

**Alteraciones menstruales de las cooperantes internacionales. Un tema para desarrollar desde la Bioantropología.**

Consuelo Prado Martínez, Patricia Rodríguez Pulido  
Universidad Autónoma de Madrid – España.  
[consuelo.prado@uam.es](mailto:consuelo.prado@uam.es)

## **INTRODUCCIÓN**

El aporte español en acciones de Cooperación Internacional en relación a otros países de la U.E. es aun discreto por lo que el reciente Plan Director de la Cooperación Internacional Española 2005-2008, enfatiza en el incremento de políticas que favorezcan la consecución de los objetivos de Desarrollo del Milenio (Declaración del Milenio). A raíz de este compromiso en cooperación internacional se han diversificado las actuaciones y proyectos ampliando los países destinatarios de las acciones. El número de voluntarios y voluntarias enviados para apoyar los diferentes planes y proyectos sobre el terreno ha incrementado significativamente, en acciones enmarcadas dentro de tres categorías: países prioritarios, países con atención especial y países preferentes. En este marco un o una cooperante puede desarrollar su voluntariado en regiones tan distantes y diversas como China, Magreb o la Patagonia argentina.

En el ámbito universitario español se han creado departamentos y/o oficinas de Cooperación Internacional que con fondos propios y obtenidos de entidades publicas o privadas promueven acciones de solidaridad y desarrollo con voluntariado universitario y post licenciados. Las mujeres superan el 50% entre los voluntarios, esta situación implica no solo una experiencia vital de innegable trascendencia sino también, desde la óptica de lo biológico, un cambio posible en los recursos homeostáticos microadaptativos en nuevos entornos.

De este ajuste se conoce poco de las repercusiones metabólicas y endocrinas tanto puntuales como a medio plazo sobre la salud y calidad de vida de las mujeres. Sí se poseen datos concluyentes sobre procesos semejantes en emigrantes, si bien en estas mujeres hay periodos más prolongados de desplazamiento, situaciones de estrés y entornos muy diferentes todos indican no obstante, la existencia de un efecto sobre la funcionalidad ovárica debida al estrés (cambio socio cultural, inestabilidad

laboral y económica, separación familiar, deficitarias condiciones de habitación y hacinamiento) (CCHS, 1997; Evelet, 1978; Lindstön et al., 2001). Además de una modificación en la cantidad, calidad y patrón de alimentación que repercute en su situación somática general (Lizarzaburu et al., 2002). La OMS en su reciente informe sobre Inmigración enfatiza estos aspectos de enfoque de género (OMS, 2006). De estas modificaciones somato-fisiológicas cronificadas derivan predisposiciones mórbidas evidentes en el contexto de las enfermedades degenerativas: Obesidad, Diabetes, Circulatorias y ligadas al metabolismo óseo. (Gerber et al., 1999; Doteval et al., 2000)

La sensibilidad del ciclo menstrual de la mujer, como función que demanda ciertas condiciones de óptimos endocrinos tanto para su inicio (Frisch et al., 1973), como para su mantenimiento (Prado et al, 2002). Por ello esta función supone un claro indicativo de situaciones de crisis y riesgo que en su desajuste se identifica con alteraciones (irregularidades), minimizada (ciclos anovulatorios) y /o suprimida (amenorreas) además de prevalencia en sintomatología asociada al ciclo menstrual.

La situación de las cooperantes en cuanto a cambio drástico, rápido y no prolongado en el tiempo requiere la búsqueda de procesos objetivos que indiquen la amplitud del riesgo dimanado de la nueva situación. Nuevamente en este contexto se invisibiliza a la mujer no asumiendo riesgos de morbilidad o disfunciones específicas en los planteamientos globales. No se contemplan quejas y /o síntomas de los que no existen datos a nivel estadístico.

Los paradigmas reduccionistas en todo caso medican con hormonas que en el caso de mujeres jóvenes puede tener repercusiones negativas a medio plazo (Green et al, 2002). Otro de los factores variantes con manifestación inmediata sobre la morfo-fisiología de los sujetos es la alimentación. En efecto, como seres heterótrofos dependemos del correcto aporte en cantidad y calidad de nutrientes y de su balance para funcionar de modo óptimo. Además en cuanto a generadores e integrantes de culturas asumimos unos patrones de conducta alimentaria que han definido en parte nuestras respuestas biológicas (Prado et al., 2005). La posible modificación de estos patrones que tiene lugar en el contexto previo (Prado et al, 2004) repercute en la salud por ejemplo a través de los niveles de ferritina y riesgo anémico., predisposición diabética,

metabolismo óseo y/o cardio-circulatorio ((Roville-Sausse et al, 2002, Welty, 2004, Sasser et al., 2002).

Normalmente la acción solidaria es ejercida en edades de óptimos funcionales (18-30 años), en las que no sería necesario utilizar recursos de situaciones límites o de crisis de otros momentos del ciclo vital humano. Por ello, al plantear este estudio, que es un pilotaje sobre una situación poco conocida, se pretende abordar los dos aspectos antes referidos por su ecosensibilidad. El ciclo menstrual y la alimentación de las cooperantes. La investigación nace con una vocación práctica, no solo conocer, sino con la visión multidisciplinar de la antropología, orientar a gestores de programas y voluntarios para la formación previa a la salida capacitando la comprensión y prevención de cambios no deseables.

### **Población y Métodos.**

La muestra estudiada en este estudio piloto está integrada por 84 mujeres universitarias y licenciadas en su mayoría estudiantes de la UAM (Universidad Autónoma de Madrid) vinculadas a las acciones Internacionales de la Oficina de Acción Solidaria de la UAM. Esta oficina ha sido creada el 2 de octubre del 2002 para trabajar a favor del desarrollo, la integración y defensa de la interculturalidad. Todas las mujeres para su incorporación al estudio debían cumplir los requisitos siguientes:

- Haber participado en uno o varios de los programas internacionales de cooperación con desplazamiento al país de destino de la acción solidaria.
- Edad comprendida entre 18-30 años
- Que cada una de las estancias no fuera inferior a los 3 meses

Tras ser informadas del alcance del estudio así como de la protección y anonimato de los datos (Helsinki, 2002) se integraron voluntariamente en él.

La encuesta realizada personalmente se diseñó a efectos de los objetivos propuestos focalizándose sobre:

- Cooperante: formación, edad, enfermedades previas, ciclo menstrual y patrón de alimentación Habitual.

- Acción: Lugar de destino, Tiempo de permanencia en destino.
- Menstruación: Evaluada a tres niveles: Habitual, en el país de destino de la acción y al regreso a España. Considerando en cada caso los aspectos siguientes y su temporalidad: Regularidad del ciclo, Retrasos y Adelantos, Amenorrea (s) secundarias y su duración, Dismenorrea (Intensidad y Cambio), Otras, evaluadas como cuestión abierta.
- Alimentación: Para estudiar el patrón alimentario se consideraron las ingestas y consumos de los siguientes grupos de alimentos: Hidratos de Carbono, Grasas y su tipo, Verduras y Frutas, Carne, Pescado, Azúcares y dulces, Leche y derivados lácteos, Otros (Horarios, nº de comidas, tipo de cocinado...). El consumo de cada uno de estos grupos se hizo analizando la frecuencia de consumo semanal en el país de origen (España) y en los países de Destino. También se incluyó un apartado para observaciones y valoraciones personales sobre los aspectos de alimentación durante la acción.

El estudio se ha realizado en el primer semestre del año 2006. Sobre acciones de cooperación realizadas en 2004 y 2005.

### Resultados

La acción prioritaria de la UAM refiere unos destinos prioritarios. La población objeto de estudio ha actuado en América Latina, Europa, Magreb y Oriente próximo. En la tabla 1 se resumen los destinos encontrados así como la agrupación realizada.

América Latina		Europa		Magreb / Oriente Medio	
Argentina	31 %	Italia	22 %	Líbano	20 %
México	19 %	Francia	15 %	Jordania	20 %
Panamá	13 %	Grecia	14 %	Omán	20 %
Guatemala	13 %	Portugal	14 %	Marruecos	40 %
Brasil	6 %	Inglaterra	14 %		
Nicaragua	6 %	Irlanda	7 %		
Chile	6 %	Holanda	7 %		
Ecuador	6 %	Noruega	7 %		
<b>TOTAL</b>	<b>44 %</b>	<b>TOTAL</b>	<b>48 %</b>	<b>TOTAL</b>	<b>8%</b>

Tabla1- Principales destinos de las cooperantes españolas incluidas en el estudio de acuerdo a las áreas consideradas y países incluidos en cada una de las grandes zonas de destino.

La edad media de las cooperantes ha sido de  $24,2 \pm 2.7$ . La edad media es significativamente diferente dependiendo del lugar de la acción así las cooperantes de América Latina supera los 25 años de media y los 26 en el caso de los destinos de Magreb y Oriente próximo. La tendencia es pues a que la cooperante en Europa simultanee su acción con estudios mientras que en los entornos extra europeos la cooperante lidera o participa en la acción de modo exclusivo en los países de acogida. La duración media en destino ha sido de  $8 \pm 5.0$  meses. Sin embargo en la duración hay una diferencia marcada según destino así mientras en América Latina las estancias son de  $10 \pm 4.1$ , en Europa y Oriente próximo son de duración más corta  $7 \pm 3.4$  meses.

Pese a las duraciones y diversidad de destinos no fueron informadas sobre nutrición a nivel de necesidades metabólicas propias o posibles riesgos somato-fisiológicos. La formación aborda más la enfermedad una vez adquirida o de riesgo, pero no previene el mantenimiento de óptimos saludables.

El estudio del ciclo menstrual parte de su inicio, en este caso la edad media de menarquia ha sido de  $12.63 \pm 1.24$  valor acorde con los datos actuales para la población española (Prado, 2003). Todas las participantes tenían ciclos no existiendo situaciones de amenorrea antes de la partida. Tampoco por embarazo o lactancia. Se asumió la duración del sangrado así como la del intervalo entre dos menstruaciones como normal en cada una de las mujeres participantes a los tenidos en origen habitualmente. Aunque se estudió cada caso de modo individual los valores medios de base se sintetizan en la tabla 2.

Ciclo menstrual habitual	Medio
Edad de Menarquia	$12,63 \pm 1.24$
Duración Sangrado	$4.09 \pm 1.87$
Duración Ciclo	$29.56 \pm 2.62$
Regularidad	93.12 %
Amenorrea en el momento	0 %
Dismenorrea	38 %

Tabla 2- Características del ciclo menstrual de las cooperantes estudiadas antes de la acción internacional.

A continuación se abordan los cambios experimentados en destino sobre esta importante función endocrina. Resulta evidente que las condiciones

encontradas en los destinos son muy diferentes y por lo tanto es aconsejable el análisis de esta variación respecto de los diferentes destinos. Así se agruparon por un lado las cooperantes con destinos europeos y las destinadas fuera del continente europeo.

Área de Destino	Europa	Fuera de Europa
Irregularidad Ciclo	81.8 %	68 %
Retrasos	64 %	56 %
Adelantos	18 %	22 %
Amenorrea	18.2 %	18.2 %
Dismenorrea	45.5 %	27.3 %

Tabla 3- Descripción en porcentajes de los cambios la función menstrual y sintomatología en los grupos de destino establecidos

Los cambios tanto en la regularidad como en la alteración de sintomatología que puede condicionar la merma de satisfacción y/o efectividad de la mujer. (tabla3). En la tabla solo se contemplan aquellos casos en los que la cooperante no experimente la disfunción con anterioridad es decir en los que se ha producido un cambio real. Se reseña un porcentaje próximo al 20 % de amenorreas en los dos bloques de destinos a las que habría que prestar atención y prevenir. Las irregularidades del periodo son mucho más frecuentes y lo son en mayor medida en las mujeres con destinos europeos pese a que se suponen en estas condiciones más afines a las del origen. Lo anterior hace aconsejable el análisis de lo que puede acontecer a la vuelta tras el período de acción de voluntariado. (Tabla 4).

Área de Procedencia	Europa	Fuera de Europa
Irregularidad del Ciclo	27.3 %	36.4 %
Retrasos	75 %	67 %
Adelantos	0 %	0 %
Amenorrea	9.1 %	18.2 %
Dismenorrea	63.6 %	54.5 %

Tabla 4- Descripción en porcentajes de los cambios en función menstrual y sintomatología durante los 4 primeros meses del regreso a España.

Aunque el número de mujeres afectadas es menor al regreso no deja de representar elevados porcentajes de situaciones de disfunción. En efecto en el caso de las amenorreas no desciende el número de afectadas cuyos destinos han sido países europeos. Los casos de dismenorreas es decir de molestias y dolores son significativamente más elevados que en las condiciones previas a

la partida e incluso superiores a los experimentados en los diferentes lugares de destino. Un 30 % de mujeres con destinos europeos refieren que solo experimentan dismenorrea al volver a España y este porcentaje se eleva al 35% cuando la acción se ha desarrollado fuera de nuestro continente. La duración de la alteración es un punto a tener en consideración pues en cierta manera permite intuir el lapso adaptación a una nueva situación, en este sentido se ha estudiado los meses en los que tanto en el país de acogida en la acción como al regreso a origen (España) las cooperantes indicaban el tiempo de padecimiento. (Tabla 5). En cada caso se ha analizado respecto del historial menstrual de cada una de las mujeres participantes es decir los ciclos habituales previos al viaje.

Variable	Amenorrea (en meses)*		Irregularidad Retraso meses		Irregularidad Adelanto meses	
	Europa	No EU	Europa	No EU	Europa	No EU
Meses Disfunción En zona Destino	4.1 ± 2.0	1.5 ± 0.7	Durante toda la estancia	Durante toda la estancia	Durante toda la estancia	Durante toda la estancia
Meses Disfunción Regreso España	1.3 ± 1.4	2.6 ± 0.9	1.0 ± 0.6	1.5 ± 1.0	–	1.5 ± 0.7

Tabla 5- Meses de padecimiento y/o alteración del ciclo menstrual (Amenorreas e Irregularidades) en las zonas de destino y al regreso a España.

Es reseñable la presencia de irregularidades tanto en sentido de retraso como de adelanto de la menstruación que tanto en destinos europeos como fuera de estos persiste durante toda la acción de la cooperante en los diferentes destinos en aquellas que describen el padecimiento de la disfunción.

De acuerdo a los objetivos marcados interesa conocer la vinculación de los patrones alimentarios al proceso microadaptativo. La alimentación constituye uno de los resortes primarios que el sujeto condiciona en los nuevos entornos a los que se ve sometido. La adaptación biológica que conlleva es más lenta y puede condicionar procesos transitorios de desajuste con repercusiones inmediatas, por ejemplo sobre el ciclo menstrual, o a medio plazo sobre otras disfunciones metabólicas y predisposición patológica.

En la tabla 6 se resumen los resultados sobre los consumos de los principales grupos de alimentos y su cambio del perfil habitual en la alimentación en origen (España). En este primer abordaje se ha ponderado del

1 a 4 el peso específico de los alimentos en el patrón de consumo descrito por las mujeres a nivel de una descripción de consumo semanal. . El 1 representa la presencia del alimento pero con un bajo peso en el patrón alimentario y el 4 sería la evaluación de un producto consumido como base de alimentación. Como primer paso se analizó si no existían diferencias entre los patrones de alimentación en España entre las mujeres destinadas a las diversas zonas de destino que en caso de existir podrían condicionar la interpretación de nuevas pautas alimenticias. El tipo de alimentación fue el mismo en origen no existiendo diferencias significativas en los dos grupos de cooperantes. Por lo anterior se considera solo consumo en España, Consumo en U.E. y Consumo fuera de la U.E.

Grupo de Alimentos	Hidratos de Carbono				Azúcar y Dulces			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Área / peso en el patrón	1	2	3	4	1	2	3	4
Origen España	10	39	10	10	43	56	1	0
Unión Europea	10	19	42	29	20	78	2	0
Fuera Unión Europea	8	22	40	30	45	50	5	0

Tabla 6- Ponderación (%) de la importancia del grupo de H.C. y azúcar en el patrón de alimentación de las cooperantes en España y durante la acción.

Grupo de Alimentos	Grasas				Otras especies			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Área / peso en el patrón	1	2	3	4	1	2	3	4
Origen España	40	55	5	0	0	0	0	0
Unión Europea	34	60	6	0	1	1	0	0
Fuera Unión Europea	42	57	1	0	1	3	0	0

Tabla 7- Ponderación (%) de la importancia del grupo de grasas, y especies y aditamentos en el patrón de alimentación de las cooperantes en España y durante la acción.

Grupo de Alimentos	Proteínas (Carnes)				Proteínas (Pescado)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Área / peso en el patrón	1	2	3	4	1	2	3	4
Origen España	12	39	38	1	20	40	26	14
Unión Europea	10	51	37	2	18	46	19	17
Fuera Unión Europea	8	50	40	2	39	33	18	10

Tabla 8- Ponderación (%) de la importancia del grupo Proteico (carnes/pescado) en el patrón de alimentación de las cooperantes en España y durante la acción.



Grupo de Alimentos Área / peso en el patrón	Leche y derivados				Verdura y Fruta			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Origen España	12	60	28	0	10	15	54	21
Unión Europea	6	61	31	2	12	49	29	10
Fuera Unión Europea	23	72	5	0	10	47	30	13

Tabla 9- Ponderación (%) de la importancia del grupo de Lácteos, Verdura y Fruta en el patrón de alimentación de las cooperantes en España y durante la acción.

El estudio realizado sobre los grandes grupos de alimentos reporta que en los desplazamientos se producen cambios notorios en los patrones de ingesta pese a su coyuntura y carácter temporal. Sin proceder al análisis cuantitativo de los alimentos, en esta primer pilotaje estudia las frecuencias de consumo de: Hidratos de Carbono (simples y complejos), Grasas, Proteínas de origen animal, Frutas y Verduras y Lácteos. (Tablas 6, 7, 8 y 9). Hay que destacar las siguientes tendencias en los cambios de alimentación.

1- Las mujeres cooperantes aumentan, de modo significativo, la proporción de Hidratos de Carbono independientemente del lugar de destino y en relación con el consumo en España. Sin embargo mientras que en los destinos de la EU es fundamentalmente en azúcares de absorción rápida en los países no europeos el aumento es más balanceado en los aportes de H.C. complejos.

2- El aporte graso difiere según destino así se mantiene en Europa disminuyendo en los destinos extra comunitarios. En ambos casos si se ha comprobado un cambio en la calidad de la grasa empleada para la preparación de los alimentos que en España es aceite de oliva y en los destinos se sustituye por grasas poliinsaturadas o saturadas.

3- Los aportes proteicos (carne y pescado) se mantienen en los destinos en U.E. y en otros países pero sobre esta situación se ha podido comprobar un descenso en consumo de pescado en los destinos no europeos lo que indica que en las cooperantes con estos destinos se hace más radical el aporte cárnico.

4- El consumo de frutas y verduras desciende de modo generalizado durante el período de la cooperación. En efecto las mujeres pierden casi 1 ración de fruta y o verdura al día respecto de los patrones en España.

5- Hay diferencias significativas en el consumo de leche y derivados. En España el consumo diario es de 2 raciones, se eleva ligeramente en Europa y disminuye a tan un consumo diario de una ración solo en un porcentaje elevado de sujetos estudiados. Aportes claramente por debajo de las actuales recomendaciones.

6- Mientras que en España no existe una tradición en la adición de especies, estos se incluyen de modo no habitual en los lugares de destino no europeos

### Conclusión

Si consideramos que la salud es un bien social y un derecho inalienable para todos y vertebramos en la prevención este derecho resulta desconcertante como se desconocen aspectos de situaciones que a priori parecen controladas. Evidentemente el impacto de los desplazamientos de duración corta y media incide en la alteración de aspectos funcionales importantes como es el ciclo menstrual

Los datos sobre la alimentación, indican como el tipo de alimentación pueden ser un factor de distorsión sobre la composición corporal y fisiología. En concreto sobre el ciclo menstrual estudiado. Así sería necesaria la profundización cuantitativa que permita conocer los alejamientos sobre las recomendaciones, ingestas habituales y las modificaciones en destino.

Este trabajo tiene un marcado carácter exploratorio y es marco de apertura de una exploración que pretende la reflexión sobre la importancia de los enfoques multidisciplinares en los que la Antropología, como ciencia de síntesis tiene un papel fundamental.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez,J., Vioque,J.(2001). Ganancia en peso a lo largo de la vida adulta. *Medicina Clinica (Barcelona)*.117: 172-174.
- Comité on Community Health Services. Health care for children of immigrant families. (1997).*Pediatrics* 100:153-156.
- Dotevall,A., Rosengren,A.,Lappas,G., Wilhelmse,L.(2000) Does immigration contribute to decreasing CHD incidence?.Coronary risk factors among immigrant in Göteborg,Sweden.*J.Intern.Med* 247:331-339.
- Eveleth,P.B.(1978).Population differences in growth: environmental and genetic factors. Fakner F. & Tanner JM (eds).*Human Growth*.N.York.Plenum press
- Gerber,L.M., Stern,P.M.(1999).Relationship body size and body mass index to blood pressure:Sex specific and developmental influence.*Hum.Biol.* 71:505-552
- Lindstön,M.,Sundquist,J.(2001).Immigration and leisure-time physical inactivity : a population based study. *Ethn.Health* 6: 77-95.
- Lizarzaburu,J.L,Palinkas,L.A.(2002).Immigration, acculturation and risk factors for obesity and cardiovascular disease a comparationbetween Latinos of Peruvian descent in Peru and the United States.*Ethn.Dis.* 12:342-352.
- Prado,C.,Nielsen,A.H.,Martinez,R.,Gallego,I.,Paez,A.(2002).Body composition of young girls. New fashion and some clinical repercussions. *Humanbiol.*27:153-158. Budapest.
- Prado,C.(2003).La puberté:une periode de crise.*Anthropologie Biologique*. Susanne, Rebato &Chiarelli (eds).De Boeck.Bruselas.
- Prado,C.,Carmenate,M.,Vazquez,F.,Marrodan,M.D.(2004).Les facteurs de risque dans les altérations nutritionnelles:Aspects anthropométriques et sociaux. *Biom.Hum. et Anthropol.*22:67-72.
- Roville-Sausse,F.,Amor,H.,Baali,A.,Belkeziz,N.,Vercauteren,M.,Prado,C.(2002) Mode d'allaitement de nourrisson au Maghreb et dans trios pays d'immigration. *Migrations Santé*110/111 :7-18.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Series delnformes Técnicos nº 894. Ginebra.
- Sasser,A.,Rousculp,M.,Birnbbaum,H.,Ester,E.,Lufkin,e.,Mallet,D.(2005). Economic burden of osteoporosis, breast cancer and cardiovascular disease among postmenopausal women in a employed population. *Women´s Health Issues*, 15 (3):97-108.
- Welty, F.(2004). Preventing clinically evident coronary heart disease in the postmenopausal women. *Mnopause* 11(4):484-494.