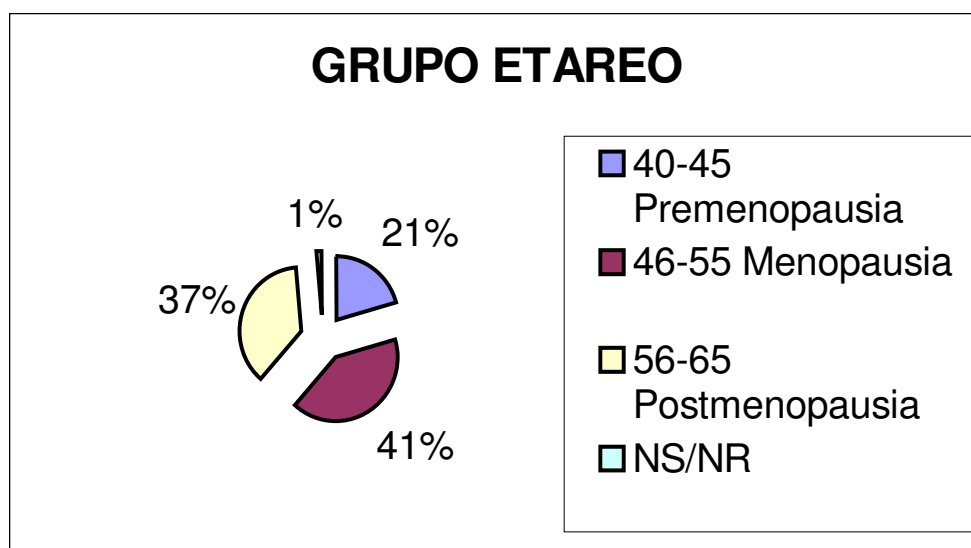


Figura 1. GRUPOS ETAREOS

Cuadro 2. Ocupación

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	36	46%
Comerciante	12	15.4%
Empleada oficial	8	10.3%
Secretaria	5	6.4%
Pensionada	6	7.7%

Educadora	8	10.3%
Auxiliar de enfermería	1	1.3%
NS/NR	2	2.6%
TOTAL	78	100%

Un poco menos de la mitad de la población encuestada (46%) se dedican a las labores del hogar. Pero este grupo constituye un importante volumen poblacional en el estudio y genera una serie de interrogantes para las investigadoras que tratamos de dilucidar al final en nuestras conclusiones. La población restante realiza actividades complementarias como al comercio (14%), un 10% de estas mujeres son empleadas oficiales, un 6% secretarias, el 8% ya son pensionadas, un 10% son educadoras y un 1% son auxiliares de enfermería; lo cual nos indica que más de la mitad de esta población tiene un empleo u ocupación, diferente a las labores exclusivas del hogar, condición que les permite tener mayor acceso a información relacionada con el concepto de la menopausia, a cambios que se pueden presentar durante ésta etapa y por consiguiente , sobre alternativas en el manejo de dichos cambio, para así propender por el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de ellas mismas.

Cuadro 3. Escolaridad

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Secundaria completa	36	46.2%
Primaria completa	12	15.4%

Universitaria	9	11.5%
Postgrado	5	6.4%
Formación técnica	3	3.8%
Ninguna	1	1.3%
NS/NR	12	15.4%
TOTAL	78	100%

En este cuadro podemos observar que un gran porcentaje de mujeres de este barrio (46%) han realizado estudios de básica secundaria, continúan en su orden las mujeres que solo hicieron la básica primaria completa (15%), también podemos visualizar que muy pocas mujeres han logrado realizar estudios superiores como universitarios (11%), postgrados (6%) y técnicos (4%). De lo cual se deduce que esta es una población no analfabeta, condición que facilita la búsqueda y entendimiento de información existente frente a la menopausia, y teniendo en cuenta que el conocimiento tiene carácter cultural, y que este es de origen no solo científico, sino también popular, el que se transmite de generación en generación, la formación académica de este grupo de mujeres puede tener gran relevancia en el manejo que se le da a la menopausia.

Cuadro 4. Estado Civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casadas	56	71.8%
Solteras	3	3.8%
Viudas	8	10.3%

Separadas	9	11.5%
NS/NR	2	2.6%
TOTAL	78	100%

Más de la mitad de la población encuestada (72%), son mujeres casadas, un 10% son viudas, un 11% son separadas, y un 4% son mujeres solteras. Esto nos indica que la mayoría de estas mujeres viven en familias estructuradas que pueden ser o no funcionales, pero que el hecho de ser parte de un núcleo familiar genera responsabilidades y por tanto confusiones que se pueden acrecentar con la aparición de la menopausia, ya que social y culturalmente a la mujer se le han dado unas características y responsabilidades que con la aparición de la menopausia van a verse afectadas, pues es una etapa de cambios físicos y psicológicos que de una u otra manera afectan el entorno de la mujer y sobre todo el familiar. (Veáse la figura 2).

ESTADO CIVIL

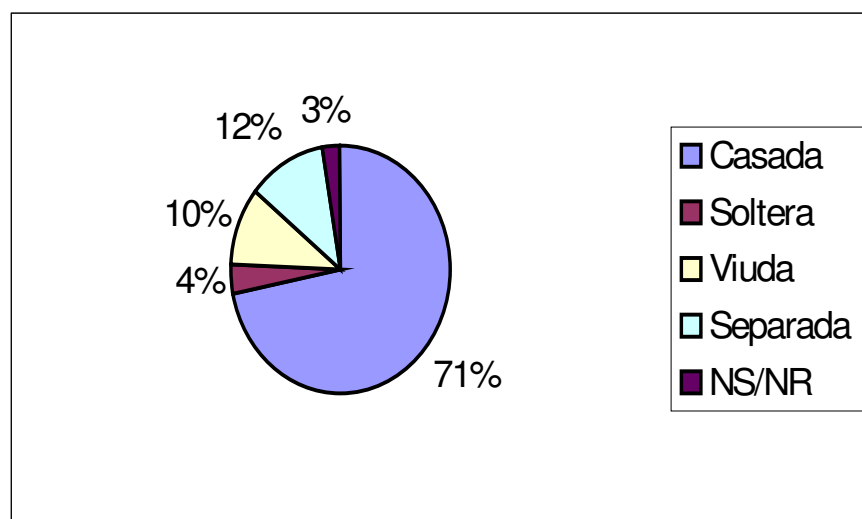


Figura 2. ESTADO CIVIL

Cuadro 5. Procedencia

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Boyacá	62	80%
Cundinamarca	6	8%
Tolima	2	3%
Santander	1	1%
Valle	1	1%
Bolivar	1	1%
Casanare	1	1%
Antioquia	1	1%
NS/NR	3	4%
TOTAL	78	100%

Del grupo de mujeres encuestadas, se encontró que un número significativo (80%) proceden del departamento de Boyacá, y la población restante proviene de departamentos cercanos como Cundinamarca (8%), Tolima(3%) y en menor proporción de los departamentos de Valle, Santander, Bolívar, Casanare y Antioquia (1% respectivamente), lo que evidencia el predominio de la cultura boyacense en ésta población de mujeres, condición que no implica que la menopausia sea diferente para las mujeres boyacenses o santandereanas,

sino que simplemente el ser mujer es la única condición necesaria para que se presente la menopausia con las dudas y cambios propios de ésta etapa, así como la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de salud y vida.

Estos datos afianzan nuestra necesidad de escudriñar en la cultura boyacense que comporta un particular patriarcado, con su correspondiente sumisión femenina; pero que a nuestro juicio y sobre todo a nivel urbano, se ha ido desdibujando en aras de un empoderamiento femenino aún no muy establecido.

7.2. ASPECTOS CULTURALES (Creencias, Saberes y Alternativas)

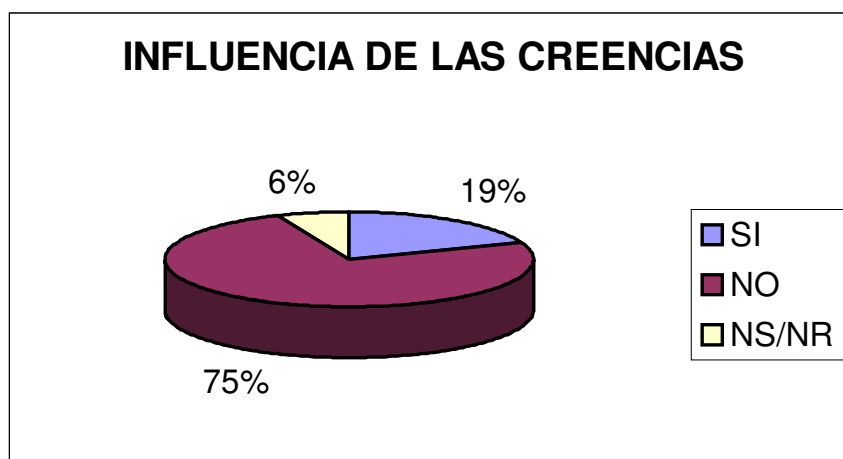
Cuadro 6. Aspectos que creen, la menopausia puede afectar.

ASPECTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Concentracion	44	56.4%
Actividad Fisica	40	51.3%
Sueño	30	38.4%
Descanso	20	25.7%
Dieta	17	21.8%
Vida Sexual	16	20.5%
Vida En Pareja	14	18%
Vida Familiar	13	16.7%
Seguridad	12	15.4%
Vida Social	5	6.4%

Autoestima	5	6.4%
Desempeño laboral	4	5.2%

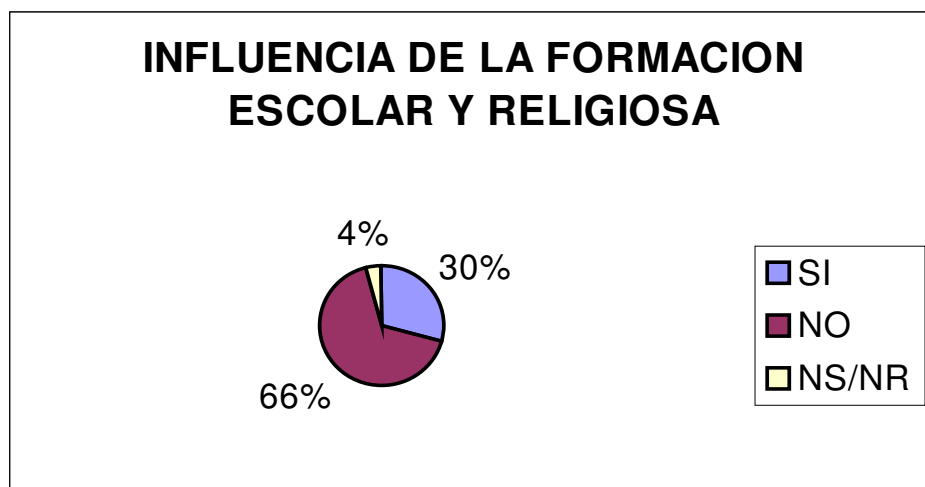
Dentro de los aspectos que este grupo de mujeres creen que se afectan, o que ven afectados con la aparición de la menopausia están la concentración con un 56%, la actividad física en un 51%, el sueño con un 38%, el descanso en un 26%, la dieta con un 22%, la vida sexual en un 20%, la vida en pareja en el 18%, la vida familiar un 17%, la seguridad en si misma en un 15%, el amor propio (autoestima) y vida social en un 6% cada una y el desempeño laboral con un 5%. Estos datos, denotan que los factores que se ven afectados son de índole ocupacional, física, familiar y personal, pero definitivamente la que más se ve afectada es la concentración, factor que influye en todas las actividades que la mujer pueda desempeñar. Otro aspecto importante es el de la sexualidad, pues muchas mujeres piensan que la menopausia no es solo el fin de la etapa reproductiva sino sexual.

Figura 3. Influencia de las creencias en el manejo de la menopausia.



Para más de la mitad de la población encuestada las creencias que tienen sobre la menopausia no han influido en el manejo que le dan a la misma, pero según cree un grupo más pequeño, sus creencias les han brindado la oportunidad de estar preparadas para la llegada de la menopausia, llevándolas a convivir con los síntomas de una forma segura, es decir que no debe ser tomada como una enfermedad, sino como una etapa por la cual toda mujer debe pasar en su ciclo de vida.

Figura 4. Influencia de la formación escolar y religiosa en el manejo de la menopausia.



La formación escolar y religiosa no ha influido en un gran número de mujeres en cuanto al manejo de la menopausia, ya que anteriormente el tema de la sexualidad no se trataba de forma clara en las instituciones educativas, tema que hoy día se trata con mayor libertad y normalidad. De esto concluimos que definitivamente la formación académica y religiosa juegan un papel muy

importante en el concepto salud-enfermedad del ser humano, en este caso específico, de la mujer. Sin embargo, a menos de la mitad de las mujeres encuestadas si han dado importancia a la formación escolar y religiosa, siendo prioritaria esta primera.

Cuadro 7. Concepto de menopausia

QUÉ ES MENOPAUSIA?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Final de la etapa fértil	57	73.1%
Fecha de la última regla	26	33.3%
Ausencia regla 2 años	20	25.6%
Aumento riesgo enfds.	18	23.1%
Osteoporosis/cardiacas	28	35.9%
Disminución de hormonas	34	43.6%

Dentro del grupo de mujeres encuestadas que respondieron sobre el conocimiento que tienen de la menopausia, la afirmación “final de la etapa fértil”, tiene un 73.1% de aceptación, la ultima regla un 33.3%, ausencia de la regla desde hace 2 años un 25.6%, aumento del riesgo de enfermedades un 23.1%, aparición de osteoporosis y enfermedades del corazón un 35.9% y una disminución de hormonas un 43.6%. De lo cual se puede deducir que para la gran mayoría de estas mujeres definitivamente la llegada de la menopausia es el final de su vida reproductiva, y por tanto sienten que se ve afectada su autoestima y cambia la percepción de su condición femenina, ya que al ser

parte de una cultura machista donde se asocia y valora la juventud y femeneidad de una mujer según su capacidad de generar vida (maternidad).

Cuadro 8. Lo que más temen de la menopausia.

En este cuadro se reflejan los temores más comunes que acompañan la aparición de la menopausia.

TEMOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Envejecimiento	28	35.9%
Soledad	18	23.1%
Abandono	3	3.8%
Enfermedades	51	65.4%
Deterioro	9	11.5%
Otros (depresión- HTA)	2	2.6%

Los temores que más asaltan a este grupo de mujeres es a la aparición de enfermedades con un 65.4%, envejecimiento en un 35.9%, la soledad con un 23.1%, el deterioro con un 11.5% y el abandono con un 3.8%, dentro de otros temores tenemos la depresión y la Hipertensión arterial en un muy pequeño porcentaje. Lo anterior nos indica que menopausia se ve como la etapa en donde se manifiestan los cambios de la edad (vejez), es decir el deterioro biológico y consecuente con éste, las alteraciones o enfermedades que vienen con él, lo que creara mayores dudas y temores frente a la llegada de ésta etapa

normal en la vida de toda mujer, privándolas de disfrutar el tiempo después de dicha etapa.

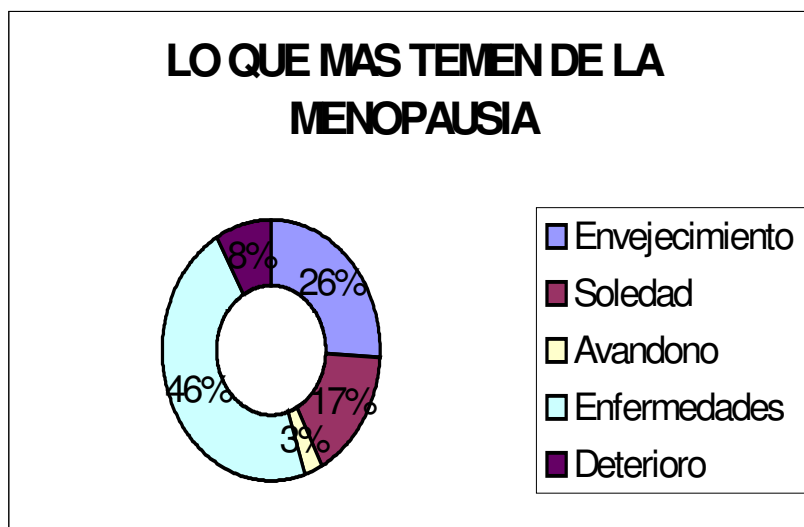


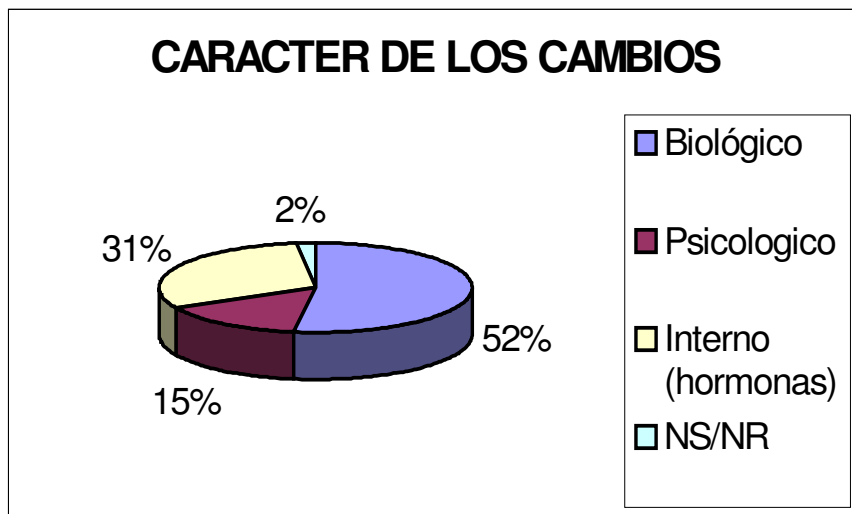
Figura 5. LO QUE MÁS TEMEN DE LA MENOPAUSIA.

En el cuadro 9, el que hace referencia a los cambios físicos y emocionales con los cuales las mujeres asocian la menopausia, El que más se asocia es la sudoración con un 69.2%, luego los sofocos con un 64.1%, dolor de cabeza con un 44.9%, irritabilidad con un 43.6%, la depresión con un 35.9%, el insomnio en un 30.8%, el zumbido de oídos con un 24.3%, la aparición de osteoporosis en un 23.1%, incontinencia urinaria con un 19.2%, las palpitaciones y cambios en la piel en un 14.1% cada uno respectivamente, ansiedad en un 11.5% y la obesidad y dispareunia (dolor durante la relación sexual) en un 9% cada una. Lo que nos demuestra que los cambios a los cuales ellas asocian la menopausia no son solamente de carácter físico, sino también emocional, lo que evidencia la importancia de brindar unos conocimientos claros frente al proceso biológico que se lleva a cabo en el organismo femenino logrando así una preparación, aceptación y manejo integral de los cambios que trae ésta etapa.

Cuadro 9. Cambios que indican la aparición de la menopausia.

CAMBIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sofocos	50	64.1%
Sudoracion	54	69.2%
Palpitaciones	11	14.1%
Dolor de cabeza	35	44.9%
Zumbido de oidos	19	24.3%
Osteoporosis	18	23.1%
Obesidad	7	9%
Irritabilidad	34	43.6%
Ansiedad	9	11.5%
Depresion	28	35.9%
Insomnio	24	30.8%
Cambios en la piel	11	14.1%
Dispareunia	7	9%
Incontinencia urinaria	15	19.2%

Figura 6. CARÁCTER DE LOS CAMBIOS



Dentro de los aspectos que se toman como origen de la menopausia el de carácter biológico cuenta con una aceptación de más del 50%, seguido del interno u hormonal, lo que evidencia que este grupo le da bases fisiológicas a los aspectos que se pueden ver afectados con la aparición de la menopausia, sin embargo dejan un poco de lado lo psicológico, parte esencial en todo ser humano, pues salud no es simplemente la ausencia de enfermedades, sino el equilibrio interno y externo del ser humano.

Cuadro 10. Fuentes de información sobre el tratamiento.

FUENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Libros	20	25.7%
Revistas	21	26.9%
Televisión	29	37.2%
Médicos	44	56.4%
Familia	14	18%
Amigos	7	9%
Vecinos	4	5.1%
OTROS	6	7.7%

De las mujeres encuestadas el 56.4% refiere tener conocimientos frente al manejo de la menopausia gracias a la información brindada por médicos, un 37.2 a través de la televisión, revistas un 26.9%, libros en un 25.7%, la familia en un 18%, amigos en un 9%, vecinos 5.1%, y de otras fuentes como radio, compañeros de trabajo y estudios de salud en un 7.7%. de lo cual se puede deducir que definitivamente el papel de los profesionales de la salud es de gran relevancia en la información que se brinda a las mujeres en cuanto a lo relacionado con el manejo de la menopausia, y también la necesidad y tendencia que tiene todo ser humano, en especial las mujeres a buscar otras fuentes de apoyo para dar respuesta a sus dudas y disminuir la ansiedad que genera el enfrentarse a unas situaciones nuevas, de aquí la importancia de el entorno social y cultural de la mujer para la búsqueda de alternativas que

refuercen su autocuidado y propendan por el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida.

En cuanto al tratamiento, el 75% de la población piensan que es necesario para el manejo de la menopausia, pero solo el 42% de este grupo significativo han recurrido a alguna clase de tratamiento, como lo es el hormonal y el popular (aromáticas, en éste caso), en un 28% y 40%, respectivamente, como se observa en la *figura 7*. Lo que demuestra que la búsqueda de cuidados alternativos para la salud sigue siendo de gran importancia.

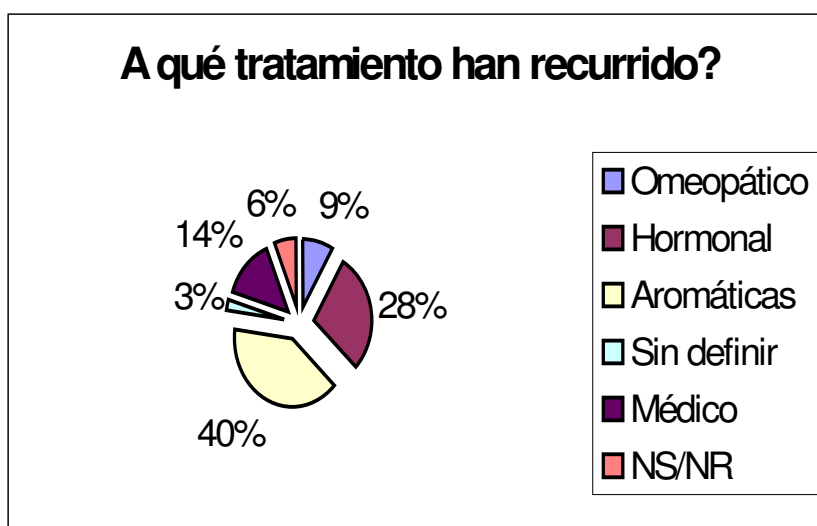


Figura 7. TRATAMIENTO AL QUE HAN RECURRIDO ESTAS MUJERES

Como se observa en ésta figura, el tratamiento al que se recurre para el manejo de la menopausia, y en el mejoramiento de las condiciones de salud y por tanto de vida, mezcla los conocimientos de la medicina occidental y la medicina popular.

Un gran porcentaje de mujeres hace uso del recurso que les brinda la fitoterapia (uso de las plantas para tratamientos), lo que demuestra la importancia de los conocimientos populares en el manejo de los cambios que puede traer consigo la menopausia. Dentro de las plantas utilizadas se encuentran la albahaca, el cidron, la manzanilla, entre otras. (Anexo C).

7.3. CRUCE DE VARIABLES

7.3.1. PROCEDENCIA RELACIONADA CON ESCOLARIDAD

La mayor parte de las mujeres encuestadas proceden del departamento de Boyacá (83%), el resto (17%), provienen de departamentos vecinos (Cundinamarca, Santander, Valle, Antioquia, entre otros). Del grupo de mujeres boyacenses casi la mitad (49%), lograron culminar una formación académica de básica secundaria, el 21%, una formación primaria y un 29%, estudios superiores al bachillerato. Lo que indicaría que el nivel educativo de ésta población en general es bueno, sin embargo no es suficiente y por lo tanto se pueden generar limitaciones en cuanto al acceso a información científica sobre la menopausia.

7.3.2. OCUPACIÓN RELACIONADA CON ESCOLARIDAD

Más de la mitad de la población femenina entre los 40 y 65 años de edad que habitan en el barrio El Consuelo de la ciudad de Tunja se dedican a las labores

del hogar (46%), de las cuales, más del a mitad de ellas tienen una formación básica primaria, un 51%, básica secundaria y solo un 11% han tenido una formación superior (técnica, universitaria, etc.). Con estos datos podemos concluir que tienen una formación escolar limitada, lo que a su vez es una barrera para desempeñar otras actividades diferentes a las del hogar, dificultando así una libre adquisición de información científica sobre el tema de la menopausia, y un limitado acceso a servicios de salud, lo que aumenta las dudas, el temor y la no opción de tratamiento frente a los cambios que se producen con la aparición de ésta etapa.

7.3.3. ESTADO CIVIL RELACIONADO CON ESCOLARIDAD

El estado civil predominante en este grupo de mujeres es el de casada, de las cuales más de la mitad tienen una formación básica secundaria completa, un 31% tienen una educación superior a la secundaria y solo un 13% una formación menor. Al ver esta relación desde un punto de vista cultural se podría ver la importancia del matrimonio en la vida de las mujeres, condición que muchas veces es más importante que el tener una formación escolar y universitaria que permita a las mujeres ser forjadoras de su futuro y satisfacer sus necesidades sin depender de un tercero, y así poder sentirse satisfecha con sus propios logros.

7.3.4. CREENCIAS RELACIONADO CON SABERES FRENTE A LOS CAMBIOS FISICOS QUE TRAE LA MENOPAUSIA

La afirmación de que la menopausia es el final de la etapa reproductiva es el concepto que más firmemente arraigado tienen las mujeres entre 40 y 65 años de edad que habitan en el barrio El consuelo de la ciudad de Tunja (73%) afirman que la menopausia es el final de la etapa fértil o reproductiva. Ellas saben que viene acompañada de manifestaciones de carácter físico como lo son la sudoración (70%), y cambios psicológicos como la irritabilidad (44%), lo que permite visualizar la importancia de realizar una educación y un manejo integral durante los años del proceso que es la menopausia (premenopausia, menopausia y postmenopausia); estas manifestaciones, afirman ellas, afectan de cierta forma aspectos relevantes en sus vidas cotidianas y por consiguiente a su entorno.

7.3.5. CREENCIAS Y SABERES EN CUANTO A LA PARTE PSICOLÓGICA DE LA MENOPAUSIA.

La parte psicológica es de gran importancia en la vida de todo ser humano, con la aparición de la menopausia en las mujeres entre 40 y 65 años se generan dudas temores, siendo la aparición de enfermedades (65%) el temor más común para éste grupo de mujeres, lo que va a alterar sus estilos de vida pues se presentan ya los alteraría las relaciones que social y culturalmente tienen las mujeres establecidas consigo mismas y en su entorno para conservar su núcleo familiar en unión y armonía.

Se encontró también que las inseguridades que se dan a este nivel son las generadas por el rechazo que en algún momento puede generar la irritabilidad que la mayoría de mujeres afirma sentir durante ésta etapa (60%).

7.3.6. CREENCIAS Y SABERES RELACIONADOS CON EL ASPECTO SOCIOLÓGICO DE LA MENOPAUSIA.

El aspecto familiar es de gran relevancia ya que la familia es el núcleo social y por consiguiente un núcleo familiar disfuncional va a repercutir en el entorno social de este grupo de mujeres. Aunque en su gran mayoría (67%), no consideran que la menopausia afecte su entorno familiar, si se ven afectados aspectos tales como la concentración (56%), parte fundamental en su que hacer cotidiano, lo que puede llegar a generar conflictos con el entorno en el que se desenvuelve, como el laboral y/o social.

7.3.7. CREENCIAS RELACIONADO CON SABERES

En cuanto a la aparición de la menopausia un porcentaje significativo de mujeres (40%) creen que junto a ella vendrán las enfermedades, que se verán marcadas por la vejez. Además saben que esta etapa va a afectar aspectos de la vida la mujer, no sólo físicos (palpitaciones un 14%, sudoración 69.2%, sofocos 64.2%, cefalea 44.9%, entre otros), sino también psicológicos (irritabilidad 43.6% y depresión el 35.9%) y sociales como el desempeño laboral(5.2%), la autoestima(6.4%) y vida familiar (16.7%) entre otros.

De otro lado están las creencias religiosas y los saberes impartidos sobre el tema de la menopausia, en donde no se le dio a ésta etapa una característica religiosa, es decir que aunque para más de la mitad de estas mujeres (52%) la formación religiosa no influye en el manejo que le dan a la menopausia, bien sea porque no tuvieron acceso a esta información o porque no hacen uso de la misma. Lo que nos permite inferir que hay una ruptura entre el ámbito religioso y el físico de las personas.

7.3.8. CREENCIAS Y SABERES RELACIONADO CON EL TRATAMIENTO

Un gran número de estas mujeres, ven la necesidad de darle algún tipo de tratamiento a la menopausia, se da importancia al de tipo médico y hormonal. Dentro de los datos hallados se ve que un 42% de la población ha recurrido a algún tipo de tratamiento, predominando el uso de plantas medicinales, tales como la hierbabuena (50%), toronjil (42%), cidron y manzanilla (21%), apio (14%), calendula, brevo, albahaca, y anamú (7% cada una), esto nos permite ver la importancia y relevancia que hoy día se le sigue dando al conocimiento popular como alternativa de salud para mejorar las condiciones de vida.

8. CONCLUSIONES

El grupo de mujeres estudiadas estaba constituido fundamentalmente por mujeres menopausicas y posmenopáusicas en su mayoría.

La concepción civil de casadas, de ser boyacenses, de manifestar temor a enfermarse y envejecer constituye items importantes del perfil descriptivo de ésta población. Contrario a lo que podría pensarse antes de este estudio, estas mujeres no creen que su religión defina pautas o normas respecto al tema estudiado; de igual manera fue revelador darnos cuenta que soledad, abandono, deterioro, no son temores de las mujeres menopausicas de este barrio.

Llama la atención de las investigadoras el hecho de que todos los aspectos biológicos ya sea en cuanto a signos y síntomas, consecuencias y tratamientos es relevante en este grupo de mujeres que reconocen en sus saberes cambios de orden biológico (53%) conocimiento de las terapias hormonales (31%), tratamiento médico (75%) en contraste con prácticas reales que hablan del consumo de aguas aromáticas para aliviar los síntomas y con una aparente devaluación de sus aspectos psicosociales, pero en cambio ponen de manifiesto de manera notable los cambios reales de ellas (irritabilidad en un 43%, insomnio 30%, etc.)

Las mujeres del barrio el Consuelo entre 40 a 65 años se encuentran en la perimenopausia, con concepciones culturales que le dan una definición acerca

de la menopausia pero que no las orienta a enfrentar los cambios y síntomas que esta conlleva.

Aunque muchas de ellas son amas de casa con educación básica secundaria conocen poco acerca del tema de la menopausia, lo que nos puede indicar la ausencia de promoción de calidad de vida del adulto maduro.

Existe diversidad de procedencia, pero una concepción muy unificada sobre ésta etapa en la mujer; orientándola especialmente hacia la parte biológica y al cese de la función reproductiva.

La población objeto de estudio proviene en su gran mayoría de Boyacá siendo una cultura con sus creencias religiosas muy arraigadas, lo que hace a sus mujeres bastante sumisas ante la autoridad masculina, situación que dificulta la comunicación entre hombre y mujer en lo referente a la sexualidad, tema que compete a los dos géneros.

La mujer que se acerca a la menopausia y que ya vive ésta, se ve enfrentada a cambios inesperados y piensa que debe asumirlo sola, ya sea por estigma social o por alteración de su imagen ante la vejez, por lo que se hace necesario orientar a la mujer y a su familia sobre estrategias que le pueden ayudar a sobrellevar adecuadamente éste proceso.

La base terapéutica que utilizan las mujeres entre 40 y 65 años en el barrio El Consuelo consiste en la utilización de componentes medicinales de las plantas

(fitoterapia), lo que comprueba la importancia de la cultura y las creencias en el autocuidado y la salud de la mujer y su tendencia a los cuidados alternativos.

La influencia de la cultura, en el manejo de las plantas medicinales ha brindado a las mujeres de esta población una alternativa de salud para el mejoramiento de sus condiciones de vida, frente a la menopausia.

Las creencias, los saberes populares y alternativas de salud que tienen algunas personas para mejorar su bienestar general debe ser integrado a la medicina occidental, de tal forma que se propenda por la búsqueda de soluciones sin transgredir la cultura de una población.

La población objeto de esta investigación refleja la necesidad de profundizar en los aspectos de la menopausia, con información clara y veraz sobre la misma, para lograr no una resignación, sino una preparación para afrontarla de forma natural.

9. SUGERENCIAS

Teniendo en cuenta que muchas de las mujeres que habitan en el barrio el Consuelo de la ciudad de Tunja no poseen unos conocimientos claros sobre menopausia , se debería crear un programa de salud enfocado sobre la fisiología, sintomatología, el tratamiento médico y popular, que pueden seguir para mejorar su calidad de vida.

Integrar en el manejo de las posibles molestias de la menopausia lo referente a fisiología, aspectos psicológicos y culturales de ésta etapa.

Siendo la menopausia parte del ciclo vital de la mujer, debería preparársele, proyectando las diferentes esferas (social, familiar, sexual, etc.) creando en la mujer bases sólidas en su personalidad, que le permitan afrontar la menopausia con un alto nivel de vida.

El tratamiento a las posibles molestias que puede traer la aparición de la menopausia, será óptimo si se tratan de forma integral los aspectos relevantes en la vida de todo ser humano, es decir, la parte biológica, psicológica y sociocultural.

10. PROYECCIONES

Nuevas investigaciones sobre el tema de la menopausia desde el punto de vista biológico y psicológico, tanto como cultural.

Establecer programas de salud en donde se cuente con un grupo interdisciplinario que propenda por el mejoramiento de la calidad de vida de mujeres premenopausicas, menopausicas y posmenopausicas.

Conformar grupos de trabajo con mujeres, en donde se aborde tanto la preparación para la llegada de ésta etapa como alternativas de salud que les ayude a disminuir las molestias que ésta etapa les pueda ocasionar.

BIBLIOGRAFÍA

ACUÑA, Cañas Alonso. Sexo y Edad –De la Madurez a la Vejez-. Sección de Artes Gráficas CAFAM. Bogotá, Colombia. 1.984.

AMAYA. Sara Lucia. En Perspectiva Salud-Enfermedad. Vol.9. N°1. Revista Facultad Ciencias de la Salud. Colombia. 1.994.

BAIRD, Susan, DONOHOWER, Michele, STALSBROTEN, Valdeire, ADES, Terry. FLORES, Miriam (traducción). Libro de Consulta Para Enfermeras Sobre el Cáncer. Asociación Española Contra el Cáncer. Sexta edición. Gráficas DIBE, S.I. España. 1.991.

BOTELLA, Llusia José, CLAVERO, Núñez José A., Tratado de Ginecología. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España. 1.993

BOTERO, U. Jaime, JUBIZ, H. Alfonso, HENAO, Guillermo. Obstetricio y Ginecología. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 1.997.

CASTRO, Carlos José, POSSO, Hector Jaime, MURILLO, Raul Hernando. SUBDIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION – VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA – PROMOCION Y PREVENCION. Instituto Nacional de Cancerología Registro Institucional de Cáncer. 1.999. Bogotá, Colombia. 2.000.

FALS. Borda, Orlando. Conocimiento y Poder Popular. Lecciones con Campesinos de Nicaragua, México, Colombia. Editorial Siglo XXI Editores de Colombia. Bogotá, Colombia. 1.986.

HOPE, Sally, REES, Margaret, BRUCKIE, Yanet. Tratamiento Hormonal Sustitutivo Guía de Atención Primaria. Editorial MASSON 2000. Barcelona. 2.000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE CULTURA. Imágenes y Reflexiones de la Cultura en Colombia. COLCULTURA. Editorial Presencia. Bogotá. 1.991.

ILADIBA, Revista. Volumen 10, Número 4. 1.996. p. 17.

ILADIBA, Revista. Volumen 11, Número 2. 1.997. p. 25.

KOZEL, Carlos. Por la Senda de la Salud. Empresa Nacional de Editores. Bogotá, Colombia. 1991.

LECTURAS PARA EL CONSULTORIO, Revista Médica. Volumen 2, Número 8. Agosto 1.995.

LONDOÑO, Velez Argelia. Revista PROFAMILIA. Artículo "Elogio a la Menopausia". Volumen 7, número 33. Junio de 1.999.

MAGNANI, Pérez Emilia, SÁNCHEZ-ARCILLA, Conejo Ignacio, Programa de

menopausia. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España. 1.999.

MANTEGAZZ, Pablo. Elogio de la Vejez. Colección Clásicos Vita. Editorial Orientación Integral Humana. Buenos Aires. 1.946.

MEDICAS UIS en Revista Colciencias. Volumen XIII, Número 3. Mayo-Junio 1.999.

NOVAK. R. Edmur, SEEGAR JONES, Georgeanna, Tratado de Ginecología. Editorial Interamericana. México D.F. 1.971.

OLIVE. León. Conocimiento, Sociedad y Realidad. Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1.988.

REALE. Giovanni. La Sabiduría Antigua, Tratamiento para los Males del Hombre Contemporáneo. Editorial Herder. Barcelona, España. 1.996.

RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE, Revista. Enero de 1.992.

RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE, Revista. Enero de 1.993.

RODRÍGUEZ. Rueda, María Cecilia., DÍAZ. María Cristina. En Perspectiva Salud-Enfermedad. Vol. 9 N° 1. Revista Facultad Ciencias de la Salud. PTC. Boyacá, Colombia. 1.994.

ROJAS, Israel. El Secreto de la Salud y la Clave de la Juventud. 48° edición. Bogotá, Colombia. Tipografía Hispana LTDA. 1979.

ROURA, Cabero A. Post-menopausia y enfermedad Cardiovascular. Editorial Springer-Verlang Iberica. Barcelona. 1.998.

SCHMIDT, R.F., THEWS, G., Fisiología Humana. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, España. 1.993.

SHEEHY, Gail, Menopausia "El Pasaje Silencioso". Printer Latinoamericana. Santa Fe de Bogota, Colombia. 1.993.

Separata de tribuna Médica, en Revista Latinoamericana de Educación Media Continuada. Volumen 80. Julio 1.989.

STUDD, W.W. John, THOM, Margaret. Guías Prácticas Para la Salud "Menopausia". Editorial NORMA. Bogotá, Colombia. 1.982.

SWEENEY, William, LANG, Barbara, El Ginecólogo. Círculo de Lectores Ediciones Nacionales. Bogotá, Colombia. 1.977.

WYNDER, Ernst, KASTENBAUM, Robert, FALKNER, Frank, Guía Para una Vida Plena. Circulo de Lectores. Madrid, España. 1.984.

Artículos de Internet

www.iqb.es/menopausa/cap 3-1.htm.

www.diariomedico.com/grandeshist/menopausia/.

www.encolombia.com/contenido_meno 3-1.htm.

www.geocities.com/HotSprings/Spa/5536/menop.htm.

www.aeem.org/

www.iladiba.com/upr/1998/No91998/htm/menop1.htm.

www.oei.org.co/videos/aa0929.htm.

ANEXO C

TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE LA MENOPAUSIA

CALENDULA (caléndula officinalis)

Planta conocida, de flores anaranjadas y radiadas, tallo erecto tubuloso, verde y cubierto de áspera pelusilla, hojas largas, fruto aquenio, seco. Toda la planta despide un olor desagradable.

Se cultiva fácilmente en climas fríos y templados. Los pétalos producen un sabor picante característico en ensaladas, quesos, sopas y estofados. Esta planta es muy utilizada en preparaciones homeopáticas comerciales.

Se le atribuyen a esta planta grandes virtudes para atenuar y curar enfermedades propias del sexo femenino.

Se recomienda como antiinflamatorio, antihemorrágico, antiséptico, astringente para las heridas, espasmolítico, diaforético, resolutorio; el aceite esencial se considera un fungicida eficaz en infecciones vaginales. Cura el cáncer de matriz y del estómago. Se emplea en trastornos menstruales y mejora la actividad vesicular.

La infusión de las flores, retiradas de la cabezuela, se emplea contra infecciones de la vejiga, trastornos ginecológicos, trastornos causados por la

menopausia, dolores menstruales; contra tifus, calambres, excitaciones nerviosas, menstruación escasa. La tintura de las flores, también retiradas de la cabezuela, se usa contra la digestión pesada y trastornos menstruales.

Advertencias: En dosis excesivas puede producir hipotermia y choque anafiláctico en individuos susceptibles. El uso oral prolongado tiene efectos en el sistema linfático y ganglionar y origina dolores reumáticos que empeoran con el tiempo.

MANZANILLA (*Antemis Nobilis*).

Planta herbácea aromática 30 a 70 cm. de hojas diminutas alargadas, las flores de color amarillo en el centro y pétalos blancos, hojas flores y tallo olorosos, fruto aquenio seco. Toda la planta despide un olor penetrante y agradable.

Se cultiva ampliamente en América como planta aromática y medicinal. La infusión de las flores se emplea como estomáquico, sedante, carminativo, hemoliente, cardiotónico, resolutivo, antidiarreico, antiespasmodico, antiinflamatorio, antiemético, emenagogo en la menstruación tardía, calmante, tónico, analgésico, antiséptico, antiálgico, antialérgico, diaforético, en espasmos nerviosos, excitación nerviosa, desarreglos gástricos, insomnio, enfermedades nerviosas, dolores de cabeza y migraña, entre otras.

Advertencias: la esencia pura debe ser usada con precaución. No debe excederse su uso. El aceite de manzanilla no debe ser suministrado durante el

embarazo, ya que es un estimulante uterino. Puede causar dermatitis por contacto.

TORONJIL (*Melisa officinalis*)

Planta herbácea, perenne, hasta de 80 cm. de altura. Tallos simples, caducos, cuadrangulares. Hojas opuestas aovadas, fragantes, de olor similar al limón, de hojas verdes amarillentas, flores muy pequeñas y blancas, reunidas en racimos axilares.

Se cultiva ampliamente como aromática, ornamental, medicinal y apícola.

El toronjil cura enfermedades del hígado, estómago, vejiga y riñón, fortifica el sistema nervioso, normaliza las funciones del corazón, aumenta las secreciones glandulares, purifica la sangre. Combate con eficiencia la hipocondría y renueva las células.

Se usa como excitante, cicatrizante, sedante, sudorífico, antidepresivo, digestivo, relajante de los vasos sanguíneos periféricos (por esta razón se le atribuye la propiedad de disminuir los bochornos que se presentan durante la etapa de la menopausia), reconstituyente, antiviral, antibacteriano, antiespasmódico, febrífugo. El aceite esencial se emplea para la regulación y el tratamiento de los trastornos gástricos, estimular la secreción biliar y contra la depresión. La infusión de hojas y sumidades floridas se emplea como excitante, estimulante, carminativo, antidepresivo, hipotensor, refrescante; se

usa en dolores de cabeza, calmar las excitaciones nerviosas y las jaquecas. Añadida al agua de bañoi se utiliza como relajante y para promover la menstruación.

Al ser usada con alguna frecuencia, previene contra muchas enfermedades y equilibra las funciones orgánicas.

Advertencia: el espíritu de melisa (preparación farmacológica) debe utilizarse con cuidado pues contiene 75% de alcohol.

APIO (*Apium graveolens*)

Planta herbácea anual, crece de 50 a 60 cm. con un tallo hueco, acanalado suculento, con surcos externos o estrías profundas. Hojas lobuladas, lisas, brillantes, verde amarillosas.. Las flores blancoverdosas, pequeñas, crecen en umbelas terminales y forman semillas ovoidees de color pardo. Semillas oscuras, planoconvexas, acanaladas, aromáticas.

Es considerado como uno de los principales tónicos estomacales y aperitivos, febrífugo, digestivo amargo, afrodisiaco, estimulante suave, reconstituyente en los estados de debilidad, diurético, sedante, carminativo y expectorante. Se utiliza para reducir la tensión sanguínea e incrementar la excreción de ácido urico. Ingerido crudo, el apio se usa para combatir la afonía, el hipo y la dismenorrea.

Advertencias: el aceite de las semillas puede aumentar la fotosensibilidad, por lo cual cuando se va a recibir el sol, no debe aplicarse externamente sin utilizar bloqueadores solares. No se debe administrar el aceite o dosis altas de semillas durante el embarazo, ya que actúan como estimulantes uterinos y pueden causar el aborto.

ALBAHACA (*Ocimum basilicum*)

Planta herbácea, que puede llegar a medir hasta 50 cm. de altura, aromática. Tallo anguloso, muy ramificado, hojas opuestas, ovadas, anchas con glándulas de aceite. Flores blancas, labiadas, con brácteas verdes, reunidas en una panícula terminal. Su fruto es capsular, valvoso y dehiscente.

Es considerada estimulante, tónico, carminativo, febrífugo, expectorante, diurético, digestivo, laxante, analgésico, antibacteriano, antidiarreico, sedante, ayuda en el parto, también se le atribuyen propiedades afrodisíacas.

El aceite se usa contra la depresión, el agotamiento nervioso y la fatiga mental, como refrescante se añaden cinco gotas al agua de baño. La decocción es considerada como estimulante y sudorífico. La infusión o la decocción se utiliza para curar a personas con afecciones intestinales y renales, trastornos gástricos crónicos, regulariza las menstruaciones y estimula la corteza suprarrenal. La infusión es usada como calmante, estomacal, diurético.

Advertencias: la esencia pura puede producir irritación de mucosas y en dosis muy altas tiene efectos narcóticos. El aceite esencial no debe usarse ni interna ni externamente durante el embarazo.

YERBABUENA (*Mentha Viridis*).

Planta herbácea, perenne, hasta 30cm de altura, aromática. Tallos rastreros, vellosos, algo pubescentes, alados, rojizos o morados. Hojas opuestas simples ovales. Flores tubulares, rosado pálido o morado rojizo, reunidas en diversas panículas terminales. Fruto seco indehisciente. Toda la planta exhala un agradable y fuerte aroma. Las hojas tienen sabor picante que deja fresca la boca al masticarlas.

Se cultiva como aromática. Se propaga por brotes y esquejes.

Se emplea como estomáquico, digestivo, tónico, antiespasmódico, carminativo, diaforético, analgésico, estimulante, excitante, espasmolítico, antiemético, febrifugo, antiséptico, relaja los vasos periféricos, estimula el flujo biliar, se usa para aliviar dolores de cabeza, náuseas, indigestión, cólicos y migrañas. En masajes se emplea para disminuir dolores menstruales y de cabeza. Las compresas se utilizan para aliviar las inflamaciones oculares, el reumatismo y la neuralgia; además, para refrescar las articulaciones inflamadas.

Advertencia: La inhalación del aceite esencial no se puede usar durante períodos largos. No se puede suministrar a los niños por más de una semana sin interrupción. Está contraindicado para los bebés. No se puede suministrar a mujeres lactantes, pues reduce el flujo de leche.

CIDRON (*Lippia citriodora*)

Planta arbustiva, perenne, hasta de 2 metros de altura, tallo leñoso, muy ramificado. Hojas opuestas, caducas, verticiladas en número de tres o cuatro, lanceoladas, algo gruesas con bordes lisos, con olor a limón. Flores pequeñas, lila o violeta clara, reunidas en racimos terminales.

Se cultiva como planta ornamental, medicinal y para condimentar pescados, aves, en la preparación de mermeladas y jaleas. La infusión de las hojas se toma como bebida refrescante.

Se utiliza como tónico nervioso, tónico cardíaco, digestivo, hipnótico, expectorante, para aliviar digestiones pesadas. La infusión o decocción de las hojas se usan como sedante suave, calmante nervioso, tranquilizante, diaforético, antiespasmódico, antiasmático, anticonvulsivante, como estimulante del apetito.