

Estereotipo psico-socio-cultural de la menopausia en mujeres peruanas: estudio piloto en San Juan de Lurigancho - Lima

Rosa Dulanto, Julio Leey, María del Pilar Díaz, Arturo Villena y Segundo Seclén*.

RESUMEN

Objetivo: determinar el estereotipo (percepciones, conocimientos y actitudes) de la menopausia en mujeres de 40 a 55 años de una zona urbana periférica de Lima. **Material y métodos:** se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo transversal en 38 mujeres de 40 a 55 años en San Juan de Lurigancho (Lima). Se usaron encuestas y grupos focales para establecer el conocimiento, las actitudes, las expectativas y la sintomatología asociada a la menopausia. **Resultados:** la menopausia fue considerada como un cambio natural, biológico y psicológico, que precedía a la vejez e iniciaba la infertilidad, motivo de alivio para unas y de frustración para otras. Otros significados fueron enfermedad, con posibilidades de solución como autocontrol, necesidad de apoyo psicológico y/o atención médica; liberación de la carga doméstica y mayor aceptación social. La actitud hacia el climaterio se reflejó como ganas de abandonar el hogar, temor hacia más enfermedades y liberación de la posibilidad de embarazo. Entre los síntomas más asociados con la menopausia se hallan los "achagues", cambios de ánimo, bochornos y cansancio. La actitud hacia la sexualidad incluyó ausencia de cambios, despertar sexual, desaparición del deseo sexual y necesidad de afecto, mas no de sexo. La aceptación del tratamiento de reemplazo hormonal (TRH) resultó variable. **Conclusiones:** el estudio realizado refleja un desconocimiento parcial del climaterio y casi total de la TRH, con actitud predominantemente negativa, aunque con deseos de información fidedigna y accesible.

SUMMARY

Objective: To define the stereotype conditions (perceptions, knowledge and attitudes) of menopause among women between 40 and 55 years old, pertaining to the urban outskirts side of Lima. **Materials and methods:** A qualitative and quantitative study was carried out, with 38 women of 40-55 years old from San Juan de Lurigancho. We used surveys and focus groups to establish their feelings related to menopause such as, attitude, expectations and symptomatology. **Results:** Menopause was considered a natural, biological and psychological change, it which preceded old age and initiated infertility. It was considered a relief to some and a frustration to others. Others meanings were illnesses with possible solutions as self-control, psychological support and/or medical assistance, release of home responsibilities and major social acceptance. The attitude towards the menopause reflected a strong desire to leave home, fear of more diseases and end to the disadvantages of becoming pregnant. Among the most-related symptoms to menopause were "aches and pains", behavioral changes, flushing and fatigue. Attitude towards sexuality included lack of changes, either sexual reawakening or disappearance of sexual desire with need for affection in both cases though not of sexual contact. Acceptance to hormone replacement treatment was variable. **Conclusion:** This study revealed a partial ignorance of the menopause and almost total ignorance of HRT, with predominant negative attitude, but, with a positive attitude towards authentic accesible information on the subject.

I. INTRODUCCIÓN

Mientras que la menopausia se define como el cese de la función normal y cíclica del ovario, el climaterio representa el periodo desde la disminución hasta la pérdida total del rol estrogénico ovárico (1). Sin embargo los estudios que analizan la perspectiva femenina y el perfil sintomático de ambos fenómenos muestran ya algunas diferencias en los resultados, variando cualitativa y cuantitativamente con cada población.

Así, mientras que los síntomas perimenopáusicos que predominan en las mujeres europeas y norteamericanas son los bochornos, los sudores nocturnos (ambos síntomas vasomotores), y los síntomas psiquiátricos (4-7), en la cultura japonesa predominan la rigidez de hombros (51.7%), cefalea (27.7%) y dolores articulares (22.4%), entre otros (8).

Con respecto a los estudios realizados en Sudamérica (Chile y Brasil principalmente), el mayor motivo de consulta lo constituyen los síntomas vasomotores, y entre ellos el bochorno demuestra ser el síntoma más asociado con la me-

* Instituto de Gerontología. Facultad de Medicina "Alberto Hurtado". Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.

nopausia (9,10). En el Perú una encuesta a nivel nacional en mujeres mayores de 39 años reveló que los síntomas más conocidos fueron los bochornos (58.4%) y los síntomas psiquiátricos (47%), mientras que los más prevalentes fueron bochornos (35.3%) y cefalea (11). Estudios realizados respecto a la edad de inicio de la menopausia revelan como edad promedio 48.2 años (DS=7) en Lima y en la altura 45.3 años (DS=7) en Cerro de Pasco (12,13).

No se cuenta con información nacional acerca de la verdadera prevalencia de síntomas climatéricos, ni en población urbana, ni urbano-marginal, ni rural. Tampoco se conocen las expectativas, los mitos o el impacto de la menopausia en la mujer peruana, ni la receptividad hacia los diversos tratamientos existentes.

El objetivo del presente estudio piloto es construir el estereotipo (percepción, actitud y conocimientos) sobre la menopausia y el climaterio en mujeres de 40 a 55 años de una población urbano-periférica de Lima.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio realizado entre mayo y setiembre de 1997, utilizó un método cualitativo de grupos focales y uno cuantitativo tipo encuesta.

POBLACIÓN: La población femenina estudiada perteneció a la zona de Cantogrande, distrito de San Juan de Lurigancho, y con edades entre 40 y 55 años para ambos estudios.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

- Grupo focal (estudio cualitativo): mujeres entre 40 y 55 años representativas de la población, fueron convocadas por el servicio de Ginecología del Centro de Salud de Cantogrande o por la directiva del comedor popular de Cantogrande mediante comunicaciones personales en las que se les invitó a conversar sobre temas de salud, sin especificar el tema principal.
- Encuesta (estudio cuantitativo): mujeres de 40 a 55 años fueron convocadas por la directiva del comedor popular de Cantogrande. Se les brindó una charla sobre menopausia y climaterio. La encuesta fue aplicada antes de desarrollar la charla. Algunas mujeres del grupo focal también participaron de la encuesta.
- Criterios de exclusión para ambos estudios: discapacidad para responder adecuadamente o que no hablaran español con fluidez.

METODOLOGÍA:

- Grupo focal: se reunió a las mujeres en el Comedor Popular de Cantogrande en el distrito de San Juan de Lurigancho. Se acondicionó el lugar con sillas distribuidas circularmente para 12 personas. Como guía de discusión se usó una lista de tópicos. La información fue grabada en casetes y transcrita posteriormente.
- Encuesta: se aplicó a las mujeres que acudieron al Comedor Popular de Cantogrande, las preguntas estuvieron orientadas a pesquisar datos obtenidos en el primer grupo

focal. Se interrogó sobre datos socioeconómicos, conceptos, percepción y actitudes en la menopausia.

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

El análisis de los grupos focales se realizó con ayuda del moderador dentro de las 2 semanas de realizado cada grupo focal, resaltando los puntos relevantes de cada discusión. Para el análisis de la encuesta, se creó una base de datos en Foxpro 2.0 con todas las variables de la encuesta y fueron procesadas en EpiInfo 6.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para los grupos focales, se solicitó el consentimiento verbal de las señoras entrevistadas. Las personas que trabajaron en el proyecto, se presentaron ante las personas entrevistadas mediante una Carta de Presentación a nombre del Instituto de Gerontología y la UPCH. Además de explicar el tema de estudio, el moderador aseguró la confidencialidad de la información obtenida.

Se solicitó el consentimiento verbal de las personas, se hizo hincapié en que los datos eran confidenciales. En ambos métodos, (cualitativo y cuantitativo) se usaron como incentivos de participación las charlas. No se dio otro incentivo. Al final de las mismas se proporcionó un refrigerio.

III. RESULTADOS

RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO:

Realizamos 2 grupos focales, uno en mayo y otro en setiembre de 1997. Cada uno de ellos estuvo constituido por 10 mujeres. Las características sociodemográficas se encuentran detalladas en el cuadro 1. El promedio de edad fue de 48.5 años (DS=6.3). La mayoría eran casadas y se dedicaban a su hogar sin desempeñar otra actividad económica.

En cuanto a la menstruación, la reacción que tuvieron al aparecer la menarquia fue de sorpresa, susto. Algunas lo definieron eliminación de lo malo o como desfogue sexual. Otras como el inicio de la capacidad de concebir.

Sobre menopausia, para las entrevistadas significó el cese de la fertilidad, asociado con mayor tranquilidad, liberación de carga doméstica. Incluso con una mejora social, mayor prestigio, experiencia, estatus. Se percibió como una enfermedad, como algo natural o como una carga. En cuanto a la actitud frente a la menopausia, manifestaron que no había tiempo para pensar en ello, o que tenían ganas de huir.

La sintomatología que ellas asociaron con menopausia incluyó cambios de carácter, nostalgia, depresión, achaques, dolor en el cuerpo, dolor al tener relaciones sexuales, bochornos, cansancio, aburrimiento, insomnio, mareo. La menopausia también fue asociada con enfermedades urinarias, cardíacas, de la circulación, de los huesos o derrames cerebrales.

Al explorar cómo la menopausia afectaba a la familia, manifestaron que esto se debía principalmente a los cambios de carácter. Sobre sexua-

lidad, algunas manifestaban que ya no les llamaba la atención; otras, que no alteraba la sexualidad, que estaban cansadas o que lo hacían por obligación. Ellas tenían una necesidad de afecto más que de sexo por parte de su pareja, y exigían mayor comprensión.

En cuanto al tratamiento de la menopausia, algunas manifestaron que no era necesario, bastaba con autocontrol, mientras que otras dijeron que sí era necesario. En aceptación del tratamiento, si era necesario lo aceptaban, o si lo recetaba un médico. Incluso, hubo una señora que opinó que tomaría hormonas para retener a su pareja.

RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

Las encuestas del estudio fueron completadas por 18 señoras. Las edades abarcadas fueron entre 32 y 74 años. De ellas, sólo 11 entraron al rango etáreo de 40 a 55, con un promedio de 44.5 años ($DS=8.4$), constituyendo el total de nuestra población para el análisis estadístico.

Si bien hubo una aceptación del 100%, no todas las preguntas fueron respondidas, principalmente las preguntas sobre la definición de edad crítica, si es una enfermedad, y las correspondientes a los cambios de hábitos con la menopausia, con 27.3%, 36.4% y 46.4% de respuesta respectivamente. Otras preguntas con bajo porcentaje de respuesta son las del conocimiento de ventajas y desventajas del tratamiento hormonal y la actitud ante la vida familiar durante la menopausia.

En el cuadro 1 se detallan las características sociodemográficas. Es de notar que la mayoría provenía de la sierra (70%) y además eran casadas (90%). Dentro de los síntomas más asociados con la menopausia que tenemos en el cuadro 7, dolor de espalda y de cabeza ocupan el primer lugar, seguidos por dolor de huesos o músculos y disminución del deseo sexual con 45.5%. En el cuadro 8 describimos los hallazgos relacionados con conocimiento de algún tratamiento, ventajas y desventajas del mismo y también sobre sexualidad.

IV. DISCUSIÓN

El entorno sociocultural no sólo puede alterar la fisiología femenina, sino su percepción y respuesta a la sintomatología experimentada. Un estudio encontró que entre las mujeres mayas, la prevalencia de bochornos durante la menopausia es 0% mientras que en mujeres holandesas fue de 80%. Otro estudio realizado en Chile en una población hospitalaria nos muestra una frecuencia de 76% para este síntoma (9). En Brasil Halbe et al en 1319 mujeres postmenopáusicas, reportó que los síntomas vasomotores representaban 74.6%. Como podemos ver, los rangos encontrados varían ampliamente de país a país, probablemente debido a diferencias propias de una constitución física, a un patrón cultural distinto o tal vez a la variabilidad metodológica utilizada. Esto sugiere que muchos de los síntomas que la mujer espera

de la menopausia son atribuibles al estereotipo de la menopausia antes que a la experiencia personal en la mayoría de ellas (2,3,18,19).

En nuestro estudio utilizamos tanto el método cualitativo como el cuantitativo, complementarios entre sí (1,2,8). En el estudio de Kaufert et al se utilizaron dos métodos: entrevistas en profundidad y un estudio transversal, lo cual les brindó finalmente un estereotipo menopáusicamente totalmente diferente al que se esperaba por estudios efectuados en la cultura occidental (8). Nosotros empleamos dos grupos focales y un estudio transversal, debido a la accesibilidad logística para la realización de ambos.

ESTUDIO CUALITATIVO: LOS GRUPOS FOCALES

La primera vez que apareció la menstruación generó diversas reacciones, entre ellas susto, sorpresa, incomodidad y miedo. Ello puede deberse al escaso conocimiento con que algunas llegaron a esta etapa ya que en los años '50s y '60s hablar sobre la sexualidad era tabú, y aunque unas pocas recibieron la información correspondiente en sus hogares o escuelas, la relación existente entre sangrado y enfermedad ("No es normal", "Me voy a morir") pudo haber influenciado negativamente en la percepción de esta experiencia. En relación al significado de la menarquia, las mujeres del grupo focal manifestaron que era el inicio del desarrollo, el comienzo de la capacidad de concebir. Sin embargo, debemos recordar que su menarquia fue hace 30-40 años y que durante ese intervalo, su conocimiento ha sido influenciado.

Respecto a lo que significaba la menstruación, encontramos respuestas variadas como: desfogue sexual, eliminación de lo malo, lo que cae cuando no se concibe.

Sobre menopausia, el concepto más frecuente fue el del cambio, ya sea biológico o psicológico, que iniciaba la tercera edad. Wilbush propone que las culturas occidentales han creado un código a través del cual la mujer gana estatus de madurez a pesar de las desventajas de ser estéril (18). En contraparte, en las culturas Zulu y Árabe Palestina, una mujer que deja de reglar pierde su valor biológico y por lo tanto su valor social (18,19). En nuestro estudio encontramos que para algunas mujeres, la menopausia conlleva ventajas, ya que significa la liberación del embarazo, o de la carga doméstica, mientras que para otras representaba un mayor estatus social, se veían como mujeres más respetadas, con mayor experiencia.

Con respecto a la actitud hacia la menopausia, algunas tenían miedo a enfermar o a sufrir un derrame, mientras otras lo tomaban como un hecho natural. Lo económico también juega un rol, ya que no van a gastar más en toallas higiénicas. Por otro lado, algunas mujeres extrañaban reglar ya que es asociado con juventud y fertilidad. Otra de las actitudes adoptadas fue la negación del fenómeno: "No hay tiempo para pensar en eso".

En ambos grupos focales se dio relevancia a los bochornos, los dolores (achaques) y los cambios psicológicos (irritabilidad, depresión, aburrimiento). Las dificultades propias de la edad podrían estar inclinadas hacia una manifestación puramente orgánica, exacerbando síntomas generales como el dolor osteomioarticular.

En la cultura japonesa los síntomas psicológicos, psicósomáticos o físicos indican debilidad, y las mujeres ejercen un rígido control sobre ellos, atribuyéndolos a mujeres de clase social media que no tienen ninguna ocupación (8). En nuestro medio la mujer también tiende a restarle importancia a su estado de salud y vive con esta carga solitariamente. Tal vez es por ello que dudan ante la pregunta de si es necesaria asistencia médica y psicológica durante la edad crítica, llegándose a plantear el autocontrol como una forma de vencer la sintomatología.

En cuanto a la actitud hacia el tratamiento de la menopausia, ninguna de las entrevistadas mencionó la posibilidad de tomar hormonas para prevenir las complicaciones a largo plazo como dislipidemias, coronariopatías, osteoporosis (7,15) a pesar que estas fueron mencionadas por ellas mismas. Algunas sí las tomarían para prevenir y disminuir la sintomatología propia de la menopausia o hasta para mantener al esposo a su lado. Inclusive se asume una actitud pasiva en la cual aceptarían el tratamiento hormonal "sólo porque lo receta el doctor". En este punto hay que recordar que las participantes sabían desde el inicio que el moderador era médico y con ello se pudo haber influenciado en esta respuesta. Por otro lado, hubo mayor aceptación a las vitaminas como tratamiento para la menopausia que a las hormonas. Esto podría ser resultado de algún prejuicio, producto del desconocimiento, en contra de la terapia de reemplazo hormonal que requiere mayores estudios.

En el ámbito concerniente a la sexualidad, es difícil saber si la disminución del deseo sexual expresada corresponde a un alejamiento individual de la pareja, a sintomatología psiquiátrica o a cambios físicos como sequedad vaginal. Las mujeres que tenían pareja manifestaron tener discordancias con ellas y exigían más cariño que contacto físico. Esta necesidad podría reflejar una situación crónica con poca comprensión y en otros una transición hacia la indiferencia y la falta de comunicación durante la menopausia. Tanto la disminución como el aumento de la libido en ambos grupos se mantenían en secreto ante sus esposos.

Se llegó a considerar a la menopausia como el redespertar sexual, lo cual concuerda con uno de los sinónimos dados: la segunda adolescencia. Similar a la adolescencia, la posibilidad de elegir el patrón social conlleva para algunas personas una mayor libertad y, por lo tanto, un mayor disfrute de la vida sexual. Incluso la ausencia del riesgo de embarazo permitiría una relación más placentera.

La familia se vería afectada con la edad crítica, tanto por la etapa en la que generalmente se encuentran los hijos al llegar la madre a la menopausia, es decir, la adolescencia, como por la falta de comunicación ya mencionada. Esta situación resulta contradictoria cuando vemos que la adolescencia de los hijos trae liberación de la carga doméstica y familiar (ellas se sienten más libres), llegando en algunos casos a permitir una vida social más activa. Otro factor importante es la sintomatología psiquiátrica en sí, como por ejemplo la irritabilidad. Esta, como es de suponerse, genera tensiones e intolerancia, creando un ámbito hostil y deteriorando así la relación familiar.

ESTUDIO CUANTITATIVO: LA ENCUESTA

Antes de iniciar la discusión, mencionaremos las limitaciones en la selección de la muestra. El tamaño de la muestra es el adecuado para ser un primer estudio, pero para extrapolar a la población general se necesita mayor cantidad de personas. Debemos acotar que la selección de la muestra fue no aleatoria sino por convocatoria.

Debemos acotar que los síntomas que ellas asociaron con menopausia, no son los síntomas que necesariamente ellas tuvieron. Comparando estos resultados con los hallados por Salvador y Pacheco (11), vemos que existe una gran diferencia en la conexión que se le da a los bochornos como el síntoma principal de la menopausia. Mientras que en su estudio, los bochornos ocupan el primer lugar con 58.4%, nosotros encontramos que fue desplazado al cuarto lugar con un 27.3% e incluso fue poco mencionado en los grupos focales. Tal vez esto se deba al hecho de que Salvador y Pacheco estudiaron población que acudía al hospital y que probablemente ya había recibido información al respecto. Otra diferencia está en el grado de instrucción, ya que el 27% de su población había recibido educación superior mientras que en nuestro estudio ninguna la tuvo.

En lo referente a la sintomatología que habían tenido las entrevistadas, manifestaron el dolor de cabeza y de espalda (36.4%), seguido por síntomas vasomotores como bochornos y sudores (18.2%). Se observa la diferencia entre estos resultados y los encontrados por Blumel en Chile (9) y por Halbe y colaboradores en Brasil (10), quienes establecieron una mayor prevalencia de bochornos (76.6% y 74.6% respectivamente).

En el Perú, el trabajo de Salvador y Pacheco encontró 35.3% para los bochornos y 24% para la cefalea. Hay que tomar en cuenta que en este último trabajo la población osciló entre 39 y 79 años, y que para Chile el promedio de edad fue de 58 años. Ambos rangos están alejados del nuestro y no permiten una comparación válida.

A pesar de que existe el conocimiento y la necesidad de un tratamiento para este fenómeno (54.5%), ninguna de ellas lo recibe por diversos motivos como la falta de dinero, no asistencia al centro de salud, no saben a quién recurrir. En el

estudio de Salvador y Pacheco la aceptación de tratamiento constituyó un 90% del total, pero la aceptación de hormonas resultaba sólo 57% (13). Esto concuerda con nuestro estudio y lo que nos llama la atención es la aceptación de ayuda psicológica en el 90.9% de las encuestadas, mientras que la necesidad de hormonas es relegada a un 63.6%, a pesar de no conocer en su mayoría las ventajas ni las desventajas que brindan estas últimas. Ello nos da una idea de la escasa información con respecto a la terapia de reemplazo hormonal y de la interpretación de que la menopausia es una entidad eminentemente psicológica. Es interesante apreciar que entre las pocas ventajas mencionadas está la de mantener unida a la familia, seguida de mejoría de los síntomas, lo cual le da una mayor importancia a familia ante la menopausia.

Hay desconocimiento sobre si la mujer menopáusica debe o no tener relaciones sexuales. Esto traduciría falta de información, temor o inhibición. Aún así un alto porcentaje (36.4%) considera una respuesta afirmativa, tal vez por el afán de mantener a la pareja a su lado, a la familia unida, o porque ve a la menopausia como un evento sin mucha repercusión en el ámbito sexual, lo cual sería contradictorio ya que hay una elevada asociación con la disminución de la libido y menopausia. Un porcentaje importante afirma que la pareja pierde el interés sexual, específicamente por ellas (en el grupo focal se mencionó que preferían ver a las "chiquillas") y quizás esto se deba a una disminución de la autoestima en estas mujeres o a una falta de solidez en la relación conyugal. Finalmente el 36.4% opina que la relación familiar empeoraría con la edad crítica, lo cual va de acuerdo con lo hallado en los grupos focales.

El estudio realizado refleja un desconocimiento parcial del climaterio y casi total de la TRH, con actitud predominantemente negativa, aunque con deseos de información fidedigna y accesible, así como una variable actitud hacia el tratamiento. Son necesarios otros estudios que evalúen el estereotipo de la menopausia en mujeres de otro estrato social.

Agradecimientos: Este estudio pudo realizarse gracias al apoyo económico del Instituto de Estudios Poblacionales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (IEPO), a través de un premio concursado de su Programa de Salud Reproductiva (Premio PROSAR 1997). Debemos agradecer al Dr Arturo Solís, ginecólogo del Hospital Materno Infantil de Cantogrande, así como a las señoras del Comité Directivo del Comedor Popular de San Juan de Lurigancho.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Research on the menopause. Geneva. WHO Technical Report Series 1981. 670.
2. Kaufert P, Syrotuik J. Symptom reporting at the menopause. *Soc Sci Med* 1981; 15E: 173-184.
3. Kaufert P. Myth and menopause. *Social Health Illness* 1982; 4:141-66.
4. Hagstad A, Janson P. The Epidemiology of Climateric Symptoms. *Act Obst Gynecol Scand Suppl* 1986; 34: 59-65.
5. Kaufert P. Research note Women and their health in the middle years: A Manitoba project. *Soc Sci Med* 1984; 18: 279-81.
6. International Health Foundation. La Menopausia: Etude Effectuée en Belgique auprès de 922 femmes entre 45 et 55 ans. Geneva. 1977.
7. Von Muhlen D. A community based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. *Maturitas* 1995. 22: 71-8.
8. Kaufert P, Lock M, Gilbert P. Cultural construction of the menopausal syndrome: the Japanese case. *Maturitas* 1988; 10: 317-32.
9. Blumel J, Brandt A, Tacla X. Perfil sintomático de la mujer climaterica: Experiencia Clínica. *Rev Méd Chile* 1992; 120: 1017-21.
10. Halbe H, Fonseca A, Assis J. Aspectos epidemiológicos e clínicos em 1319 pacientes climatericas. *Rev Ginecol Obstet* 1990; 1(3): 182-94.
11. Salvador J, Pacheco J. Conocimiento y actitudes de la mujer peruana sobre climaterio y menopausia. 1996.
12. Coyotupa J, Gonzalez S, Zorrilla R, Gonzales G., Guerra-García R. Menarquia y Menopausia en la altura. *Revista de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia*; 37(11):43-9
13. Gonzales G, Carrillo C. Estudio sobre la menopausia en el Perú. *Acta Andina* 1994; 3: 5-66.
14. Climaterio y los años siguientes. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. 1986; 2.
15. Hillard T, Whitcraft S, Ellerington C, Whitehead M. Riesgos y beneficios a largo plazo de la terapia mediante sustitución de hormonas. Producto de investigación y desarrollo. CIBA-GEIGY. *ESTRADERMITS-TFS* 1991. 834-852
16. INEI, República del Perú. IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda. 1993; 41-8.
17. INEI, República del Perú. IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda:1993; 1.
18. A Portrait of the menopause. Expert report on medical and therapeutics strategies for the 1990. Edited by H. Burger and M. Boulet. 1991.
19. The controversial climateric. Edited by P.A. van Keep, W.H. Utian and A. Vermeulen. 1981.

CUADRO 1. Datos Sociodemográficos en San Juan de Lurigancho

Grupo Focal	
Tamaño muestral	20 (10 mujeres cada grupo focal)
Edad Promedio	48.5 años (DS=6.3)
Intervalo	40-52 años
Lugar de Nacimiento	70% Sierra
Estado Civil	85% casadas
Grado de Instrucción	
Ninguna	20%
Primaria	30%
Secundaria	50%
Encuesta	
Tamaño muestral	11
Edad Promedio	44.5 años (DS=8.4)
Intervalo	40-52 años
Lugar de Nacimiento	72.7% Sierra
Estado Civil	90.9% (casadas)
Grado de Instrucción	
Ninguna	9%
Primaria	36.4%
Secundaria	54.6%

CUADRO 2. MENSTRUACIÓN: Actitud, Conocimiento y Significado

Sinónimos:

- Comadre, bandera, bandera peruana, visita, regla, sangre.

Reacción ante la menarquia:

- Malestar, incomodidad.
- Duda, desesperación porque "No es normal".
- Miedo: "Me voy a morir".
- Sorpresa, susto.

Conocimiento sobre la menstruación:

- Era algo tabú, prohibido.
- Algo se hablaba en la familia y/o colegio, no mucho.

Definición y significado:

- Es cuando no se concibe luego de los días fértiles.
- Es el inicio del desarrollo.
- Comienza la capacidad para concebir.
- Es un desfogue de sangre que, si no sale, no se sabe a dónde va.
- Desfogue sexual.
- Es la eliminación de lo malo.

CUADRO 3. MENOPAUSIA: Actitud, Percepción y Significado

Sinónimos:

- Edad crítica, climaterio, segunda adolescencia.

Definición:

- Retiro de la regla.
- Es un cambio psicológico.
- Es propio de la tercera edad o indica que la vejez está empezando.

Significado:

- Cese de la fertilidad. No hay temor de embarazo, esto causa alivio.
- Hay más tranquilidad.
- Más problemas: "Se siente como otra persona, alterada".
- Las mujeres son más achacosas, más añosas, más viejas.
- Liberación de la carga doméstica.
- Mejora social: prestigio, más experiencia, estatus.

Actitud:

- No hay tiempo para pensar en eso.
- Cólera con familiares.
- Cansancio.
- Ganas de huir.
- Menos gastos, ya no compro toallas.
- Si reglara otra vez me sentiría más joven.

CUADRO 4. MENOPAUSIA: Síntomas y Enfermedades Asociadas

Percepción:

- Es una enfermedad.
- Un evento de la vida, es normal, algo natural.
- Es una carga que lleva la mujer.
- El cuerpo es como una maquina que deja de funcionar.

Síntomas:

- Cambio de carácter, "histéricas" (intolerancia, irritabilidad).
- Nostalgia, "viene la depresión".
- Achaques, dolores en: cabeza, brazos, espalda, cintura, huesos, ovarios y vagina. "¡Auch por todo!"
- Dolor al tener relaciones sexuales.
- Bochornos (aunque no está bien definido).
- Cansancio, aburrimiento.
- Insomnio.
- Sensación de ahogo.
- Mareos.
- Disminución de la vista.

Enfermedades Asociadas:

- Problemas con el colesterol.
- Enfermedades urinarias.
- Enfermedades del corazón y la circulación.
- Enfermedades de los huesos (dolor, deformación).
- Puede dar derrame.
- Empeora la vista.

CUADRO 5. MENOPAUSIA: Sexualidad y Familia.

Familia:

- Afecta el hogar: "Tenía problemas, cada vez que mis hijos subían un poco el volumen de la radio me molestaba con ellos".
- Me exaspero con ellos fácilmente, les grito.

Actitud ante la sexualidad en la menopausia:

- Están cansadas.
- No llama la atención.
- No tienen deseo.
- Es por obligación.
- Estos cambios no son por la pareja sino por ellas mismas.
- Una de ellas afirmó que no había cambios en la sexualidad.

Expectativas:

- El esposo debe ser más comprensivo con la pareja.
- Necesidad de afecto más que de sexo.
- No recibirían hormonas para aumentar el deseo sexual.

CUADRO 6. MENOPAUSIA: Tratamiento, aceptación

Necesidad de acudir al médico. ¿Por qué?

- Las mujeres deben prepararse para la edad crítica.
- Para prevenir síntomas antes de llegar a ella.
- Falta de vitaminas.
- Achaques, síntomas.
- Insomnio.
- No requiere ayuda médica, solo autocontrol.

Conocimiento de tratamientos:

- No hay tratamiento.
- Hormonas y vitaminas.
- Las hormonas las ponen más fuertes.

Aceptación de tratamiento:

- Si es necesario, está bien.
- Es un arma de doble filo.
- Si lo receta un médico, no lo rechazaría.
- Tomaría hormonas para mantener a mi esposo.

CUADRO 7. Método cuantitativo: Encuesta. San Juan de Lurigancho

¿Qué es la menopausia o edad crítica?

- Retiro de la menstruación (2)
- Dolor del cuerpo, malestar (1).

¿Es una enfermedad la menopausia o edad crítica?

- Sí (2).
- No (2).
- No respondieron (7).

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes de la menopausia?

- Dolor de espalda (6).
- Cefalea (6).
- Dolor de huesos o muscular (5).
- Disminución del deseo sexual (5).
- Urgencia para orinar (4).
- Falta de sueño (4).
- Falla en la memoria (4).
- Bochornos (3).
- Sudoración (3).
- Dispareunia (3).
- Sequedad vaginal (3).
- Falta de aire (3).
- Escalofríos, cansancio (2).

CUADRO 8. Método cuantitativo: Encuesta. San Juan de Lurigancho

Sobre síntomas: frecuencia y severidad

- Frecuencia: Ocho (72.7%) tenían algún síntoma.
- Severidad: en la mitad (4), les afectaba de manera importante

¿Sabe si existe algún tratamiento?

- Sí (6), aunque ninguna lo recibe por dinero, acceso, no acuden a la posta.
- Diez (91%) creen que se requiere ayuda de un psicólogo.

Ventajas del tratamiento:

- Mejora de síntomas (4).
- Mantiene unida a la familia (3).

Desventajas del tratamiento:

- Sangrado vaginal (1).
- Gestación (1).

La mayoría (7/11) desconocían las ventajas y desventajas del tratamiento hormonal.

Sexualidad:

- | | |
|---|--------|
| A favor de la sexualidad durante menopausia | (4/11) |
| En contra | (1/11) |