

Con cierta frecuencia durante las reuniones del equipo de trabajo de un área de la atención primaria de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, etc.) se escuchan conversaciones y comentarios como los siguientes.

- No sé qué hacer con J... está cada día más deprimida, a pesar del tratamiento con psicofármacos y del apoyo familiar. Tal comportamiento es incomprensible. No hemos detectado problemas en sus relaciones con la familia ni otros que puedan justificar su estado.
- Necesito ayuda, ya el ortopédico, el reumatólogo y el internista han atendido a E... y no logro que mejore, cada día está más decaída, con dolores óseos, insomnio.
- Llevo más de 6 meses explicándole a O... que sus malestares dependen del «cambio de vida» y continúa quejándose e insistiendo en que debe ser remitida a un especialista. Está claro que no desea sentirse como se siente.
- No estoy de acuerdo con el uso de hormonas para tratar los síntomas del climaterio, considero que su empleo está relacionado con el cáncer de mama y de útero, así se lo dije a X... la compañera del primer piso que está bajo tratamiento con terapia hormonal de reemplazo. No sé por qué hay mujeres que se niegan a envejecer.

Estos comentarios me hicieron recordar algunos casos clínicos:

La Sra. B. tiene en la actualidad 35 años, desde hace 5 meses refiere una serie de síntomas tales como: sudoración y enfriamiento que aparecen, a veces, durante el ayuno, cuando realiza actividad física o cuando está preocupada. También dice sentir angustia, torpeza mental, es decir, incapacidad para concentrarse; dolores óseos y pérdida del apetito sexual.

Por estas razones tiene miedo salir o permanecer sola en la casa y además tuvo necesidad de diferir su actividad laboral toda vez que la misma se desarrollaba en el campo intelectual.

Durante estos años concurre frecuentemente al médico, se le diagnostica hipoglicemia y cumple diferentes tratamientos: ingerir alimentos cada 3 horas, no salir a la calle sin llevar alimentos consigo, no comer dulces, ni tomar sedantes. Esta

La Sra. N. tiene 45 años, es alegre, trabajadora, cuida de la casa y la familia. Con algunas amigas forman un grupo que se dedica al cuidado de un jardín de plantas medicinales.

N. es fumadora habitual, lleva una vida sedentaria, tiene antecedentes de hipertensión arterial y desde hace varios meses cuando realiza algún esfuerzo físico o durante las noches presenta dolores en el pecho, crisis de sudoración y enfriamientos que ceden con el reposo. Ella por temor a tener «algo en el corazón», decide que debe hacer reposo, disminuyendo su actividad doméstica. Tal situación es comprendida por la familia, a tal punto que el esposo, disminuye «sus reclamos amorosos».

N. por su carácter ríe y en ocasiones le dice a sus amigas que «su problema del corazón» vino a resolverle otras situaciones con su marido; ya que, desde hacía varios meses, si bien su deseo sexual no había disminuido, al realizar el coito le resultaba doloroso debido a que se sentía la vagina seca.

Por otra parte N., también está preocupada porque ante el más mínimo esfuerzo siente deseos de orinar y a veces se le dale la orina.

Durante una visita al cardiólogo, después de los exámenes clínicos pertinentes, se confirma que la paciente no está enferma del corazón, pero presenta un nivel de colesterol alto lo que requiere el tratamiento pertinente. Al observar la tristeza con que N. recibe la noticia, el médico pregunta qué le sucede, y ella le refiere «sus problemas sexuales». El especialista le explica que todos esos problemas tienen solución con un tratamiento adecuado, ya que la causa es la disminución de estrógenos que ocurre después de la menopausia. Se le explica que este tipo



LA MENOPAUSIA

No es el fin de la vida

percepción de sentirse enferma incrementa en la paciente el estado de ansiedad e intranquilidad.

Por tales razones la Sra. B. acude a la consulta. Al interrogarla, explica que hace cinco años, producto de un embarazo ectópico, se le había eliminado un ovario; y que seis meses antes del inicio de los síntomas referidos, se le había extirpado el otro por presentar quistes.

A la señora B. se le diagnosticó una menopausia quirúrgica. Se le recomendó tratamiento con estrógenos, lo que contribuyó a que desaparecieran los síntomas que la aquejaban con la consecuente mejoría de su estado psíquico y físico. Al decir de ella es otra persona.

PRIMERA PARTE

✦ Dra. Daysi A. Navarro Despaigne
Lic. Leticia Artiles Visbal

de tratamiento va a mejorar las molestias en la relación sexual y puede contribuir a disminuir los niveles de colesterol sanguíneo.

Las historias clínicas y los comentarios antes referidos son ejemplos de situaciones que con frecuencia afectan la estabilidad de la familia y la salud de la mujer en la quinta década de la vida y reflejan diferentes conductas médicas a seguir para contrarrestar las alteraciones biológicas y clínicas características del climaterio.

La experiencia de trabajo nos ha permitido identificar que no existe un conocimiento integrado de los efectos biopsicosociales que están presentes durante el climaterio y que disminuyen el estado de salud y bienestar de la mujer.

El presente trabajo está dirigido a actualizar, en forma breve y asequible, los conocimientos fisiológicos, fisiopatológicos, psicoconductuales, sociales, clínicos y terapéuticos del climaterio. Esperamos que el mismo contribuya a favorecer la toma de decisiones por el médico de asistencia, fundamentalmente en la atención primaria de salud.

¿Qué es la menopausia?

Aunque se usan de manera indistinta, las palabras menopausia y climaterio no significan lo mismo. La primera se refiere al cese de la menstruación producto del fallo de la función ovárica y la segunda, al período de tiempo durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva⁽¹⁾

El climaterio se divide en tres etapas, las que definimos como:

PREMENOPAUSIA. Desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.

MENOPAUSIA. Después de 12 meses de amenorrea continua.

POSTMENOPAUSIA. Período entre 5 y 10 años subsiguientes a la ocurrencia de la menopausia.

La edad de aparición de la menopausia es variable, se acepta que puede ocurrir entre los 35 y 55 años. Como promedio debe sobrevenir a los 50 años. Por debajo de los 40 años se considera temprana y por encima de los 52 años tardía; en ambos casos el médico debe priorizar la atención para identificar las causas y seguir de cerca la evolución de la mujer. Estudios exploratorios revelan, para Cuba, una edad promedio de menopausia de 47 años.

Entre los factores que influyen en la edad de la menopausia se señalan^(2,3,4):

1. La herencia
2. La raza, mediterráneas y nórdicas tienen la menopausia a edades más tempranas
3. El hábito de fumar disminuye la edad de la menopausia
4. A mayor número de partos menopausia más tardía
5. Otros factores, polémicos entre diversos autores, son el estado civil, la categoría laboral, el nivel socioeconómico, la obesidad y el uso de contraceptivos hormonales, entre otros.

¿Por qué ocurre la menopausia?

La característica fundamental del climaterio la constituye la pérdida de la función ovárica por agotamiento de su reserva folicular. Tal cambio morfofuncional provoca modificaciones en el patrón hormonal femenino. Los folículos del ovario se forman durante la vida intrauterina, a la quinta semana de formación embrionaria se alcanzan cifras de 100 000 células germinales; entre la sexta y octava semana estas células,

llamadas ovogonias, comienzan un período de división y multiplicación y en la quince ya existen seis y siete millones. A partir de ese momento, mediante un proceso de autólisis y fagocitosis de los ovocitos, por las células de la granulosa, se iniciará una pérdida progresiva de éstos.

A medida que transcurren los años se desarrolla una resistencia de los folículos al estímulo gonadotrópico, por lo que en cada ciclo aumenta el número de folículos que inician el crecimiento pero que no lo completan, se produce un mayor número de folículos atrésicos lo que favorece el agotamiento ovárico. De esta manera el ovario presenta «un tiempo de vida limitado» por agotarse el número de folículos o no responder a los estímulos neurohipofisarios habituales.

Para poder comprender cómo está regulado el ovario es necesario analizar algunos aspectos de su fisiología^(5,6).

¿Cómo funciona el ovario?

El folículo constituye el elemento más importante de la histología ovárica. Su ciclo de maduración es: folículo primordial - folículo en crecimiento - folículo maduro - folículo atrésico.

La diferencia entre la niñez, la etapa reproductiva y la climatérica o no reproductiva está dada por el tipo de folículo presente en el ovario:

1. **ETAPA PREPUBERAL O NIÑEZ.** Los folículos son inmaduros, primordiales o primarios formados por el óvulo rodeado de una sola capa de células,
2. **ETAPA REPRODUCTIVA.** Se extiende desde la pubertad hasta la menopausia (desde los 8 a los 52 años). La hormona folículo estimulante (FSH), producida por la hipófisis, induce el desarrollo de los folículos primarios estimulando su crecimiento hasta la formación del folículo maduro. Este último produce los estrógenos, que son las hormonas que van a preparar el organismo femenino y en particular, al aparato reproductor (mama, útero, vagina) para que ocurra la unión del óvulo con el espermatozoide.

Durante este ciclo por efecto de otra hormona hipofisaria, la luteinizante (LH), el folículo maduro se rompe, liberando el óvulo para que este sea fecundado. El resto folicular forma el cuerpo amarillo que produce progesterona, hormona, que deberá garantizar la supervivencia del huevo hasta que se forme la placenta. De no ocurrir la fecundación, este órgano se atrofia y se forma el folículo atrésico.

La etapa reproductiva femenina se caracteriza por una serie de fases que ocurren y se repiten en cada ciclo:

FASE PROLIFERATIVA

- Se inicia después de la menstruación, en ella se produce el crecimiento y maduración folicular.
- Se producen estrógenos
- Está bajo el control de la FSH
- Prepara al organismo para la nidación del huevo, y
- Dura aproximadamente hasta el día quince del ciclo menstrual, momento en que ocurre la ovulación.

FASE PROGESTACIONAL

- Se inicia después de la ovulación,
- Está bajo el control de la LH,
- Se produce progesterona,
- Prepara el organismo para la supervivencia del huevo
- Dura del 15 al 28 del ciclo menstrual y concluye con el primer día de la menstruación de no haber embarazo. De

Etapa	Característica ovárica	Patrón hormonal
I. PREPUBERAL	Folículos primarios	Ninguno
II. REPRODUCTIVA	Ciclo ovárico completo: folículos primarios, en crecimiento y maduros	FSH, LH, Estrógenos, Progesterona, Testosterona Androstenediona
III. CLIMATÉRICA	Folículos atrésicos	FSH y LH aumentadas, Estrógenos muy disminuidos*, Progesterona extremadamente disminuida*, Testosterona disminuida**

existir embarazo se suprime el ciclo ovárico y no se produce desarrollo folicular.

En esta etapa los ovarios, además de las hormonas referidas, producen testosterona y androstenediona.

ETAPA POSTREPRODUCTIVA O CLIMATÉRICA

— Con el decursar de los años cada vez menos folículos maduran, por lo que disminuye la producción y secreción de estrógenos, no se produce ovulación y se pierde la capacidad reproductiva. Las glándulas suprarrenales y ciertos tejidos, como el adiposo, son capaces de compensar este déficit al asumir la producción de las mismas aunque sea en pequeñas cantidades.

El déficit estrogénico origina los síntomas y signos conocidos como síndrome climatérico (SC) (7,8,9).

¿Cuál es la función de las hormonas sexuales?

La función de las hormonas sexuales producidas por las gónadas (ovarios y testículos) o las glándulas adrenales son:

ESTRÓGENOS (estradiol, estrona). Están encargados de promover el desarrollo y mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios: distribución anatómica de la grasa corporal femenina (caderas y abdomen inferior), características de la piel (suavidad y humedad), tamaño y trofismo mamario, así como de mantener el desarrollo del endometrio y la lubricación vaginal. También intervienen en el mantenimiento del epitelio vesical y facilitan la actividad sexual.

PROGESTERONA. Prepara el organismo para la supervivencia del huevo, y garantiza el inicio de una nueva vida.

ANDRÓGENOS. Favorecen el desarrollo y características del vello sexual, mantienen y estimulan la libido.

Durante la etapa climatérica la hormona más deficitaria es la progesterona; los estrógenos y andrógenos disminuyen, pero no totalmente.

Si en la etapa reproductiva las hormonas garantizan una excelente y total preparación para la actividad sexual y la perpetuación de la especie, durante la etapa no reproductiva sólo en cierta medida aseguran el apetito sexual y con frecuencia resultan insuficientes para mantener una eficaz preparación y lubricación vaginal, todo lo que ocasiona malestares en el orden biológico y en la esfera psicoconductual debido esencialmente a la disfunción en la relación de pareja.

¿Qué manifestaciones clínicas origina el cese de la función ovárica?

El cese de la función ovárica produce una deficiencia hormonal que se expresa, con síntomas característicos conocidos como

Síndrome Climatérico (SC). El SC se presenta en dos de cada tres mujeres, se inicia durante la premenopausia y va disminuyendo con el tiempo. Los síntomas más frecuentes son (10,15):

SÍNTOMAS NEUROVEGETATIVOS. Sofocación, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio, vértigos.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS. Labilidad emocional, nerviosismo, irritabilidad, depre-

sión, disminución de la libido.

ALTERACIONES GENITOURINARIAS. Sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, incontinencia urinaria.

Otros efectos del déficit estrogénico que predominan, esencialmente, durante la postmenopausia son la insuficiencia coronaria y la osteoporosis; enfermedades que tienden a disminuir la calidad de la existencia e incluso acortar la vida de la mujer.

Por otra parte, es frecuente que durante el período climatérico se presenten desórdenes fisiopatológicos que hacen más crítica esta etapa de la vida; tal es el caso, entre otras afecciones, de la aparición de hipertensión arterial, diabetes mellitus y neoplasias ginecológicas.

Las crisis vasomotoras o sofocaciones son el síntoma que se presentan con mayor frecuencia durante el climaterio, se expresa como oleadas de calor que recorren el cuerpo subiendo hacia la cabeza, acompañadas o no con enrojecimiento de la piel del pecho, cuello y cara. Este síntoma es frecuente que se asocie con intensa sudoración, palpitaciones y sensación de angustia. Su frecuencia varía desde 10 en 24 horas hasta 10/horas y su duración desde segundos hasta 1 hora, el tiempo promedio es de 3 minutos (16,17).

La aparición de los calores se ve favorecida por: el estrés, el calor, el consumo de alcohol y el ayuno.

La génesis de los calores es directamente atribuida al déficit de los estrógenos, unido o no al aumento de gonadotropinas y a cambios en otros neurotransmisores hipotalámicos que provocan inestabilidad del centro termoregulador, aumentando la temperatura central cutánea y la vasodilatación; esto produce un incremento de la sudoración que favorece el descenso de la temperatura central. Los sudores duran aproximadamente 20 minutos y la vasodilatación cutánea 40.

En nuestro medio las crisis vasomotoras afectan al 80 % de las mujeres en etapa climatérica. Más del 50 % concurren al médico en busca de ayuda, toda vez que cuando se presentan durante la noche producen trastornos del sueño, impidiendo un adecuado descanso; de ocurrir durante el día, tienden a afectar la presencia o apariencia femenina (sudoración, desaseo), lo que repercute con más fuerza en la mujer trabajadora, por estar más expuesta al mundo de las relaciones sociales.

En ocasiones los síntomas descritos se confunden con hipoglucemia, «*isquemia miocárdica*» o crisis vagales. Las molestias que ocasionan estos malestares unidas al desconocimiento que las mujeres tienen acerca de las

alteraciones que se pueden producir en este período de la vida hace que sea una de las causas fundamentales por las que acuden a la consulta. A decir de muchos especialistas gracias a los calores y sudoraciones se evitan males mayores.

El tratamiento ideal para esta sintomatología es el estrogénico; como este tema merece especial atención y se tratará en epígrafe aparte, sólo queremos indicar que en aquellas mujeres en las que no sea posible emplear la terapia hormonal de reemplazo (THR) es posible utilizar otros esquemas terapéuticos cuya acción se ejerce en la esfera psicoconductual, tales como la autosugestión, la hipnosis, la relajación, la acupuntura, etc. Cualquier esquema terapéutico debe realizarse bajo prescripción facultativa.

¿Se modifica la psiquis femenina durante el climaterio?

Durante la etapa climatérica se refieren alteraciones psicológicas que si bien no siempre conducen al deterioro de la salud mental, con frecuencia se traducen en una disminución de la satisfacción personal. Tal efecto se atribuye, entre otras causas, a la reducción de la autoestima, expresión de una autovaloración negativa respecto a los estándares en que se ha desenvuelto la vida de la mujer y que le sirven de referencia. Por tal razón tiene un carácter individual y se declara de manera particular en cada sujeto. Tales expresiones pueden manifestarse en que los rasgos de belleza no son los mismos de otra, o porque las capacidades físicas y mentales no responden como diez años atrás, etc.

La disminución de la satisfacción personal es el reflejo de un estado de no bienestar que en ocasiones se manifiesta en sentimientos de minusvalía y devaluación, sobre todo dentro del contexto familiar.

Es frecuente que algunas mujeres se sientan tristes, irritables, con llanto fácil, ansiosas, falta de comunicación, preocupadas por su salud, desinteresadas, necesitadas de comprensión y apoyo, etc. ^(18, 19, 20, 21)

En esta etapa de la vida concurren factores sociales relacionados con preocupaciones de índole económicas y laborales. Para la mujer trabajadora se acerca la edad de la jubilación; físicamente se ve a sí misma menos competitiva en el espacio público. Estos factores sociales pueden potenciar sinérgicamente los estados de malestar provocados por los cambios neuroendocrinos propios del climaterio.

Entre las expresiones psicoconductuales del climaterio se refiere el «nido vacío». Tal sentimiento se produce cuando la mujer siente que su hogar está solo, que su presencia no es necesaria, producto de que los hijos crecieron y decidieron hacer vida independiente. Este sentimiento aparece cuando los descendientes abandonan el hogar y la mujer percibe que ha perdido su papel protagónico en la reproducción social. Puede expresarse en forma de «celos» más o menos intensos hacia los esposo(a)s de los hijo(a)s.

El desconocimiento que tienen las mujeres acerca de las alteraciones sexuales características del período climatérico tales como: la disminución de la libido, la dispareunia, la anorgasmia etc., hacen que la mujer no busque orientación especializada sino que «soporte» relaciones de displacer, o busque justificaciones para evitar o demorar la relación sexual, lo que hemos llamado el juego

del «gato y el ratón» me acuesto y me levanto primero, cuando él se acueste ya estoy dormida y me levanto antes de que despierte; no me desvisto delante de él, o busco justificaciones tales como: mamá no se ha acostado, los muchachos están por llegar, aún y cuando se tengan habitaciones privadas y totalmente independientes; cuando el gato, más temprano que tarde, la caza, no le expresa las molestias que presenta durante la relación sino que pacientemente finge realización y satisfacción plenas. Tal situación se sustenta en una inadecuada comunicación entre la pareja y conduce a desequilibrios en la esfera psíquica expresados fundamentalmente en síntomas como la depresión, la irritabilidad, la fatiga, etc.

Cuando existe pareja estable pero la comunicación es inadecuada, la mujer siente disminuida su condición de «feminidad», existe el temor a la pérdida de la pareja o a no encontrarla cuando se carece de ella. En algunos casos el esposo (contemporáneo en edad) busca compañía en mujeres más jóvenes, lo que da al traste con la autoestima y la satisfacción personal de la mujer, la familia y el matrimonio.

Por otra parte, no es raro encontrar mujeres climatéricas que se consideran «felices y realizadas». Al indagar el fundamento de su satisfacción personal lo sustentan en el bienestar de otros (familia, hijos, esposo) o en la realización laboral, sin embargo, al profundizar sobre diversos aspectos de su vida con frecuencia refieren estar preocupadas por su salud, o sentirse solas, o tener disminuido el apetito sexual, estar preocupadas por su futuro etc., en otras palabras que su satisfacción personal es relativa, no está en función propia sino del bienestar familiar o social, sin muchas veces dejar espacio para pensar en ellas mismas.

¿De qué depende esta posición ante la vida?, ¿es correcto este comportamiento?. Sin pretender agotar el tema consideramos que los cambios psicológicos y la modificación de la actitud femenina en etapa climatérica depende, entre otros aspectos, de la costumbre, de criterios religiosos, de la necesidad de solvencia económica, de lo aprendido de la madre, abuela, amigas: «al llegar a la menopausia se pierden la función biológica y en lo social la mujer pasa a un segundo plano».

Así a la fisiológica deficiencia de estrógenos, que caracteriza este período, se le sobreañaden factores sociales que contribuyen a deteriorar la calidad de vida femenina. Tales factores sociales pueden ser amortiguados cuando la mujer tiene conciencia de los cambios biológicos que se producen en su organismo y en su accionar, así como de las modificaciones conductuales que se requieren para alcanzar el equilibrio necesario que facilitan una mejor asimilación de los procesos propios de este período. Es necesario preparar a la mujer y a la familia para lograr la complementación y ayuda necesarias que consientan un estado de bienestar para unos y otros.

¿Cambia la sexualidad durante el climaterio?

El comportamiento sexual de la mujer no debe modificarse después de la menopausia. Los cambios que se reportan se enmarcan esencialmente en la esfera psicoconductual y en determinados desórdenes fisiopatológicos endocrinos, ginecológicos y genitourinarios.

Las normas, hábitos y costumbres, influyen determinantemente en la conducta sexual femenina.

La actividad sexual desde el punto de vista hormonal depende de los andrógenos que están poco modificados durante la etapa climaterica. La aptitud sexual puede modificarse por la presencia de prolapsos genitales; sequedad vaginal que origina dispareunia, demora o retraso del orgasmo, disfunciones en la relación de pareja, o por la presencia de enfermedades crónicas (insuficiencia coronaria, hipertensión arterial, mastectomía por neoplasia de mama) donde el reposo relativo, la falta de fuerzas o la incapacidad respiratoria impiden desarrollar una sexualidad plena. Es de señalar que en la mayoría de los casos estas disfunciones tienen solución al aplicar el tratamiento correspondiente; quirúrgico, medicamentoso o psicoterapéutico. Factores no menos importantes son el conocimiento que tenga la mujer de su cuerpo, de sus sensaciones, de una adecuada comunicación de pareja lo que contribuye a viabilizar y hacer placentera la relación sexual con la consiguiente gratificación en la calidad de vida^(22, 23).

Por tanto, es posible y necesario mantener una sexualidad plena durante el climaterio en general y durante la postmenopausia, en particular. Estudios realizados han demostrado que el sexo reduce la tensión, hace que la mujer se sienta más deseable, ayuda a dormir y proporciona un desahogo físico para las emociones. Muchos autores refieren que no hay límite de tiempo, para la capacidad sexual de la mujer, aún y cuando las respuestas se hagan más lentas se puede continuar disfrutando del sexo y tener orgasmos durante toda la vida.

La menopausia es una fase de transición en la vida de las mujeres no una enfermedad. Ellas continúan teniendo deseos y disfrutando del sexo.

¿Se alteran los lípidos durante el climaterio?

La hipertensión arterial, la obesidad y la cardiopatía isquémica son afecciones cuya morbilidad aumenta durante el climaterio y constituyen la mayor causa de muerte para la mujer en las sociedades desarrolladas. Algunos atribuyen la génesis de estos desórdenes fisiopatológicos a los cambios que se producen en el patrón lipídico durante la postmenopausia.

Las variaciones en el perfil lipídico se caracterizan por una elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), formadas fundamentalmente por colesterol y por un descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL). Tal patrón lipídico se asocia con la mayor probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares y arteroesclerosis^(24, 27).

En el caso de la mujer postmenopáusica el tratamiento hormonal puede revertir esta situación toda vez que se ha demostrado que la estrogénoterapia, independiente de la vía, en dosis de 0,625 mg de estrógenos conjugados o 1 mg de sulfato de estrona o de valeriato de estradiol producen: aumento de las HDL, disminución de las LDL y favorece la vasodilatación con lo cual se facilita el paso de la sangre a través de los vasos sanguíneos.

La asociación de un progestágeno, en el esquema terapéutico, no interfiere con los efectos beneficiosos de la estrogénoterapia●

Bibliografía

1. AL-AZZAMI F. *Endocrinological aspects of menopause*. British Med Bull 1992; 48: 262-275.
2. ATISIN J. *Definición y epidemiología de la menopausia*. En: Climaterio y Menopausia. S. Palacios, Mirpal eds. Madrid, 1993; 9-16.
3. GILADES M. *Aspectos clínicos de la menopausia*. En: Climaterio y Menopausia. Santiago Palacios, Mirpal eds. Madrid 1993; 64-69.
4. GROENVELD FPMJ., BAREMAN FP, BARENTSEN R., ET AL. *Relationships between attitude towards menopause, wellbeing and medical attention among women aged 45-60 years*. Maturitas 1993; 17: 77-88.
5. PELLIGER A., MARI M., SANTOS M J., SIMON C., REMOIH J., TARIN J. J. *Effects of aging*. In: The human ovary: the secretion of immunoreactive alpha inhibin and progesterone. Fertil Steril 1994; 61:663-668.
6. SPEROFF L., GLASS R., KASE N. *The ovary from conception to senescence*. In: Clinical gynecologic, endocrinology and infertility. Fourth Edition. Chap. 4. 1989. Williams-Wilkins, Baltimore, EEUU.
7. LOZANO E, PADRON R. *Estudio de las hormonas de la reproducción en mujeres postmenopáusicas*. Trabajo de terminación de residencia. Instituto Nacional de Endocrinología, Cuba, 1993.
8. LAOTO R, KAPRIO J, UUTELA A. *Age at natumal menopause and sociodemographic status in Finland*. Am J Epidemiol 1994; 139: 64-76.
9. UTIAN W.L. *Current perspectives in the management of the menopausal and postmenopausal patient*. Obst Gynecol 1990; 75 (suppl): 1S-2S.
10. HERNÁNDEZ A., SANTANA F. *Síndrome climaterio. Aspectos clínicos*. Rev. Cubana End. 1989; 1:89-97.
11. LINDGREN R, BERG G, HAMMAR M, LARSSON-COHN V. *Climateric symptoms hormonal therapy and sex life in a Swedish postmenopausal women*. In: Multidisciplinary aspects of menopause. M. Flint, F Kronenberg, W Utian, eds. Ann New York Academy Sci 1990; 592:445-447.
12. MELDRUM D, SHAMONKI L, FRUMAR A, TATARYN J, CHANG RJ, JUDD H. *Elevations in skin temperature of the finger as an objective index of postmenopausal hot flashes standardization of the technique*. Am J Obstet Gynecol 1991; 135: 713-717.
13. MÉNDEZ ME., NAVARRO D. *Características clínicas, ginecoobstétricas y sociales de mujeres entre 45 y 55 años*. Trabajo de Terminación de Residencia. Ciudad Habana, Cuba 1994.
14. NAVARRO D., DUANY A., ODUARDO A., PÉREZ T. *Factores ginecoobstétricos relacionados con la menopausia*. Trabajo presentado en II Congreso Nacional de Endocrinología, Cuba 1992.
15. RAUNIKAR V. *Physiology and treatment of hot flashes*. Obst Gynecol 1990; 75 (suppl): 3S-7S.
16. KRONENBERG E, BARNARD RM. *Influence of ambient temperature on frequency and intensity of menopausal hot flashes*. In: Multidisciplinary aspects of menopause. M Flint, F Kronenberg, W Utian, eds. Ann New York Academy Sci 1990; 592: 481-486.
17. KRONENBERG F. *Hot flashes: epidemiology and physiology*. In: Multidisciplinary aspects of menopause. M Flint, F Kronenberg, W Utian, eds. Ann New York Academy Sci 1990; 592: 52-86.
18. GROSSETH E. *Directions for menopause research*. In: Multidisciplinary perspectives of menopause. M. Flint, F Kronenberg, W Utian eds. Ann. New York Academy Sci. 1990; 592: 426-427.
19. NAVARRO D, DUANY A., ODUARDO A., PEREZ T. *Aspectos clínicos y sociales de la menopausia*. Trabajo presentado en I Congreso Nacional de Geriatria, Cuba, 1992.
20. NAVARRO D. *Aspectos psicológicos de la menopausia*. Rev. Cubana Med (en prensa).
21. NAVARRO D., GARCIA CT. *Aspectos psicosociales relacionados con la mujer menopáusica*. Endocrinología Ecuatoriana 1993; 2: 163-165.
22. KRYMSKAYA M. *El periodo climaterio*. Editorial Mir, Moscú, 1989.
23. INSUA A, MASSARI F, ZANCHETTA JR. *Postmenopausia, lipoproteínas plasmáticas y terapéutica hormonal de reemplazo*. Medicina (Buenos Aires) 1993; 53: 364-370.
24. KLEERKEPOT M., IV AVIOLI. *Evaluation and treatment of postmenopausal osteoporosis*. In: M Favus. Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. Raven Press. New York. 1993; 22-228.
25. KRAUS RM. *Lipids and lipoproteins and effects of hormone replacement*. In: R.A. Lobo. Treatment of the postmenopausal woman basic and clinical aspects. eds. Raven Press, Ltd, New York. 1994; 235-242.
26. LOBO R. *Effects of hormonal replacement on lipids and lipoproteins in postmenopausal women*. J. Clin Endocrinol Metab 1991; 73: 925-930.
27. REINOLD W D., H. GENANT, U. REISER, S. HARRIS., B. FETTINGER. *Bone mineral content in early postmenopausal and postmenopausal osteoporotic women: comparison of measurement methods*. Radiology 1986; 160: 44469-478.
28. ROZENBERG S., VANDROMME J., KROEL M., PASTHIN A., DEQUELDRE M. *Osteoporosis prevention with sex hormone replacement therapy*. Int J Fertil 1994; 39 (5): 262-272.
29. JONES GOODWIN A. *Sexualidad en la segunda mitad de la vida. De eso no se habla*. En Mujer hoy. 1995.
30. GÓMEZ GÓMEZ E. *Discriminación por sexo y sobrevivencia femenina en la niñez*. En: Género, mujer y salud en las Américas. Publicación Científica No. 541. OPS/OMS. Washington, DC. 1993.
31. NOTELOVITZ M. *Estrogen replacement therapy: indications, contraindications and agent selection*. Am J Obstet Gynecol 1989; 161:1825-1828.
32. NOTELOVITZ M. *Estrogen replacement therapy: indications, contraindications and agent selection*. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 1831-1841.
33. PALACIOS S. *Farmacología de los estrógenos*. En: Climaterio y Menopausia. S. Palacios, Mirpal eds., Madrid 1992; 204-218.
34. PALACIOS S. *Farmacología de los progestágenos*. En: Climaterio y Menopausia. S. Palacios, Mirpal eds. Madrid 1992; 219-231.
35. UTIAN W.L. *Biosynthesis and physiologic effects of estrogen and pathophysiology effects of estrogen deficiency: a review*. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 1828-1831.
36. WHITEHEAD M.L., HILLARD T.C., CROOK D. *The role and use of progestagens*. Obstet Gynecol 1990; 75 (suppl): 76S-76S.