

TERAPIA DE SUPLENCIA HORMONAL DURANTE LA MENOPAUSIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

AUGUSTO GALÁN SARMIENTO
Ministro de Salud

IVÁN MORENO ROJAS
Viceministro de Salud

FRIDOLE BALLÉN DUQUE
Secretario General

ENRIQUE ARDILA ARDILA
Director de Recursos Humanos

AÑO 1995

COMITÉ ORGANIZADOR

ENRIQUE ARDILA, PRESIDENTE
Profesor Asociado, Facultad de Medicina Universidad
Nacional de Colombia
Director de Recursos Humanos - Ministerio de Salud

JOSÉ FORERO AYALA
Bacteriólogo Universidad Javeriana
Presidente Asociación Bacteriólogos de Bogotá
Federación Colombiana de Especialistas en
Laboratorio clínico - FECODEL

ELIZABETH RODRÍGUEZ FONSECA
Terapeuta Ocupacional Universidad Nacional
Representante Asociación Colombiana de
Terapia Ocupacional - ACTO
Instructor Asistente Departamento Terapias

ROSALBA PINTO DE BLANCO
Nutricionista Dietista Universidad Nacional
Presidenta Asociación Colombiana de
Dietistas y Nutricionistas
Clínica del Niño J.B. - ISS

MARTHA TORRES DE RESTREPO
Fisioterapeuta Universidad del Rosario
Presidenta Asociación Colombiana de Fisioterapia

NATAN ZUNDEL
Cirujano General
Presidente Asociación Colombiana de Trauma

EXPERTOS

GUSTAVO GÓMEZ T.
Ginecólogo-Endocrinólogo
Profesor Titular Universidad del Valle
Presidente del Grupo de Expertos

ALFONSO MEJÍA VÉLEZ
Médico Internista-Cardiólogo
Profesor Titular Universidad de Antioquía

STELLA MORENO
Nutricionista Dietista
Centro de Atención Nutricional Medellín

WILLIAM ONATRA
Ginecólogo-Obstetra
Profesor Asociado Universidad Nacional

GLORIA STELLA PENAGOS VELÁSQUEZ
Ginecoobstetra- Educadora sexual
Jefe Departamento de Ginecoobstetricia
Hospital San Vicente de Paúl Medellín

ROSA OFELIA ÁLVAREZ

Médica Cirujana. Universidad de Antioquía.
Especialista en Familia.
Universidad Pontificia Bolivariana

DOMINGO CARABALLO

Profesor Titular de Fisiología
Universidad de Antioquía
Hospital San Vicente de Paúl, Medellín

WILLIAM CÁRDENAS

Internista, Magister en Epidemiología
Grupo cardiológico de Occidente, Cali

CARLOS GÓMEZ F.

Ginecólogo
Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín

MARTHA CECILIA ÁLVAREZ

Nutricionista
Universidad de Antioquía

BEATRIZ CORREA DE BARROS

Enfermera Profesional
Medellín

LORENCITA CORREA DE HALPERT

Ginecoobstetra
Clínica Soma,
Medellín

GERMÁN CORSO MORALES

Médico General
Bucaramanga

AMPARO EUSSE DE HOYOS

Médica General
Medellín

DORA LUZ GONZÁLEZ

Médica Psiquiatra
Clínica Las Vegas - Medellín

FABIO SÁNCHEZ

Ginecólogo, Endocrinólogo
Profesor, Facultad de Medicina Universidad de Antioquía
Coordinador de la Conferencia

CÉSAR CORTÉS

Médico de Urgencias
Asociación Colombiana de Médicos Generales

GERMÁN GAMARRA

Médico, Internista - Nefrólogo
Profesor Titular, Facultad de Salud
Universidad Industrial de Santander

MARGARITA PÉREZ CORRALES

Enfermera F.E.C.S.
Asociación Nacional de Enfermeras
Seccional Cundinamarca - Hospital Simón Bolívar

GONZALO E. PÉREZ

Médico Ginecoobstetra
Instituto Nacional de Cancerología

CARLOS JOSÉ JARAMILLO

Internista
Profesor Facultad de Medicina
Universidad de Antioquía

ANTONIO JOSÉ RESTREPO

Médico Internista
Universidad de Antioquía

CÉSAR J. SUÁREZ C.

Médico Cirujano
Jefe de Programa de Primer Nivel, Ministerio de Salud

JAIME URDINOLA

Ginecoobstetra
Fundación Santa Fe de Bogotá

JURADO

LIGIA ECHEVERRI ANGEL

Socióloga-Antropóloga
Profesora Titular y Maestra Universitaria
Asesora Rectoría Universidad Nacional

MARTHA EUGENIA GONZÁLEZ DE LÓPEZ

Trabajadora Social
Decana Universidad Pontificia Bolivariana

ALEXANDRA OBANDO

Enfermera Profesional
Fundación Pro-Américas
Medellín

ALVARO ORTÍZ URIBE

Médico Deportólogo
Profesor de Fisiología
Universidad de Antioquía

FRANCIA PALACIO

Enfermera Magister en Salud Pública
Universidad de Antioquía

HÉCTOR MANUEL QUIROZ

Médico General
Dirección Seccional de Salud de Antioquía

RAFAEL IGNACIO RESTREPO

Médico General
Dirección Seccional de Salud de Antioquía

CONSUELO ROLDÁN DE VELÁSQUEZ

Médica General
Servicio Médico Universidad de Antioquía

INTRODUCCIÓN A LA CONFERENCIA DE CONSENSO

TERAPIA DE SUPLENCIA HORMONAL DURANTE LA MENOPAUSIA

Hasta hace tan sólo cincuenta años, se esperaba que la mujer que alcanzaba la edad de la menopausia sobreviviera apenas unos pocos años más. Terminada su etapa reproductiva, su expectativa de vida, en promedio, no sobrepasaba los diez años.

Hoy en día, quizá debido a la mejoría en las condiciones generales de vida se espera que cerca de una tercera parte de la vida de la mujer transcurra después de llegada la edad de la menopausia. Al tiempo que ha conquistado independencia y autonomía, la mujer de la segunda mitad del siglo XX está afrontando problemas que a las mujeres de una generación precedente les resultaban inusitados: Las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y las fracturas derivadas de ella, cuya evidencia ha aumentado como consecuencia de la prolongación de su período vital. Además, la vinculación de la mujer a la fuerza de trabajo (en Colombia cerca de 50% de los hogares tienen como cabeza de familia a una mujer), ha obligado a que ella no limite sus funciones a las exclusivamente relacionadas con la maternidad y la crianza; al contrario, debe permanecer activa (y laboralmente productiva) por más tiempo.

Si bien la menopausia no puede dejar de ser vista como un proceso fisiológico normal, los cambios relacionados con el climaterio pueden representar un serio disturbio en la calidad de vida de la mujer y constituirse en una fuente, potencialmente prevenible, de enfermedades y discapacidad.

En un país en el cual la proporción de población adulta es cada día mayor, el tema del climaterio cobra mucha importancia, toda vez que el número de mujeres expuestas es inmensamente superior al de hace unos cuantos años, como lo es también la morbi-mortalidad derivada de este proceso.

El médico que enfrenta el problema de manejo de la mujer menopáusica deberá encontrar en la CONFERENCIA DE CONSENSO elementos que le permitan tomar una decisión, en conjunto con su paciente, acerca de una eventual terapia de suplementación hormonal. Deberá colocarse en capacidad de aconsejar o desaconsejar un determinado tratamiento de acuerdo a las circunstancias particulares de cada mujer, sopesando siempre el riesgo/beneficio.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Recursos Humanos, lleva a cabo las CONFERENCIAS DE CONSENSO que buscan unificar criterios en torno a las enfermedades de mayor prevalencia e impacto sobre la población colombiana.

Se pretende que la metodología de "Conferencia de Consenso" adoptada por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los lineamientos internacionales, redunde en beneficio de los enfermos y de la población en general, así como de los profesionales de la salud.

Después de día y medio la presentaciones a cargo de diferentes expertos y discusión por parte de la audiencia, un jurado independiente, conformado por profesionales y técnicos de diversas ramas, analizará la evidencia presentada y preparará un borrador en el cual se intentará responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Siendo la menopausia un proceso fisiológico, se estaría autorizando para modificar su historia?
2. ¿Con la Terapia de Suplencia Hormonal (TSH) se lograría prolongar la vida de la mujer?
3. ¿Con la Terapia de Suplencia Hormonal (TSH) se lograría mejorar la calidad de vida de la mujer?
4. ¿Cuáles serían las indicaciones y las contraindicaciones de la Terapia de Suplencia Hormonal (TSH)?
5. ¿Cree usted que se deberían crear programas gubernamentales para el estudio y manejo de la menopausia?

El último día del Consenso, el Presidente del Jurado, médico Genicoobstetra y Profesor universitario, doctor Alfonso Júbiz H. Leerá el borrador de la declaración a la audiencia asistente a la CONFERENCIA DE CONSENSO e invitará a la formulación de preguntas y comentarios.

El Ministerio de Salud expresa sus agradecimientos al Comité Organizador, a los Expertos y a los miembros del Jurado, quienes desinteresadamente aportaron su tiempo y sus conocimientos para la realización de esta CONFERENCIA DE CONSENSO.

Además hacemos un reconocimiento especial al ANDEM (Agence Nationale pour le Développement et l'Évaluation Médicale), de París (Francia), y al OMAR (Office for Medical Application of Research) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos, por su colaboración en el suministro de información valiosa para el desarrollo de esta metodología.

MENOPAUSIA, DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN INICIAL DEL PROBLEMA

Gustavo Gómez Tabarez

Ginecólogo endocrinólogo. Profesor titular Universidad del Valle

Menopausia es la ausencia de menstruación debida a la caída abrupta de estrógenos, secundaria a la progresiva y total desaparición de los folículos en el ovario.

La disminución de estrógenos se manifiesta en diferentes y múltiples sistemas en la mujer. El sistema en el que más manifestaciones subjetivas se presentan es el vascular con la aparición de síntomas vasomotores consistentes en la presencia de fogajes y signos de enrojecimiento en cara, cuello y sudoración.

El hipoestrogenismo también afecta los sistemas cardiovascular y óseo cuyos efectos son lo que más han estimulado el estudio del problema, por su incidencia en la morbilidad y mortalidad de la mujer menopáusica y en los altos costos que genera.

A nivel de la piel los niveles bajos de estrógenos tienen efecto en la pérdida de elasticidad, con tendencia a la aparición de arrugas y sequedad. La irritación de las mucosas vesical y vaginal producen síntomas urinarios como nicturia, polaquiuria y dispareunia. La disminución de la libido, la dispareunia y el insomnio, a su vez, son causa de trastornos psicológicos y de comportamiento, como depresión, angustia, irritabilidad, y pérdida de la autoestima, que no son causados de manera directa por la deficiencia estrogénica.

Aunque no está del todo definido cual es la causa última de la producción de los fogajes, lo que sí está claro es que los estrógenos participan de una manera determinada. También son una terapia de comprobada eficacia.

La participación final de neurotransmisores del tipo adrenalina y noradrenalina a nivel central en el centro térmico en la región supraóptica y periférica en el endotelio vascular, explica el por qué un fármaco que module a nivel central la producción de estos compuestos sea útil para mejorar los síntomas (v. gr. Veralipride, clonidina, naloxona).

La principal causa de esta consulta en la clínica de menopausia del Hospital Universitario del Valle son los fogajes y la sudoración, siendo el orden del 42% del total.

En la literatura mundial se informa que el 65% a 70% de las pacientes cuando entran en la menopausia presentan fogajes, pero sólo 15% presenta síntomas severos que obligan a consultar por esa exclusiva razón, lo que refuerza la importancia de que el médico esté bien informado y eduque a la paciente con relación a los signos y consecuencias que ella no puede detectar.

Los estrógenos tienen efecto sobre los lípidos independientemente del tipo de compuesto y de la vía de administración. Por lo tanto la deficiencia estrogénica tiene una importante incidencia sobre los niveles plasmáticos de los lípidos y consecuentemente una estrecha relación con la enfermedad ateromatosa vascular.

Los estrógenos aumentan los lípidos de alta densidad o protectores 9(HDL), y especialmente la variedad HDL2, por acción de una lipasa hepática y conversión a partir de lípidos precursores. también inducen aumento de triglicéridos. Contrariamente, disminuyen los lípidos de baja densidad (LDL) y la apoproteína B y la lipoproteína (a). Los efectos anteriores sobre los lípidos circulantes se manifiestan como un efecto protector sobre la incidencia de enfermedad cardiovascular (ECV) incluyendo el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular (ACV).

El tipo de compuesto y la vía de administración se refleja en la intensidad de los efectos en el perfil lipídico. Los compuestos orales tipo estrógenos conjugados tienen una mayor intensidad los derivados androgénicos, reservan la acción de los estrógenos sobre los lípidos. Sin embargo, su incidencia en el cambio de la morbilidad y mortalidad por ECV es de baja magnitud.

Además los estrógenos tienen, independientemente de su acción sobre los lípidos efecto sobre el endotelio vascular. La liberación de óxido nítrico, una de las sustancias relajantes vasculares más potentes, es estimulada por la hormona. A través de este mecanismo se postula la benéfica incidencia sobre la presión arterial y las arterias coronarias, al incrementar el flujo sanguíneo a nivel cardíaco muscular. También actúa a nivel cerebral donde hay receptores para estrógenos además de los existentes en la piel, hígado y hueso.

El efecto de los estrógenos en el hueso y en la incidencia de osteoporosis y fracturas, se ha puesto de manifiesto por algunas consideraciones epidemiológicas.

En los Estados Unidos, de 40 millones de mujeres mayores de 50 años de edad, 20 millones sufren osteoporosis y 1,3 millones presenta fracturas, 500 mil de vértebras y 250 mil de cadera. La mortalidad de ésta última es de 10-15 por ciento. El 15% de las mujeres blancas sufrirán fracturas (cadera, muñeca), y el 50% requerirán incapacidad, generando un costo cercano a los seis millones de dólares.

Estudios de varios autores han demostrado que el contenido de mineral óseo disminuye con el avance de la edad y está relacionado con la disminución de los niveles de estrógeno por debajo de los 160 mg/mL. No se conoce la magnitud exacta, pero el tiempo de menopausia incide en la pérdida ósea, por falta de estrógeno, más que por el avance mismo de la edad.

El momento de iniciación de la terapia de reemplazo estrogénico (TRE) con relación al momento de la instauración de la menopausia es importante. Entre más cerca del evento se inicie la terapia, más prevención de la pérdida ósea. Hasta los cinco años después del inicio de la menopausia se logra recuperar hasta el 50% del material perdido. Después se mantiene el nivel de masa ósea existente, pero hay recuperación de la pérdida.

El efecto de los estrógenos sobre el aspecto psicológico de la paciente menopáusica se muestra favorable cuando se mejora la libido y la dispareunia. También cuando se alivian síntomas como nicturia y los fogajes y por lo tanto el insomnio. Estudios controlados prospectivos no han podido determinar que la deficiencia estrogénica tenga un efecto directo sobre los trastornos de tipo psicológico en la mujer postmenopáusica.

La causa mayor de baja confiabilidad de la TRE por parte del paciente y por el médico mismo, es la amenaza de Ca de endometrio y Ca de seno. El carcinoma de endometrio aumenta hasta 10 veces más en las pacientes que reciben terapia estrogénica. Sin embargo, la mortalidad derivada de esta causa entre usuarias y no usuarias de estrógenos es similar. Además, el uso de progesterona concomitante, anula los efectos

de los estrógenos y el riesgo relativo desciende a 0,4%. Es por lo tanto una conducta médica compartida por todo el mundo médico, que pacientes que van a recibir TRE con útero intacto, deben recibir progestágenos concomitantemente.

Por otra parte la incidencia de Ca de seno se incrementa de acuerdo con diversos estudios estadísticos entre 0,3-3,4 (r.r.).

Publicaciones de 1955 muestran reciente estudio prospectivo en que se muestra un aumento de r.r. de 1,3 en pacientes relacionadas con el incremento de edad.

En este campo no se ha dicho todavía la última palabra y todavía es necesario, como todo en terapia médica, colocar los beneficios frente a los efectos secundarios, lo mismo que individualizar al paciente.

RATAMIENTO HORMONAL DE LA MENOPAUSIA

Roberto Jaramillo U.

Gineco-obstetra

Dpto. Ginecología y Obstetricia Hospital de San José - Bogotá

Demografía

POBLACIÓN MUNDIAL POR CONTINENTE

AÑO	Población (en millones)		ASIA	57%
1950	2.518	AMÉRICA DEL SUR		10%
2000	6.261	AMÉRICA DEL NORTE		5%
2025	8.504	EUROPA Y ANTIGUA URSS		14%
2050	10.019	ÁFRICA		13%
2150	11.000	OCEANÍA		1%

– Se espera que en el año 2000 la población femenina de 45 años o más será de 700 millones.

– La población crece 93 millones por año a expensas (93%) de los países en desarrollo.

– Colombia según el censo de 1993 tiene 32.871.993 habitantes con 16.693.000

....mujeres y el 22% por encima de los 40 años.

– Edad de la menopausia

Según diferentes estudios se sabe que se presenta alrededor de los 50 años factor condicional al estado socio-económico, salud, etc.

– Factores que condicionan la edad de la menopausia

Aumento de la esperanza de vida, la nutrición, el tabaco, el alcohol, sedentarismo, número de embarazos, nuliparidad, etc. Unos aumentando otros disminuyendo la edad de aparición de la menopausia.

– **En estudio longitudinal prospectivo** realizado el año pasado en Bogotá, Barranquilla, Medellín, Bucaramanga, Cali se encontraron 832 pacientes (716 en Bogotá y 117 en las otras ciudades) se obtuvieron los siguientes resultados:

– Clasificación de la menopausia en %

CAUSAS	BOGOTÁ	OTRAS REGIONES
Fisiológica	65,2%	61,0%
Quirúrgica	27,1	27,6
Precoz	5,1	5,7
Sin clasificar	2,5	4,8

– Edad promedio de la menopausia: 52, 26 años.

– Motivos de consulta: oleadas de calor moderada 56,1/45,5%.

...Sudoración 52,2/52,7% - cefaleas 50,4/41,9%

...insomnio 40,3/40,6% - sequedad de la piel 44.0/36,0%

...disminución de los libidos 25,68/29,6%

– Factores de riesgo familiar: hipertensión arterial 40%

...Distipidemia 13%, Cáncer 10,5%, A.C.V. 11%

– Factores de riesgo personal: sedentarismo 60%; hipertensión arterial 40%;

...ooforectomía 12%; Tabaquismo 11%

– Comparación entre edad de la menopausia frente al número de gestaciones.

Se encontró que las mujeres con mayor número de gestaciones (> 8) presentaban la

...menopausia a edad más tardía.

– Las enfermedades cardiovasculares como factores de riesgo

Según el estudio de Frammingha el riesgo de infarto del miocardio es mayor en las postmenopáusicas hasta el punto que después de 8-10 años postmenopáusicas el riesgo llega a igualarse en los dos sexos.

Osteoporosis

Afecta a más de 5 millones de mujeres en USA.

El hueso se comienza a perder entre los 30 y 35 años pero esta pérdida se acelera en los primeros 5 años postme-

nopáusicas con un promedio de pérdida de masa ósea entre el 3%-5% por año.

En mujeres que viven hasta los 80 años 40% tienen fracturas espinales, si viven hasta los 90 años el 33% sufren fracturas de caderas.

Estos problemas tienen un costo anual de 10 billones de dólares en USA.

Factores de riesgo: post-menopausia, rojo blanco o asiático, menopausia prematura, herencia, inactividad, nuliparidad, etc.

ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIO-FAMILIARES DEL CLIMATERIO

Dora Luz González

Médica Psiquiatra - Clínica Las Vegas Medellín

Para poder comprender toda la sintomatología que se le ha atribuido a la menopausia, debemos ver ésta como un fenómeno que ocurre en el desarrollo del ciclo vital normal de la mujer, durante la etapa de la adultez madura. Igualmente esta persona debe ser observada en un contexto integral, es decir teniendo en cuenta los aspectos biológicos-psicológicos-sociales y familiares, ubicados dentro de la cultura a la cual pertenece. En la cultura occidental la mujer en el momento de la menopausia pierde estatus, mientras en la mayoría de los países orientales gana estatus y reconocimiento en su comunidad. La observación anterior ha llevado a pensar a muchos autores que el mal llamado “síndrome menopáusico”, corresponde más a una construcción cultural que a una realidad biológica.

El aumento notorio en la expectativa de vida exige un mayor conocimiento, no solo de la etapa de la vejez sino de la mujer adulta madura la cual en el momento actual pasa 30-40% de su vida en el período postmenopáusico.

Al referirnos a Edad Madura estamos hablando de la edad comprendida entre los 40-60 a 65 años, independiente del sexo, sin que existan fenómenos fisiológicos que la definan claramente; como si sucede en los períodos tempranos de la vida. Es entonces una definición que tiene que ver más con referentes psicosociales y psicodinámicos; es el momento culminante de la vida lleno de responsabilidad, seriedad y desafíos con sentimientos de goce; la crianza de los hijos deja de ocupar un lugar prioritario; ocupación o la profesión se encuentran en la máxima productividad; hay creatividad, continuando el crecimiento y el desarrollo; se prepara y se trasciende a la vejez. Según E. Erikson, la meta que debe cumplirse es la generatividad, definida como la preocupación por crear y guiar las siguientes generaciones: época de balances con el fin de aplicar correctivos futuros, en busca de un sentimiento de plenitud y bienestar, disminuyendo así las aprehensiones y continuando el progreso vital.

Los cambios más específicos y relevantes en la edad madura en la mujer, se deben revisar para lograr en este contexto, entender el fenómeno de la menopausia:

1.- CAMBIOS CORPORALES: tanto en hombres como en mujeres aparecen los primeros indicios de mortalidad; en el 72% de esta población ya se presenta al menos una enfermedad crónica; disminuye el vigor físico; aumentan los depósitos de grasa; hay cambios en piel y cabello: presbicia; presbiacusia; inestabilidad vasomotora; cese de la menstruación; final de la capacidad reproductiva estrechamente ligada al concepto de feminidad; se conserva el funcionamiento intelectual y aun puede aumentarse como respuesta a la experiencia acumulada.

2.- ASPECTOS FAMILIARES: el síndrome del “nido vacío”: del cual se habla cuando las mujeres han centrado sus vidas en la capacidad de crianza, cada vez es menos común y no es un evento universal. Desde 1975 se observa el fenómeno opuesto al salir los hijos del hogar, presentando las madres una mayor tendencia a la satisfacción, que a la tristeza; es la oportunidad de revitalizar la relación de pareja, si ésta ha sido funcional.

Hay mayor cercanía sexual. Si la pareja ha sido disfuncional, puede aumentar las posibilidades de divorcio, al desaparecer los hijos como factor pseudoaglutinante. La viudedad es otro evento doloroso frecuente en esta edad, aunque evidentemente tampoco es universal. Cuando ello ocurre debe realizarse readaptaciones en los roles, al interior de la familia.

3.- ASPECTOS ECONÓMICOS: existe un aumento de la carga financiera; debe responderse por los mayores y menores del grupo familiar e igualmente hay que acumular recursos para su propia vejez; paralelamente existen menos posibilidades laborales y de capacitación profesional. La mujer actualmente constituye más o menos el 40% de la fuerza laboral en EE.UU., de los cuales el 60-73% son casadas y deben trabajar fuera del hogar; estas mujeres deben igualmente

seguir con el trabajo doméstico, exigiéndosele y ella misma exigiéndose ser una “mujer modelo”, la supermamá, que se las arregla para ocuparse de todo.

4.- ASPECTOS SOCIALES: los roles sociales tienden a volverse rígidos, hay menos opciones. A la mujer se le exige belleza física con los parámetros de la juventud; se le exige el “disfraz menopáusico” (Weideger), negándosele expresar sus sentimientos y sexualidad. Lo cual refuerza el sentimiento de escisión entre su cuerpo y su yo. En los casos en que la mujer madura tiene más estatus, hay menor adaptabilidad social.

5.- ASPECTOS PSICOLÓGICOS: tanto el hombre como la mujer deben realizar mecanismos sanos adaptivos a los cambios corporales, familiares, económicos y sociales enunciados anteriormente. En la mujer con la menopausia se pierde la capacidad de procrear, lo cual conjuntamente con la crianza y la belleza física, juegan papel importante en la identidad femenina, que se ve seriamente amenazada en este momento; afortunadamente el desarrollo personal, profesional y laboral ya empiezan a ser fuentes importantes de autofirmación en la mujer, así como lo es, en forma marcada en el hombre.

6.- ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS: Los estrógenos sensibilizan los receptores centrales a la acción de las catecolaminas, igualmente disminuyen la actividad de la MAO. La disminución estrogénica normal durante la menopausia, nos podría hacer pensar en un efecto biológico de esta hormona, con relación a la capacidad de inducir depresión, ocasionada por el déficit existente, sin embargo, a nivel experimental los estudios son contradictorios. Su uso clínico a nivel de psiquiatría durante la menopausia, sigue siendo el mismo que en otros momentos de la vida, es decir, se reservan para los cuadros depresivos refractarios. Es importante por lo tanto enfatizar y aclarar que los estrógenos no son antidepresivos ni psicofármacos.

MENOPAUSIA Y PSIQUIATRÍA

El proceso biológico de la menopausia no es factor de riesgo para la enfermedad mental, son los factores psicógenos y socioculturales propios de la edad madura los que constituyen

verdaderamente un factor de riesgo. Al respecto existe una gran disparidad entre la observación de los ginecólogos y la observación de los psiquiatras, llegándose a la conclusión que dicha disparidad es producto de la práctica clínica, en el sentido de que los psiquiatras ven muchas mujeres con enfermedad psiquiátrica, solo pocas están en edad de la menopausia; mientras que los ginecólogos ven muchas mujeres con menopausia de las cuales un gran número presenta síntomas psiquiátricos.

Los principales cuadros psicopatológicos en la menopausia son en orden de incidencia los siguientes: reacciones de ajuste, depresión mayor, trastornos de ansiedad, alcoholismo, trastornos somatomorfos y disfunciones sexuales. Sobre la depresión mayor es necesario decir una pocas palabras. La denominada melancolía involutiva de la cual habló inicialmente Krapelin en 1906, cuadro caracterizado por agitación. Hipocondriasis, ideas delirantes de culpa, pobreza y desgracia de mayor ocurrencia en la mujer. En el momento actual se considera dentro de los desórdenes del efecto, independientemente del proceso involutivo. (Weissman, 1979). Varios estudios posteriores, a Krapelin, incluyendo estudios genéticos, apoyan este último. El tratamiento del episodio depresivo mayor, es igual a los episodios depresivos de cualquier otra etapa de la vida. La farmacoterapia actúa sobre síntomas vegetativos (sueño, apetito, libido y ansiedad). La psicoterapia actúa sobre el estado de ánimo, autoestima e ideación suicida.

Se ha notado un incremento del alcoholismo en las mujeres, como una forma de automedicarse otras patologías, entre ellas depresión, ansiedad, etc. La disminución del deseo se relaciona más con la falta de armonía marital y la ausencia de pareja, además de los factores socioculturales prohibitorios de la actividad sexual en la adultez y la vejez.

EL TRATAMIENTO DE LOS DESORDENES PSIQUIÁTRICOS DURANTE LA EDAD MADURA DE LA MUJER ES IGUAL AL DE OTRAS ÉPOCAS DE LA VIDA. LA TERAPIA SUSTITUTIVA ESTRÓGENICA NO ACTÚA SOBRE SÍNTOMAS MAYORES, ACTÚA SOLO SOBRE LA SENSACIÓN DE BIENESTAR, MEJORANDO SOFOCOS, CALIDAD DEL SUEÑO Y ANSIEDAD REACTIVA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart, DA; Scotland NL. Psychological Aspect of Women's Health Care. American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1993.
2. Notman, MT; Nadelson CC. Women and Men. New perspectives on gender differences. American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1990
3. Kaplan, HS. Evaluación de los trastornos sexuales. Grijalbo, Barcelona, 1985.
4. De Beauvoir S. La plenitud de la vida. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, 1986.
5. Erikson, EH. La adultez. Fondo de Cultura Económica. México 1981.
6. Dexeus, S; Farre JM. La mujer, su cuerpo y su mente. De. Temas de Hoy. Madrid, 1994.
7. Kaplan HI; Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. Segunda edición. Salvat, 1989.
8. Ballinger, CB. Psychiatric Aspects of the Menopause. British Journal of Psychiatry (1990), 156, 773-787.
9. Hawton, K; Gath, D; Day, A. Sexual function in community sample of middle-aged women with partners; effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecology, an menopausal factors. Arch-Sex-Behav. 1194 Aug; 23(4): 375-95.

10. Brainsky, S. Algunas consideraciones sobre sexualidad, identidad femenina y maternidad. *Universitas Medical*. 1992, Vol. 33. No. 4.
11. Lidz, T. La persona. De. Herder. Barcelona 1980.
12. Levine, SB. Clinical sexuality *The Psychiatric Clinics of North America*, 1995 March.

13. Parry, BL. Women's Disorders. *The Psychiatric Clinic of North America*. 1989 March.
14. Usser, JM. La Psicología del cuerpo femenino. De. Arias Montano. Buenos Aires, 1991.

VIVENCIAS DE LA SEXUALIDAD EN LA MENOPAUSIA

Concepciones histórico sociales y médicas sobre la menopausia

Gloria Stella Penagos Velásquez

Ginecoobstetra - Educadora Sexual

Universidad de Antioquía

Jefe Departamento de Ginecoobstetricia

Hospital San Vicente de Paúl, Medellín

En 1852 Tilt escribía “La pubertad que da al hombre el conocimiento de un mayor poder, da a la mujer el conocimiento de su dependencia y en ella encuentra el discurso que localiza el centro de la existencia y la sexualidad de una mujer en su matriz.

El discurso histórico tradicional que define a las mujeres a través de su función reproductiva, conceptualiza el acondicionamiento biológico de la menopausia como el fin de la vida útil de una mujer y puesto que la fertilidad y la feminidad están tradicionalmente unidas, la mujer que pierde su fertilidad pierde simultáneamente su feminidad, parte importante de su identidad como mujer.

Ese discurso negativo generado por la cultura no es experimentado por todas las mujeres y no debería ser vivido por ninguna!

Una nueva generación de mujeres, influidas por la reconceptualización feminista del papel de la mujer está alcanzando la mediana edad sin un sentimiento concomitante de inutilidad, pues lleva una vida activa y realizada, no centrada únicamente en su capacidad reproductiva³.

La Socialización

Ha sido prohibitiva del discurso de la sexualidad, impactando negativamente la vivencia de ella y obligándola a romper todas las prohibiciones prematrimoniales al momento de desposarse.

Al llegar al matrimonio todo lo prohibido ayer es permitido desde el instante de la aprobación religiosa o social de unión y en esa institución matrimonial, la maternidad como una articulación del conjunto de prácticas sociales, laborales, afectivas y morales dirigidas a garantizar a la prole las condiciones de supervivencia, crecimiento y desarrollo son otra de las tareas que culturalmente recaen sobre la mujer como una obligación o deber para cumplir, viviéndose finalmente como una carga para las mujeres que querían desarrollarse además en otros campos.

Al mismo tiempo, el valor de la tolerancia, la virtud de la resignación, el mandato de indisolubilidad del matrimonio, así como la poca autonomía de la mujer para ganarse la vida por la baja capacitación y la carga de muchos hijos, hacen que permanezca dentro de la institución matrimonial a costa de su crecimiento personal cuando aquella no funciona.

El Cuerpo Humano y sus funciones socio-sexuales

El cuerpo es un espejo de las relaciones sociales. El orden sexual dominante en cada cultura, reglamenta los usos sociales del cuerpo, así concebido, el cuerpo no es sólo una realidad autónoma fisiológica, sino además un espacio en el cual y a través del cual, se realizan prácticas sociales, ya que sus funciones se realizan en ámbitos culturales, que le imprimen connotación a ellas mismas.

La menstruación, la procreación y la menopausia son procesos biológicos que se presentan con variaciones en las diferentes culturas ya que ellas tienen condiciones climáticas, ambientales, alimentarias, individuales; además de un conjunto de normas, hábitos, valores, ritos, creencias y tradiciones que explican lo permisible y aceptable en valores dados a cada uno de los eventos.

En nuestra cultura para las mujeres que actualmente están climatéricas, el proceso de vivencia de la menopausia está ligado a las vivencias previas con la menstruación y la reproducción.

Siendo la menstruación un símbolo de enfermedad, muchas mujeres viven la menopausia como, ausencia de enfermedad o salud; no ocurre así a otro grupo de mujeres que no saben porqué la viven con tristeza. (Consideramos que es la pérdida de capacidad reproductiva la principal razón).

Nosotros estamos asistiendo a las alboras de una nueva construcción y la enseñanza comportamental, el permitirnos hablar de sexualidad desde épocas escolares tempranas probablemente contribuirá a que el grupo de niños y adolescentes menos prohibitivas o pecaminosas, más positivas y favorecedoras de una vivencia sexual recreativa que permite valorar y vivir el disfrute del cuerpo gratificante y responsablemente, con claridad para definir cuando sí o no reproducirse, y