

# La menopausia

**NO ES EL FIN DE LA VIDA...**

Aspectos clínicos, sociales y terapéuticos del climaterio

Dr. *Dra. Daisy A. Navarro Despaigne*  
Lic. *Leticia Artiles Visbal*

En la primera parte de este artículo, se explicó qué es la menopausia, por qué ocurre, cómo funciona el ovario, cuál es la misión de las hormonas sexuales. También, se trató acerca de las modificaciones y cambios durante el climaterio —la psiquis, la sexualidad—, entre otros aspectos relacionados con la temática. Esta segunda parte, abarca otras facetas relacionadas con el tema y se inicia explicando que la osteoporosis es la pérdida de la masa ósea del esqueleto. Al perder calcio el sistema óseo es más sensible a los efectos negativos de la gravedad y aumenta la probabilidad de ocurrencia de fracturas. La probabilidad de desarrollar la enfermedad se incrementa cuando concurren, en la mujer, algunos de los siguientes factores: envejecimiento, nutrición inadecuada, antecedentes hereditarios, delgadez, piel blanca, así como ciertos hábitos tóxicos y estilos de vida: tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, consumo de sedantes.

De estos factores comentaremos los relacionados con la nutrición y el envejecimiento. En relación con el primero, es conocido que el calcio del hueso proviene de la dieta y que el organismo es capaz de «captarlo» hasta los 25 años, edad en que se alcanza el llamado *pico de masa ósea óptimo*. A partir de ese momento, durante unos años, existe un equilibrio entre aporte y pérdida del ion. Durante el climaterio las pérdidas de calcio son mayores que su incorporación al hueso lo que produce un balance negativo que se expresa en la disminución de la densidad ósea<sup>(27, 28)</sup>.

Las necesidades de calcio se modifican en las distintas etapas de la vida. Se

requieren alrededor de 800 mg/día hasta los 10 años, 1 500 mg/día durante la adolescencia, embarazo y lactancia o de existir riesgo de osteoporosis y de 1 200 mg/día en etapas posteriores de la vida. Este aporte se puede cubrir con productos lácteos, vegetales verdes, nueces, y ciertos tipos de pescados. Otra vía de suministro de calcio es el empleo de preparados farmacológicos como las sales de calcio o productos naturales. El carbonato y el citrato de calcio son las sales que aportan mayor cantidad del ion y que mejor se absorben. Se deben administrar durante las comidas, como su absorción es inversamente proporcional a su concentración se recomienda ingerir dosis pequeñas cada vez. Es recomendable es que en lugar de indicar 500 mg en una ocasión dosificar 250 mg en cada comida. Para mejorar la absorción del calcio recomendamos administrar simultáneamente vitamina D o alguno de sus derivados.

Es conocido que con la menopausia natural o quirúrgica se acelera la pérdida de masa ósea, tanto del hueso cortical como del trabecular, y que la terapia hormonal de reemplazo (THR) la previene. Este efecto de la THR se debe a la acción positiva que ejercen los estrógenos sobre el tejido óseo, los que al actuar sobre receptores presentes en los osteoclastos y osteoblastos favorecen los mecanismos que evitan la pérdida de calcio del hueso, impidiendo o disminuyendo los efectos de sustancias reabsortivas como la hormona paratiroidea (PTH), el interferón alfa y la interleuquina 6 que impiden la pérdida de calcio por la orina. Estas acciones orgánicas favorecen el criterio de la

protección que sobre el hueso ejercen los estrógenos.

Otro factor que favorece la pérdida de calcio del esqueleto es el sedentarismo, sobre todo en mujeres con antecedentes familiares de osteoporosis, piel blanca y delgadas. Esto último se debe a que en la etapa menopáusica parte de los estrógenos que se producen en el organismo, para compensar la deficiencia del suministro ovárico, provienen del tejido adiposo; entonces, a mayor delgadez menos estrógenos y viceversa. Parece ser que ésta es la única ventaja de la obesidad femenina.

Marcadores de riesgo de la osteoporosis postmenopáusica

<i>Déficit estrogénico + Masa ósea inadecuada + Factores genéticos</i>		
<i>menopausi</i>	<i>Dieta pobre en calcio</i>	<i>Familia piel blanca delgadez</i>

Clínicamente el dolor y la fractura patológica, que ocurre al caerse de los propios pies o de una altura no mayor que la estatura, son las manifestaciones fundamentales de la osteoporosis. Las fracturas predominan en columna dorsolumbar, cuello del fémur, húmero y extremidad distal del radio.

El tratamiento de la osteoporosis exige medidas preventivas que contribuyan a mantener una masa ósea adecuada.

da y a evitar o disminuir su pérdida. La THR y la práctica sistemática de ejercicios son medidas preventivas de importancia para frenar la pérdida acelerada de hueso.

### ¿Influye el medio social en el síndrome climatérico?

Para abordar el problema social de la mujer climatérica, es necesario que los médicos de la atención primaria manejen el concepto de «género».

Género es una construcción social que se traduce en normas, costumbres y acciones que se asignan según el sexo, creando estereotipos particulares. Es frecuente que a las niñas se les confieran cualidades tales como la nobleza, la dulzura, la tranquilidad; y al varón la osadía, la temeridad, la valentía. Son estereotipos que se destinan antes del nacimiento y que se hacen tangibles en cosas tan superfluas como que la hembra se viste de rosado y el varón de azul.

El género, es una categoría que en la dimensión social de la vida toma matices que pueden convertirla en marcador de riesgo de enfermedades e incrementar la criticidad del SC.

En la especie humana, como en cualquier otra del mundo animal, el sexo femenino tiene la responsabilidad de la reproducción. Debida a la importancia de esta función las hembras nacen con una ventaja biológica para garantizar la sobrevivencia femenina<sup>(33)</sup>.

El nicho ecológico humano es más complejo que el de cualquier otro nivel de la escala zoológica, el entorno incluye lo natural y lo social. En tales condiciones la reproducción, para la hembra, tiene dos componentes: el biológico y el social.

Al parir la mujer tiene la responsabilidad de sustentar, proteger y mantener su producto, en lo que no difiere de otras especies animales; pero en el proceso de socialización, sustentado en el condicionamiento de género, la responsabilidad reproductiva femenina es más amplia, no sólo garantiza el cuidado biológico si no que también carga con la obligación de asegurar la reposición de la fuerza de trabajo. La traducción social de tal condición es la casi intransferible responsabilidad femenina del cuidado de los hijos, de los ancianos, de los enfermos de la familia; de la preparación de los alimentos, de organizar administrativamente el hogar, de ejercer acciones de coordinación para mantener el equilibrio adecuado entre la familia. Esto es, ser un poco administradora, enfermera, camarera, cuidadora, institutriz, confidente, amiga, etc.

Este patrón de socialización es asumido por la mujer como herencia genosocial indiscutible. La abuela, la madre y todas las mujeres de la familia así lo hicieron y así se hace. En cada cultura la respuesta corresponderá a los patrones establecidos. Mientras la mujer se encuentra en estado óptimo de salud estas funciones, al parecer «naturales», no se expresan como una sobrecarga que se traduzca en una necesidad sentida: el trabajo doméstico impagado e irrecognocible, resulta invisible incluso para aquellas que lo ejecutan.

Cuando se comienzan a producir los cambios neuroendocrinos que condicionan el tránsito a la fase no reproductiva del ciclo biológico, las funciones desempeñadas hasta ese momento, sin ser percibidas por la mujer, comienzan a expresarse como sensación de fatiga, de depresión, de irritabilidad, etc.; en tales circunstancias los malestares son atribuidos a cambios biológicos y muy pocas veces son asociados con las sobrecargas generadas por el condicionamiento de género.

Es frecuente que en estas circunstancias, al acudir al médico, se atribuyan los síntomas a trastornos psiquiátricos (psiquiatrización del climaterio) por lo que con frecuencia se indica un esquema terapéutico de psicofármacos para resolver la situación. Tal solución no resuelve el problema porque la causa permanece inalterable (sobrecarga familiar, tensiones laborales, recarga individual del trabajo doméstico, etc. añadidos a los cambios biológicos propios de este período). En la mayoría de los casos la mujer se siente defraudada y mal orientada.

¿Qué información le podemos brindar al médico de atención primaria que le permita profundizar en la individualidad de la vida femenina y hacer un diagnóstico integrado biopsicosocial?

Durante el climaterio los cambios neuroendocrinos originan, en dos de cada tres mujeres, estados de malestar físico y mental. Tales eventos fisiológicos siempre se producen; si a éstos se le adicionan sobrecargas sociales, fundamentalmente las inherentes al condicionamiento de género, pueden derivar en patológicos.

¿Como dar respuesta a esta situación? Hoy día se presentan con regularidad familias extendidas en las que coexisten dos, tres y hasta cuatro generaciones; de esta manera la mujer climatérica puede convivir con sus padres o suegros, a veces ambos, sus hijos, sus nietos, ella y su pareja (cuando existe)

o sola cuando es cabeza de familia.

En estudios exploratorios hemos podido confirmar que, en este contexto intergeneracional, la mujer climatérica deviene centro de la dinámica familiar. En el espacio doméstico son las responsables del cuidado de los ancianos y de los enfermos o, de ocuparse de su atención una persona especializada, disminuye la sobrecarga del trabajo físico directo pero no se reduce la mental.

En las relaciones parentales pueden producirse diversas situaciones: cuando los hijos son adolescentes los requerimientos de atención y comunicación son de alta complejidad. Es la etapa en que la formación de la personalidad requiere de comprensión, es una época de rebeldía y ajustes, donde el conflicto intergeneracional no siempre permite la armonía idónea, producto de que los adultos no siempre están adecuadamente preparados para mantener el necesario equilibrio entre la diversidad de intereses y enfoques de los convivientes jóvenes. Tal etapa es difícil para la familia y en particular para la mujer, sobre la que recae el protagonismo de readecuar su conducta acorde a la diversidad de intereses, con el fin de mantener la necesaria mesura entre hijos, hermanos, padres, abuelos, etc.

Al llegar a la adultez los hijos constituyen sus familias y se independizan del hogar materno, esto genera en algunas mujeres el síndrome del «nido vacío», ya explicado anteriormente, como expresión de la sensación de pérdida de la responsabilidad reproductiva.

Tal estado de cosas genera una serie de conflictos internos, que en ocasiones no se exteriorizan, pero se manifiestan por sentimientos de depresión, ansiedad, irritabilidad, falta de deseos de vivir o, simplemente, como estado de displacer.

Cuando existen nietos, la mamá no solo ayuda, sino que en algunas ocasiones interviene de manera tan directa que pretende suplir la acción de los propios padres; esto crea conflictos en el área personal afectiva y en las relaciones de convivencia con sus descendientes y sus parejas. En estos casos las mujeres, que adoptan esta conducta, reclaman asumir la responsabilidad reproductiva aduciendo una mayor experiencia.

Lo que ocurre en realidad es que la mujer no está preparada para admitir el desarrollo independiente de la nueva familia, ni para crearse un esquema de vida propio, ni para trazarse un proyecto de vida que consienta una mayor realización personal en función de sus pro-

pías potencialidades. Sobre esta dirección hay que desarrollar trabajos de educación popular.

Esta adopción, consciente o inconsciente, de las responsabilidades reproductivas deviene en una continua postergación de roles en función de su papel de madre, esposa, hija o nuera, no disponiendo de tiempo para satisfacer sus propias necesidades, lo que más temprano que tarde puede contribuir a generar sentimientos de depresión, irritabilidad, ansiedad y otros.

Por otra parte, ya hemos planteado que la disminución estrogénica produce diferentes disfunciones en el área de la sexualidad. A ello se añaden algunos factores sociales y culturales que pueden incrementar las alteraciones biológicas o ser causa, ellas mismas, de disfunciones que se desplazan de la esfera orgánica a la conductual. Un ejemplo de ello pudiera ser el papel pasivo que, por lo general, en el acto sexual juega la mujer. Esto hace que «*soporte*» la relación sin desearla o cuando resulta molesta por alguna disfunción que dificulta el coito, como puede ser la dispareunia, «*teatraliza*» el acto sexual, fingiendo orgasmos y un placer ausente. Tal situación se produce esencialmente por desconocimiento del cuerpo, de los procesos fisiológicos por los que atraviesa el organismo, por falta de comunicación y confianza con su pareja, o por temor a sentirse y que la consideren «*vieja*», «*poco apetecible*», «*menopáusicas*»; así como por un recelo desmedido a perder su pareja de muchos años. Las mujeres que mantienen una autoestima elevada sobrellevan este proceso con mayor seguridad buscando solución y orientación ante profesionales competentes.

El personal de la atención primaria, debe estar preparado para orientar adecuadamente y dar solución a estos problemas. Deben manejar elementos de sexología y psicología para recomendar, en casos necesarios, formas menos ortodoxas de prácticas sexuales (en nuestro contexto predomina el concebir al sexo sólo con penetración). Prácticas como el desarrollo de fantasías sexuales, las caricias, el juego sexual, la masturbación y otras pueden ser orientadas.

El sexismo, la discriminación por la edad, la homofobia y el puritanismo interactúan para crear y mantener una mitología acerca de la sexualidad en las mujeres de edad mediana y avanzada, fundamentalmente de la postmenopáusicas.

Estos mitos perjudican a la mujer cuando se aceptan y actúan de acuerdo

## RECOMENDAMOS UTILIZAR

en ausencia de útero:

sólo estrógenos o terapia sin oposición

cuando no sea recomendable el uso de estrógenos:

sólo progestágenos

en presencia de útero:

estrógenos más progestágenos o terapia con oposición

la mezcla puede ser fija o cíclica. la decisión terapéutica dependerá de si se desea o no mantener sangramientos cíclicos

con ellos, al privarlas de placeres que son una parte importante y valiosa de la vida.

Los hijos, adolescentes y adultos, estiman que en la mediana edad los padres son asexuados y sustentan «*que a las mujeres mayores no les interesa el sexo y no mantienen relaciones sexuales*». ¿El sexo es para los jóvenes?<sup>(34)</sup>

En tal situación la pareja de edad mediana, y la mujer en particular, ve su sexualidad amenazada por el desfavorable medio social creado por su familia. En los casos de mujeres que no tienen pareja estable la situación es más engorrosa, porque por lo general a los hijos les es difícil admitir las nuevas relaciones de la mamá.

El médico debe recordar que en esta etapa de la vida las mujeres pueden experimentar disminución de la libido y una respuesta sexual lenta. La orientación sexual adecuada puede mejorar la calidad de la vida en este grupo poblacional.

Alrededor de la menopausia de han formado muchos mitos, algunos creados y perpetuados por la medicina, la psiquiatría y los laboratorios farmacéuticos. El médico y la mujer tienen que estar conscientes que la menopausia es una fase de transición en la vida, no una enfermedad, y convencerse de que las mujeres continúan sintiendo deseos y disfrutando del sexo hasta edad muy avanzada.

Los profesionales de la salud deben estar capacitados para orientar a las mujeres de edad mediana a resolver sus problemas en lo referido a las relaciones sexuales, las que con frecuencia están más enmarcadas en el plano social que en el biológico. Se presentan casos en los que la relación de pareja se man-

tiene por razones no vinculadas con la atracción sexual: por costumbre, por los hijos, por la «*supuesta seguridad de la vejez*», o porque «*más vale malo conocido*»...; no hay atracción física ni afinidad en la pareja, tales conductas generan disfunciones en la misma. Hemos atendido casos en que la mujer refiere dificultades en el acto sexual y el examen ginecológico no presenta alteraciones relacionadas con la disminución de estrógenos. Al profundizar se identifica que sus dificultades no son biológicas sino conductuales.

Para la mujer trabajadora, la doble jornada incrementa las molestias, fatigas y sensación de cansancio, que pueden, originariamente, sustentarse en los cambios neuroendocrinos que se están produciendo en su organismo. La sobrecarga del trabajo público y privado conduce a un desgaste físico y psíquico que puede potenciar los procesos biológicos inherentes al climaterio.

A pesar del modelo benefactor que genera el trabajo en lo referente al incremento de la autoestima, la toma de decisiones y la realización personal; los efectos negativos de la doble jornada pueden resultar perjudiciales en términos de salud si no se prepara a la familia para una adecuada redistribución de funciones.

El médico y la enfermera de la atención primaria juegan un papel importante en la educación de la familia. Es necesario lograr una participación más equitativa de todos los miembros de la familia en el trabajo doméstico, que por impagado no se ve. Con pocos esfuerzos se puede contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer y los suyos.

Por último es necesario comentar un elemento subjetivo, pero que resulta de

gran importancia en la etapa climatérica, se trata de la satisfacción personal.

La satisfacción personal es la valoración individual que hace el sujeto de una condición, característica o estado cualquiera de su propia vida, comparada con un patrón de referencia externo o con sus propias aspiraciones. Refleja sentimientos de optimismo, de cumplimiento de objetivos y de autoestima positiva<sup>(12, 27, 33)</sup>.

La satisfacción personal puede adquirir una expresión particular en el punto medio de la vida. En este momento, es frecuente que los sujetos se cuestionen que han logrado en las diferentes esferas de realización personal, y que valoren sus aciertos y errores en función de su nivel de aspiraciones. Este es un proceso de revaloración de la propia vida, los textos de Psicología lo describen como la «segunda crisis de identidad», ubicando la primera en la adolescencia.

En esta etapa la mujer y el hombre enfrentan similar proceso de revaloración pero, las diferencias en los patrones de socialización heredados y asumidos hacen que cada sexo y género sustenten una escala diferente de valores para este análisis de su vida. Así por ejemplo, en algunas sociedades la asimilación del proceso de envejecimiento es más difícil para la mujer que para el hombre, debido al temor a la pérdida de belleza, juventud y atractivo sexual, lo que ocasiona con frecuencia la disminución de su autoestima y la percepción de esta edad como anormal y peligrosa.

La disminución de la satisfacción personal no es considerada como una enfermedad. Si la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la «salud» como «el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo»; luego entonces puede deducirse, que el no estar satisfecha disminuye el estado de bienestar y por tanto, la mujer que tenga disminuida su satisfacción personal no está enferma, en el sentido ortodoxo de la palabra, pero tampoco está sana.

Los profesionales de la salud de la atención primaria deben manejar estos elementos antropológicos y sociológicos para orientar a la mujer y a la familia en la obtención del equilibrio necesario en esta etapa de la vida para aprender a envejecer con placer.

### ¿Cómo mejorar la calidad de vida de la mujer postmenopáusica?

Hemos explicado que a partir de la menopausia se produce una deficiencia estrogénica debida al fallo ovárico que

repercute en aquellos órganos sensibles a la misma, fundamentalmente piel, aparato cardiovascular, sistema genitourinario, huesos y cerebro.

La expresión clínica del síndrome climatérico se asocia con el estilo de vida que llevó la mujer hasta el momento del cese de sus menstruaciones: tipo de nutrición, práctica de ejercicio físicos, número de hijos, métodos contraceptivos utilizados, hábitos tóxicos; así como, nivel cultural y económico, creencias religiosas, relaciones de pareja y proyecto de vida.

Esta multiplicidad de factores exige que el abordaje clínico del climaterio tenga un enfoque integral.

Para lograr este propósito es necesario formar un equipo multidisciplinario de atención clínica, incluir en los programas de salud acciones específicas para la atención a la mujer de edad mediana, intensificar las acciones de promoción y educación para la salud, fortalecer el conocimiento de los aspectos clínicos y sociales acerca del climaterio y la menopausia en la atención primaria de la salud y de los tratamientos más adecuados para disminuir el efecto de la deplección estrogénica.

En relación al uso de los tratamientos hormonales de reemplazo (THR) existen criterios divergentes. Algunos especialistas consideran que no se debe tratar «lo fisiológico», lo que ocurre como resultado del proceso biológico de envejecimiento, por considerarlo «antintatural»; mientras que otros afirman que su uso racional y bajo un control médico estricto favorece con creces la calidad de vida de la mujer.

El punto de partida en la atención a la mujer de edad mediana es lograr un alto nivel de confianza y seguridad en la relación médico-paciente, elaborar una anamnesis profunda, indagando factores sociales y biológicos que permitan contextualizar condiciones y estilo de vida en un entorno no inferior a cinco años previos a la ocurrencia, todo lo que contribuirá a perfeccionar el diagnóstico y decidir el tratamiento adecuado en el momento oportuno.

A nuestro juicio, si bien la deficiencia estrogénica por sí sola no justifica la intervención médica en el climaterio; resulta indiscutible que la terapia hormonal de reemplazo (THR) es la única vía para prevenir las complicaciones mediatas de la menopausia, fundamentalmente la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular, que limitan tanto la expectativa como la calidad de vida de la mujer climatérica<sup>(5, 15)</sup>.

En los casos que se decida el uso del THR, el médico debe precisar cómo, cuando, con qué y durante que tiempo se usará el tratamiento. Actualmente se dispone de diferentes preparados farmacológicos constituidos por: estrógenos naturales, se prefiere su uso a los estrógenos sintéticos, debido a que no aumenta la concentración plasmática de triglicéridos, factor negativo de los segundos por favorecer el desarrollo de aterosclerosis. Entre los estrógenos naturales se utilizan el 17β-estradiol, los estrógenos conjugados equinos y la estrona. Las vías de administración pueden ser: oral, implante subcutáneo, sublingual, vaginal, transdérmico. La selección terapéutica dependerá de la tolerancia de la paciente, de la preferencia y experiencia del facultativo y del estado de salud de la mujer al momento del tratamiento.

— *Progestágenos*: con frecuencia se utiliza la progesterona o sus derivados o los derivados de la testosterona. Se prefiere la progesterona micronizada, acetato de medroxiprogesterona, la medrogestona, la retroprogesterona y el acetato de ciproterona.

Estrógenos naturales disponibles	
<i>(Dosis media empleada)</i>	
Estrógenos conjugados equinos (mg)*	0.625
Piperazina estrona (mg)*	0.625
Valeriatol de estradiol (mg)*	2
Estradiol micronizado (mg)*	2
<i>17β-estradiol</i>	
parches	0.05
gel	1.5
implantes	50

Algunos progestágenos disponibles	
<i>(Dosis media a emplear)</i>	
Progesterona micronizada	100
Acetato de medroxiprogesterona*	5
Acetato de ciproterona	10
Norgestrel*	0.075
Acetato de noretisterona	5
Noretisterona*	0.35

\* más empleados en nuestro medio

Es recomendable iniciar el tratamiento lo antes posible, preferiblemente durante la premenopausia. Para aplicar el THR es requisito indispensable realizar previamente: chequeo clínico, evaluación del metabolismo de glúcidos, lípidos, citología vaginal y mamografía.

El seguimiento de la paciente será anual y se extenderá por todo el tiempo

de tratamiento (recomendable hasta los 65 años). Resulta necesario referir que algunos autores como Palacios y colaboradores y Lindgren et al. han informado que el 40 % de sus pacientes abandonan el tratamiento al año (30, 31, 36-39).

Los efectos beneficiosos de la THR sobre los síntomas vasomotores y genitourinarios se expresan desde el inicio de la terapéutica; los dolores óseos mejoran aproximadamente a los 4 meses de iniciado el tratamiento, la sintomatología psíquica, específicamente la depresión, tiene una respuesta variable; por lo general con el tratamiento la mujer cambia, se siente bien, contenta y animosa.

En esta etapa de la vida la educación que respecto al climaterio tenga la mujer es de mucha importancia para preservar su salud. Deben conocer los síntomas característicos que se presentan como consecuencia de la deficiencia estrogénica; enseñarla a delimitar entre los cambios fisiológicos y aquellos que requieren atención especializada; promover a conciencia la necesidad de la prueba citológica y el autoexamen de mamas.

Es necesario que la mujer conozca y mantenga una alimentación adecuada, lo que la beneficiará a ella y a su familia. Se debe educar a la población acerca de que las niñas deben consumir cantidades de calcio y hierro en proporciones adecuadas para garantizar un desarrollo biológico óptimo para enfrentar la etapa reproductiva y el climaterio.

El mantener un régimen alimentario adecuado contribuye a:

**Mantener el peso ideal.** Uno de los métodos más utilizados actualmente para calcularlo es el Índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet: peso corporal (en Kg) entre la talla (en metros) elevada al cuadrado. Cuando este índice es mayor de 25 se clasifica a la paciente como obesa.

Cuando se diagnostique que la paciente es obesa, se recomienda la ingestión de una dieta hipocalórica, la que debe aportar entre 20 y 25 kilocalorías por kilogramo de peso deseable.

No se deben «saltar» los horarios de alimentación. Se deben ingerir los alimentos en horarios fijos. Es recomendable fortalecer el desayuno, primera comida del día y comer alguna ración antes de acostarse. Las grasas que deben prevalecer en la dieta deben ser no saturadas.

A esta edad es necesario garantizar un aporte adecuado de calcio (como mínimo 1000 mg/día). Para ello es recomendable emplear el carbonato o el ci-

trato de calcio, con un suplemento de vitamina D. No se debe tomar más de un litro de leche al día, debido a que por ser rica en fosfatos impide la absorción del calcio, lo mismo ocurre con el consumo de grandes cantidades de pescado y de frijoles.

A continuación referimos el contenido de calcio elemental por gramo de sal de algunos preparados de calcio:

Carbonato de calcio .....	400
Fosfato tribásico de calcio .....	400
Cloruro de calcio .....	270
Lactatogluconato .....	124
Glubionato .....	64

Dosis diaria recomendable de preparados de vitamina D	
Colecalciferol o vitamina D <sub>3</sub> .....	400-1 000 U
Alfa colecalciferol o alfa calcidhol .....	1 µg
Calcitriol .....	0,25 µg

Cuando se refiera alguna enfermedad es el médico quien debe prescribir los cambios dietéticos correspondientes.

Otro aspecto en que debe enfatizarse es en la necesidad de mantener una actividad física sistemática. El ejercicio físico contribuye a preservar el calcio del hueso, mejora la circulación, combate los efectos indeseables del aumento del colesterol, favorece la salud mental, etc. Esta actividad puede realizarse de forma individual o en grupo. Esta última modalidad es muy recomendable para favorecer el intercambio social entre personas de una misma generación, en similar etapa fisiológica.

Los ejercicios más recomendables son: caminar, nadar y trotar, aunque resultan propicios todos aquellos que favorezcan la movilidad de las articulaciones. La selección dependerá de la preferencia, estado de salud y posibilidad económica. Es recomendable consultar a un especialista para obtener los beneficios deseados.

Es necesario eliminar o disminuir el tabaquismo, el consumo de alcohol y el uso de sedantes; el ejercicio físico, el apoyo del grupo y de ser necesario del psicólogo o del psiquiatra, podrían contribuir a lograr este objetivo.

En el climaterio aparecen con mayor frecuencia ciertas enfermedades. El médico y la enfermera de la atención primaria tienen que estar preparados para orientar sistemáticamente medidas de autocuidado que favorezcan la prevención de las mismas.

Entre las medidas de autocuidado están:

**El autoexamen de las mamas.** Se realizará mensualmente entre el 7mo y 10mo día de la menstruación o día fijo del mes. Para que dicho examen se realice correctamente es preciso que la observación se realice parada frente al espejo con los brazos sueltos y luego elevados. Después se acostará boca arriba y colocará una toalla bajo el hombro correspondiente, se palpará la mama y la región axilar con la mano contraria, para completar el examen presionará entre sus dedos los pezones. Se debe observar si se han producido cambios en las características externas de la mama, si se palpa algún nódulo o tumoración en la mama o en axila, o si se observa secreción o cualquier otra modificación en los pezones. Cualquier alteración detectada exige atención médica inmediata.

De existir antecedentes de afecciones en la mama, se debe cumplir de manera estricta con el examen indicado y realizar la mamografía según lo establecido en el programa de cáncer de mama.

**Anticoncepción.** Debe orientarse a la mujer que durante el climaterio disminuye la probabilidad de embarazo, pero no se está exenta de ello, por lo que se debe mantener un control anticoncepcional por un período de tiempo igual o mayor a 1 año de amenorrea. En este período es recomendable utilizar los métodos contraceptivos de barrera: diafragma o condón y suprimir el uso de los dispositivos intrauterinos.

La mujer climatérica debe sistematizar el monitoreo de su salud. El papel de los profesionales de la atención primaria resulta trascendental para su adecuada orientación.

- Control anual o según periodicidad establecida de la prueba citológica.
- Mantener control de la tensión arterial. La frecuencia dependerá de la existencia de antecedentes personales y/o familiares de hipertensión arterial. En caso de ser hipertensa debe cumplir estrictamente las medidas terapéuticas prescritas por su médico.
- Si padece Diabetes Mellitus debe preocuparse por mantener el peso adecuado, niveles de glicemia y lípidos lo más cercano posible a los valores normales. Para mantener el control metabólico requerido se deberá cumplir el tratamiento indicado por el especialista.
- Visitar al menos una vez al año al gi-

necólogo. Este control contribuirá a detectar cualquier posible desorden que pueda interferir con el desarrollo del climaterio.

— De cumplir los requisitos necesarios para utilizar THR, según prescripción y control del médico, deberá cumplir con los chequeos clínicos, bioquímicos (lípidos y glicemia) indicados, a fin de prevenir posibles efectos secundarios que puedan depender del uso de estos medicamentos.

— Los especialistas de la atención primaria deben trabajar en la promoción de salud, crear espacios para las mujeres de edad mediana donde confronten sus intereses, contribuir a que se propongan un proyecto de vida que permita lograr un estado de bienestar y de satisfacción personal para afrontar este período de la vida con un nuevo enfoque.

La menopausia es una etapa natural de la vida que permite, exige y facilita a la mujer la posibilidad de realizarse en diversas facetas. Hay que preparar a las mujeres para que además de jugar su papel como madres, esposas o hijas dediquen un espacio de atención para ellas mismas.

En este momento no existe preocupación por la gestante y el cuidado de hijos pequeños, por lo que es posible disfrutar con intensidad la actividad sexual y disponer de mayor tiempo para ella.

Resulta necesario preparar a las jóvenes para que lleguen a esta etapa de la vida en mejores condiciones físicas y psíquicas y con conocimientos de los procesos biológicos y psicológicos que caracterizan esta edad, todo lo cual garantizará que al atravesar la frontera climaterica se sientan más seguras y confiadas.

Las organizaciones e instituciones que atienden a la mujer, el personal de salud y de educación, deben perfeccionar el sistema de atención y cuidado de la mujer climaterica; se deben instrumentar programas de salud, consultas especializadas y aumentar la divulgación acerca de las características, cuidados requeridos, función familiar, etc. por los medios masivos de comunicación. La menopausia no es el final, sino el comienzo de una nueva etapa que ocupa casi la tercera parte de la vida femenina, aprovechable en toda su dimensión de madurez y profesionalidad en los albores del 2000 donde vivir en los setenta es cosa cotidiana ●

## Bibliografía

1. AL-AZZAWI, F.: *Endocrinological aspects of menopause*. British Med Bull 1992; 48: 262-275.
2. AUSIN, J.: *Definición y epidemiología de la menopausia*. En: Climaterio y Menopausia. S. Palacios, Mirpal eds. Madrid. 1993: 9-16.
3. CELADES, M.: *Aspectos clínicos de la menopausia*. En: Climaterio y Menopausia. Santiago Palacios, Mirpal eds. Madrid 1993: 64-69.
4. GROENEVELD, F.P.M.J., BAREMAN, FP., BARENTSEN R., ET. AL.: *Relationships between attitude towards menopause, wellbeing and medical attention among women aged 45-60 years*. Maturitas 1993; 17-88.
5. PELLICER, A.; MARI, M.; SANTOS, M.J.; SIMON, C.; REMOHI, J.; TARIN J.J.: *Effects of aging. In: The human ovary: the secretion of immunoreactive alfa 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. William-Wilkins, Baltimore, EEUU.
7. LOZANO, E.; PADRÓN, R.: *Estudio de las hormonas de la reproducción en mujeres postmenopáusicas*. Trabajo de terminación de residencia. Instituto Nacional de Endocrinología, Cuba, 1993.
8. LUOTO, R.; KAPRIO, J. Y UUTELA, A.: *Age at natural menopause and sociodemographic status in Finland*. Am J Epidemiol 1994; 139: 64-76.
9. UTIAN, W.H.: *Current perspectives in the management of the menopausal and postmenopausal patient*. Obst Gynecol 1990; 75 (suppl): 1S-2S.
10. HERNÁNDEZ, A.; SANTANA, F.: *Síndrome climaterico. 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, I.; FRUMAR, A.; TATARYN, I.; CHANG, R.J.; 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, M.E.; 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, F.; BARNARD, R.M.: *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. GRONSETH, 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.; PÉREZ, 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.; GARCÍA, C.T.: *Aspectos psicosociales relacionados con la mujer menopáusica*. Endocrinología Ecuatoriana 1993; 2: 163-165.
22. KRYSKAYA, M.: *El período climaterico*. Editorial Mir, Moscú, 1989.
23. INSUA, A.; MASSARI, F.; ZANCHETTA, J.R.: *Postmenopausia, lipoproteínas plasmáticas y terapéutica hormonal de reemplazo*. Medicina (Buenos Aires) 1993; 53: 364-370.
24. KLEEREKOP, M.; Y AVIOLVI, L.V.: *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, R.M.: *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. REINBOLD, W.D.; GENANT, H.; REISER, U.; HARRIS, S.; ETTINGER, B.: *Bone mineral content in early postmenopausal and postmenopausal osteoporotic women: comparison of measurement methods*. Radiology 1986; 160: 44469-478.
28. ROZENBERG, S.; VANDROMME, J.; KROLL, M.; PASTIJN, A.; DEGUELDRE, M.: *Osteoporosis prevention with sex hormone replacement therapy*. Int J Fertil 1994; 39 (5): 262-272.
29. JONES, A.: *Sexualidad en la segunda mitad de la vida*. De eso no se habla. En Mujer hoy. 1995.
30. GÓMEZ, E.: *Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en la niñez*. En: Género, mujer y salud en las Américas. Publicación Científica No. 541. OPS/OMS. Washington, DC. 1993.
31. NTELOVITZ, M.: *Estrogen replacement therapy: indications, contraindications and agent selection*. Am J Obste Gynecol 1989; 161:1825-1828.
32. NTELOVITZ, M.: *Estrogen replacement therapy: indications, contraindications and agent selection*. Am J Obste 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.H.: *Biosynthesis and physiologic effects of estrogen and pathophysiologic effects of estrogen deficiency: a review*. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 1828-1831.
36. WHITEHEAD, M.I.; HILLARD, T.C.; CROOK, D.: *The role and use of progestagens*. Obstet Gynecol 1990; 75 (suppl): 76S-76S.