



Factores biopsicosociales de la rehabilitación durante la menopausia

Dr. Luis Guillermo Ibarra, Dra. María del Pilar Díez García,** Psic. Tanya Elizabeth Ruiz Cervantes,*** Dr. Roberto Coronado Zarco,**** Dra. Refugio Pacheco Gallegos******

RESUMEN

Introducción: En la década de los noventa se ha incrementado el interés por el conocimiento de los factores fisiológicos, psicológicos y culturales en las mujeres que se encuentran en un proceso hormonal denominado climaterio (Hemminki 1992). **Material y métodos:** En el presente trabajo se estudiaron 27 mujeres, entre 45 a 55 años, a las cuales se evaluaron defectos posturales, dolor osteoarticular y miofascial; además de aspectos psicológicos, sociales y culturales. **Resultados:** Dolor osteoarticular 100%, miofascial 100%, defectos posturales 100%. Dificultad para la relación de pareja se agudiza en esta etapa 98.2%, las relaciones con los hijos 54%. Las relaciones interpersonales de trabajo alteradas 32%, desconocimiento de derecho y obligaciones fue del 65%, falta de conocimiento sobre la menopausia 96%, falta de elaboración de currículum 99.6%. En la entrevista el lenguaje corporal, vestimenta, expresión verbal 100% desconocimiento, depresión fisiológica 89.5%, cognitivo conductual 25.7%, motora 36.3%. Rechazo acto sexual 67.1%, disminución apetito sexual 89.5%, falta de goce sexual 96.3%, alteración de respuestas cognitivas 100% (tabúes). **Estadística:** Análisis de frecuencias. **Discusión:** Los cambios hormonales provocan trastornos vasomotores, temperatura y fatiga. Dentro de los síntomas psicológicos y emocionales destaca insomnio, irritabilidad, nerviosismo, estrés, depresión, que consiste en pérdida de la feminidad, incapacidad reproductiva, pérdida de empleo, mala calidad de vida marital. (Ballinger 1985 y Mickinlay 1987). **Conclusión:** La rehabilitación durante la menopausia requiere atención, cambios posturales, analgésicas, vida sexual, trabajo, depresión y obtención de calidad de vida en esta etapa de la mujer.

Palabras clave: Rehabilitación, menopausia, postura, dolor, depresión, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: In the ninety decade the interest in the knowledge of physiologic, psychologic and cultural factors in climateric women has increase (Hemminki 1992). **Methods:** We studied 27 women from 45 to 55 years old, we evaluated postural defects, myofascial and osteoarticular pain, psychologic social and cultural factors. **Results:** Osteoarticular pain was positive in 100% myofascial pain in 100%, postural defects 100%, difficulties in their couple relationship in 98.2%, an in their relationship with sons 54%. Work interrelations were altered in 32%. Unknowledge about menopause in 96%. No elaboration of curriculum vitae in 99.6%, body language, clouthning and verbal interview was altered in 100%, unknowledge, physiological depression in 89%, conductal cognition in 25.7%, motor 35.3%. Rejection of sexual relations 67.1%, diminish of sexual appetite 89%, sexual pleasure 96.3%. Alteration in cognitives responses 100%. **Statistics:** Frequencies analysis. **Discussion:** Hormonal changes produces vasomotor and temperature alterations, fatigue. The stress, depresion that is consisten with lost feminity and reproduction capacity, lost of job, low quality of marital life Balliger 1985, Mickinlay 1987. **Conclusion:** Rehabilitation in menopause requires attention in postural changes, diminishing pain, orientation in sexual life and imprubing life quality in these stage of women.

* Director. Centro Nacional de Rehabilitación.

** Jefe de Servicio Densitometría Ósea. Centro Nacional de Rehabilitación/Ortopedia.

*** Psicólogo de la Clínica de Menopausia. Centro Nacional de Rehabilitación/Ortopedia.

**** Médico Adscrito Clínica de Menopausia. Centro Nacional de Rehabilitación.

Key words: Rehabilitation, menopause, posture, pain, depression, quality of life.

INTRODUCCIÓN

En la década de los noventa se ha incrementado el interés

por el conocimiento de los factores biológicos, psicológicos y culturales en la mujer que se encuentra en el proceso denominado climaterio.

La rehabilitación durante la menopausia es de gran utilidad, ya que es un periodo transicional en la vida de la mujer de 45 a 60 años. Pinkus 1990 señaló que el comienzo es muy variable, se sitúa a los cincuenta años. La variabilidad de su inicio se debe a muchas causas; por ejemplo, las mujeres blancas del norte de Europa, terminan de menstruar más tardíamente.

Durante este periodo la función reproductiva disminuye gradualmente hasta perderse. Caracterizándose por pérdida de la secreción cíclica de los estrógenos.¹ Con mayor desgaste orgánico, existiendo cambios biológicos, psicológicos y sociales,² que determinan una nueva condición de la mujer. Se presenta aumento de peso corporal, alteración de la postura, modificación de la apariencia corporal, disminución de actividad física, osteoartritis, síndromes dolorosos musculoesqueléticos, osteoporosis, alteraciones cardiovasculares, obesidad, síntomas vasomotores y alteraciones psicosociales.³⁻⁵ Dentro de los síntomas psicológicos y emocionales destacan el insomnio, irritabilidad, nerviosismo, estrés, depresión, cambios de apetito, de peso corporal, sueño, actividad psicomotora, fatiga, sentimientos de culpa, dificultad para pensar, encontrarse y de toma de decisiones, además se suman pensamientos recurrentes de muerte.

Así mismo dentro de los factores psicosocioculturales que influyen en la depresión, Balliger 1985, Mckinlay 1987, señalaron que la etiología de la depresión en la mujer climaterica se basa en cambios psicológicos y socioculturales por lo que atraviesa durante años; éstos incluyen pérdida de la feminidad, incapacidad reproductora, pérdida de trabajo o jubilación, mala calidad de la vida marital, pérdida de familiares y sucesos relacionados con la función sexual. Cardozo 1987, expresó síntomas como fatiga, pérdida del autoestima y depresión. En nuestro trabajo se pretende informar en qué condiciones se encuentran las mujeres que acuden al Centro Nacional de Rehabilitación/Ortopedia. Informar acerca de los cambios de postura, obesidad, fatiga, dolor y síntomas vasomotores; además de cuánto conocen las pacientes sobre la menopausia, cuánto saben sobre la forma de adquisición de trabajo, cuáles son sus metas en cuanto a la sexualidad en la etapa menopáusica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 27 pacientes del sexo femenino en el Centro Nacional de Rehabilitación de enero a octubre de 2000. Las pacientes acudieron al Servicio de Densitometría Ósea, para posteriormente ingresar a la clínica de menopausia. El rango de edad se encontraba entre 45 a 55 años de edad. Se les estudió postura, localización de dolor osteoarticular y muscular,

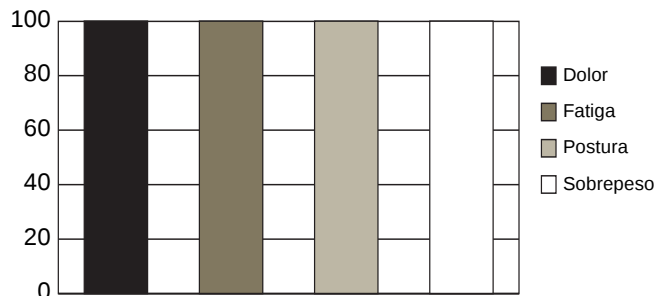


Figura 1. Defectos postura, dolor osteoarticular y miofascial, fatiga.

síntomas de menopausia. Acudieron a talleres de educación de la etapa de menopausia, manejo de las relaciones interpersonales, búsqueda de trabajo y sexualidad. En estas actividades se valoraron diferentes aspectos de la mujer menopáusica como depresión, ansiedad, autoestima, forma de adquirir empleo y aspectos sexuales. La descripción de los resultados se realizó a partir de un análisis de frecuencias a través de 4 niveles que representan 25% del total. Esto se multiplica por el número de preguntas realizadas, tomando en cuenta el código de respuestas y dividiendo el resultado por el 100%. Así mismo, la descripción se hizo a partir del método global 27 mujeres (mujeres menopáusicas cuya edad oscila entre 45 a 55 años de edad). Evaluando el conocimiento e información sobre el tema de la menopausia, manejo de las relaciones interpersonales (asertividad), búsqueda de empleo, sexualidad y depresión.

RESULTADOS

Defectos de postura 100%, (xifosis, hiperlordosis, genu valgo, genu varo, retropié valgo o varo, hallux valgus); dolor osteoarticular 100% (dorsolumbar, rodillas, pies, manos); dolor miofascial 100% (trapecio, deltoides, bíceps, tríceps); fatiga y sobrepeso 100% (Figura 1).

La información sobre el tema de menopausia con relación

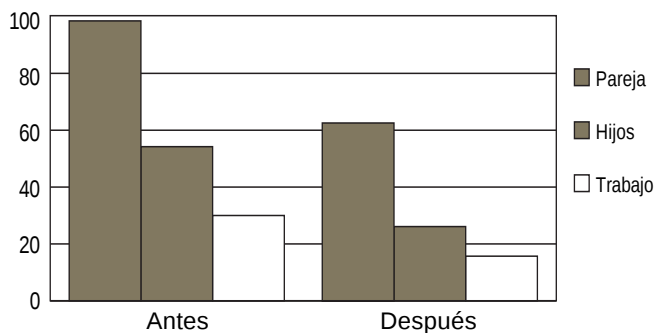


Figura 2. Dificultad en las relaciones interpersonales.

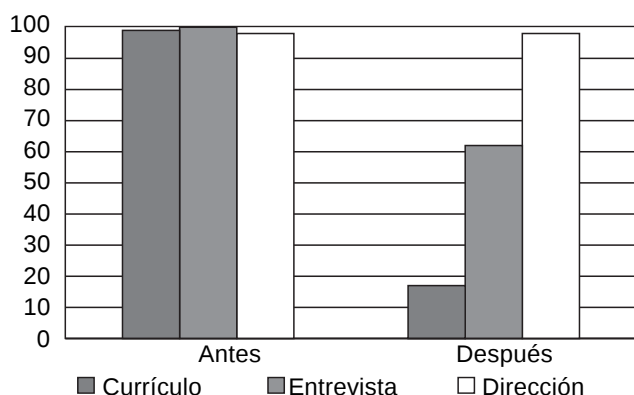


Figura 3. Dificultad para solicitar trabajo.

a cambios físicos, psicológicos y emocionales antes de la plática fue del 37% y posterior del 89.6%.

En la categoría de las relaciones interpersonales con la pareja, presentaban dificultades para interactuar, no sólo a partir del proceso vivido (menopausia), sino desde hace algunos años, agudizándose más en tal evento; el resultado obtenido de frecuencia antes del taller es de 98.2% (Figura 2). Al terminar, el porcentaje que se tuvo fue 63.7%, disminuyendo la dificultad para interactuar. En las relaciones interpersonales con los hijos, la dificultad era del 54% y al terminar del 26%. Las relaciones interpersonales en el trabajo, no representan dificultad teniendo 32% y al terminar 16.5%. En la categoría para elaborar un currículo, presentaban dificultad para la elaboración, principalmente en datos personales, profesionales y laborales; la frecuencia era del 99.6% y al terminar el taller de 14.5%. En la entrevista inicial (en donde se evaluó lenguaje corporal, verbal y vestimenta) tuvo un 100% de desconocimiento y al terminar el taller de 62.5%. En lo que se refiere ¿cómo dirigirse a la entrevista?, presentando profundo desconocimiento, fue del 98% (Figura 3). Posteriormente el conocimiento de los derechos y obligaciones del trabajador, su desconocimiento fue del 65.3%. En la capacidad reproductiva el desconocimiento fue del 96.4% y posteriormente la falta de conocimiento fue de 2%. En relación con el acto sexual fue del 67%. La libido

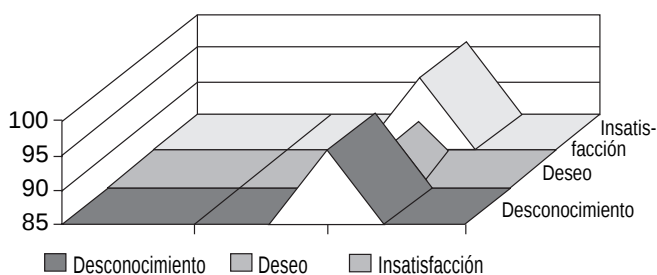


Figura 4. Relación sexual.

tiene un decremento del 89.5% al terminar el taller 17.5%.

La falta de satisfacción sexual presenta un 96.3% (Figura 4). En la depresión, la respuesta fisiológica (cefalea, vértigo, náuseas) se tuvo un 89%, la respuesta motora (movimiento de pies, manos, parálisis del cuerpo) fueron de 36.3%. Las respuestas cognitivas mitos, tabúes, pensamientos irracionales; la frecuencia fue del 100% y al finalizar los talleres y terapia psicológica fue del 69.5%.

Estadística: Análisis de frecuencias.

DISCUSIÓN

La menopausia, etapa de transición de la vida de la mujer conlleva aspectos físicos, psicológicos y sociales. Dentro de los cambios físicos, la obesidad sigue siendo un problema común del periodo menopáusico; además aunado al sedentarismo favorece la alteración en la ventilación de oxígeno y expulsión de bióxido de carbono.⁹ Rookus 1987 demostró que la masa corporal aumenta en la mujer adulta, independientemente de los embarazos. Se ha demostrado que las hormonas participan en la distribución del tejido adiposo provocando modificación de la composición corporal.¹⁰

Los defectos de postura aumentan con la edad, peso y falta de actividad física.¹¹ Están condicionados fundamentalmente por falta de elasticidad y atrofia muscular. Los defectos de postura que con mayor frecuencia se presentan son: flexión cervical, aumento de la xifosis, hiperlordosis lumbar, genu valgo, pie valgo, descenso del arco anterior, hallux valgus y deformidad en martillo de los dedos de los pies. Los defectos posturales ocasionan dolor, fatiga, falta de habilidad y resistencia física. La postura xifótica tiene gran impacto en la población femenina y es por debilidad de los músculos extensores de la columna.

De los efectos psicológicos se obtiene la siguiente aseveración: que existe en la población mexicana, una total ignorancia sobre este tema; la mujer crece en un ambiente pobre de educación, que la lleva a creer en mitos y tabúes sobre su propio cuerpo y de su existencia dentro de una sociedad. Esta falta de preparación la lleva al desconocimiento de los síntomas de la menopausia y su trascendencia en la vida adulta. La mujer no tiene oportunidades de estudiar, de tener un trabajo digno que le permita conocer y sobresalir en la sociedad. La falta de dinero hace que viva situaciones humillantes que disminuya su autoestima y la posibilidad de conocer una sociedad justa. Cuando llega a la edad adulta se ve en una situación de abandono y en algunos casos sin educación, sin trabajo, viuda o divorciada y sin hijos, sin bienes y con enfermedades cronicodegenerativas.

En los resultados de los talleres se observó, en la entrevista de primera vez, una mujer que no sabe cómo comunicarse con los demás, que presenta dificultades para comuni-

carse con la pareja, con los hijos, con los compañeros de trabajo. No sabe cómo dirigirse en la sociedad laboral, no conoce las metas para competir por un trabajo. La vida sexual está alterada desde el momento que se piensa que al llegar a esta edad, se pierde el atractivo físico y el deseo sexual; existen cambios estructurales en los órganos sexuales. Es importante conocer todos estos pensamientos para poder actuar en la rehabilitación integral de la menopausia. Se debe terminar con la administración indiscriminada de hormonas, favoreciendo una información eficaz acerca del tema, para lograr tener una salud física y mental adecuada. Se requiere de ejercicio postural, fortalecimiento muscular y de un tratamiento nutricional que le mantenga con atractivo físico para sí misma y para su pareja. De una atención psicológica intensiva para saber comprender cada etapa de la vida y saber cómo vivirla plenamente. Enseñar a la sociedad que la falta de comprensión y de relación con la mujer no implica señalarla como un simple proceso hormonal y permitiendo la divulgación en la población en general acerca de la educación sexual mínima para mejorar la vida de la mujer en edad adulta.

La rehabilitación en menopausia es una disciplina que implica algo más que analgésicos y hormonas, debe incidir en todas las esferas de la mujer (defectos de postura, equilibrio, fuerza muscular, propiocepción, marcha, atención de la depresión, fatiga, insomnio, ansiedad, educación y preparación en actividades culturales, profesionales y/o artesanales).

CONCLUSIONES

La mujer menopáusica debe de ser atendida desde el pun-

to de vista médico, psicológico y social. Una rehabilitación integral requiere de la educación en lo referente a cómo vivir plenamente las diferentes etapas del desarrollo de la mujer (actividades de la vida diaria, laboral y sexual).

REFERENCIAS

1. Topo PH. Is menopause whitring away? *J Biosc* 1995; 27(3): 267-276.
2. Sánchez C. *Menopausia y osteoporosis*. Ed. Agenda de la salud México 2-7.
3. Pinkus S. *El libro de la mujer*. Ed. Everest S.A. Madrid España 376-411.
4. Shangold. Exercise in menopausal. *Obs E Gybec* 1990; 75: 53.
5. Schaberg Lorei. Alterations consequent to an exercise program for pre and postmenopausal women. *Journ Sports men and Phys Fitness* 1990; 3(4): 426.
6. Cree C. Are high performance young woman doomed to become low performance old wives? *Journ Sports Med and Phys Fiftness* 1991; 31(1): 108.
7. Lorries H. The effects of a walking program on body composition and serum lipids and lipoproteins in overweight women. *Journ Sport Med ans Phys Fitness* 1993; 33(1): 49.
8. Rider R. Effects of flexibility training on enhancing spinal mobility in older women. *Journ Spots Med and Phys Fitness* 1991; 31(2): 213.
9. *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. Dirección General Salud Materno Infantil, SSA. 1992.
10. Noil SF. *Clinical advances in Physical Medicine and Rehabilitation*. Pan American Health Organization. Scientific Publication. Washington D.C. 1991; 533: 245-262.
11. De Lisa JA. *Rehabilitation Medicine. Principles and Practice*. Jb. Lippincott. Philadelphia 1988: 865-875.

Domicilio para correspondencia:
Dra. María del Pilar Díez García
Centro Nacional de Rehabilitación.
Othón de Mendizábal No. 195 Zacatenco,
México, D.F. Tel. 55 86 03 00 Ext. 134
E-mail: pdiez@cnr.gob.mx

