

## Entorno Social Y Ciclo Biológico En Mujeres Que Habitan En Un Ambiente Favorable

María Elena Díaz

Antropóloga

Laboratorio de Antropología, Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, La Habana, Cuba

[meds49@yahoo.es](mailto:meds49@yahoo.es)

Emilia María Toledo

Antropóloga

Laboratorio de Antropología, Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, La Habana, Cuba

[arsalva@inhem.sld.cu](mailto:arsalva@inhem.sld.cu)

Raúl Fuillerat

Psicólogo - Instituto de Higiene Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba

[fuillera@inhem.sld.cu](mailto:fuillera@inhem.sld.cu)

Isabel Martín

Licenciada en Alimentos

Laboratorio de Dietética, Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, La Habana, Cuba

[isamar@infomed.sld.cu](mailto:isamar@infomed.sld.cu)

Iraida Wong

Antropometrista

Laboratorio de Antropología, Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, La Habana, Cuba

[rsuarez@infomed.sld.cu](mailto:rsuarez@infomed.sld.cu)

Vilma Moreno

Antropometrista

Laboratorio de Antropología, Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, La Habana, Cuba

Dayany Matos

Antropometrista

Laboratorio de Antropología, Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, La Habana, Cuba

Maria Caridad Romero

Dietista - Laboratorio de Dietista, Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, La Habana, Cuba

Maria del Carmen Rodríguez

Psicometrista

Hospital Pediátrico de Centro Habana

## Resumo

A qualidade de vida e o bem-estar da mulher é fortemente associado com a sua história reprodutiva, o estilo de vida, a prevalência de doenças, como também com o índices socio econômicos e de saúde no território onde ela vive. Naquele contexto, as idades de aparecimento da menarca e da menopausa, constituem marcadores sociais e ambientais. Com o propósito de analisar a influência do ambiente no ciclo de vida feminino, vários aspectos da história reprodutiva, síndrome do climaterio, morbidade, características sociais e o estilo de vida foram avaliados em 632 mulheres numa área com condições ecológicas satisfatórias em Cidade da Havana.

## Palavras chave

Gênero; Menopausa; Fatores sociais

## Abstract

The quality of life and the well being of the woman are strongly associated with her reproductive history, the life style, the prevalence of diseases, as well as with the socio economic and health indexes in the territory where she lives. In that context, the ages of appearance of the menarche and the menopause constitute social and environmental markers. With the purpose of analysing the influence of the environment in the feminine cycle of life, several aspects of the reproductive history, climacteric syndrome, morbidity, social characteristics and the life style were assessed in 632 women, coming from an area with suitable ecological conditions in Havana city.

## Key Words

Gender, Menopause, Social factors

## Introducción

La mujer constituye uno de los grupos priorizados por la OMS/OPS, en el cual se exhorta a realizar investigaciones de las que se deriven acciones inmediatas que permitan solucionar los problemas que presenta en diferentes contextos, que puedan afectar su calidad de vida (OMS,1995). A escala mundial, la mujer es ubicada dentro de los sectores postergados o en condiciones de discriminación y subordinación económica y social. En los países de América Latina, con excepción de Cuba, la mujer es sometida constantemente a una situación social desventajosa.

Una de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Oficina Sanitaria Panamericana en los últimos años es trabajar en la integración de la mujer en la salud y el desarrollo, con vistas a fortalecer y establecer nuevas formas de organización social para viabilizar cambios en los modelos de atención a la salud en función de sus principales necesidades de género, en las diferentes etapas de su ciclo vital (OPS, 1991).

En Cuba, aunque no existen las mismas particularidades sociales del resto de los países de la región, el entorno no deja de tener una influencia singular que interviene en el estilo de vida y en el estado de salud, que en última instancia son los que condicionan su participación plena en la vida de la sociedad. Lo anterior justifica las comparaciones de éstas y otras variables en mujeres de diferentes estratos socioeconómicos.

A escala mundial en la medida que la mortalidad infantil ha disminuido, ha ocurrido un crecimiento de la población y una mayor esperanza de vida al nacer como resultado del logro de objetivos básicos de desarrollo con equidad social, entre ellos, los derechos humanos, la salud reproductiva y la disminución de la pobreza. Esta estrategia es mejorada a medida que se alcanza un mayor papel de la mujer en el plano social, con la elevación del nivel de escolaridad, el estado socioeconómico, servicios de salud, que se relacionan de una u otra manera con el descenso de la fecundidad además del bienestar materno infantil (Grupo de Expertos, 1995).

Este conjunto de aspectos proporciona interés por la profundización en los aspectos que intervienen en la fecundidad, entre ellas la gestidad, paridad, intervalo intergenésico, abortos, tamaño familiar, número de hijos, nupcialidad dentro de las variables biodemográficas. Las determinantes del estilo de vida y el acceso a los servicios de salud (atención a la maternidad, uso adecuado de los métodos anticonceptivos y planificación familiar) son elementos importantes para la fecundidad de la mujer durante su etapa fértil.

Con la maduración sexual se inicia el período fértil y con este la capacidad para la reproducción que conduce a un embarazo normal y parto a término. La planificación familiar es un elemento importante de la etapa porque determina la utilización de diversos tipos de anticonceptivos, algunos de los cuales pueden incidir en la salud de la mujer, manifestándose los riesgos en la etapa climatérica.

El otro aspecto a tratar es el estudio de la mujer en las etapas de premenopausia tardía y postclimatérica, sus normas de vida, su condición pre mórbida y aquellos fenómenos biológicos que desempeñan un papel importante en su salud, cuyo resultado va a determinar la continuación de su incorporación a las actividades productivas y de la vida social activa.

Siendo la menopausia el momento de la vida de la mujer en que cesa su capacidad reproductiva, una variedad de cambios fisiológicos y psicológicos tienen lugar; estos se involucran además en el proceso de envejecimiento. Aparejadamente con estos eventos, muchas mujeres experimentan los síntomas del climaterio, los cuales pueden afectar la calidad de su vida. La prevalencia de la menopausia y de los síntomas asociados es poco conocida, fundamentalmente en países en vías de desarrollo.

Los efectos de las alteraciones hormonales durante la menopausia constituyen uno de los cambios más importantes que afectan a diversos sistemas de órganos en el cuerpo; los más estudiados son el cardiovascular y el óseo, que a su vez se ven implicados en los procesos de involución y han sido mayormente detectados en las sociedades industrializadas, siendo escasas las investigaciones en países con poco desarrollo económico (Report of Scientific Group, 1996).

A partir de las recomendaciones del Grupo de Expertos de la OMS del año 1981 se derivaron diferentes estudios dirigidos a conocer las características de la menopausia, su edad de aparición, los síntomas asociados y el tránsito a la postmenopausia como el inicio de la involución senil, la importancia de la contracepción en la etapa fértil, la necesidad del uso de la terapia hormonal de reemplazo, así como la implicación de estos dos últimos aspectos en el riesgo de aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Lo anterior ha sido mayormente abordado, aunque no suficientemente, en las áreas con gran desarrollo económico y poco conocido en los países pobres. La edad de inicio de la menopausia es un excelente indicador del estado de desarrollo económico de un país. En las sociedades industrializadas el promedio de edad a la que se alcanza la menopausia es de 51 años (Brambilla y McKinlay, 1989; Report of Scientific Group, 1996), pero se ha encontrado una gran variabilidad en las áreas en desarrollo, situándose para estas al final de los cuarenta. El hábito de fumar, la nuliparidad, las malas condiciones socioeconómicas y la longitud de los ciclos menstruales entre otros, son factores que influyen en una menopausia precoz; una aparición tardía se relaciona con el bienestar de la mujer y proporciona una mayor longevidad, por lo que se ha conceptualizado la edad de menopausia como un marcador biológico de la salud y el envejecimiento (Snowdon et al, 1989; Snowdon, 1990), este indicador debe ser obtenido para diferentes países, evaluándose como elemento de riesgo de diversas enfermedades y correlacionado con otros indicadores de la edad biológica (Report of Scientific Group, 1996).

La tasa de mortalidad específica para cada edad y la relación entre las correspondientes a hombres y mujeres proporcionan alguna información sobre las consecuencias de salud de la menopausia, entre las cuales se pueden citar enfermedades crónicas no transmisibles afectadas por los cambios hormonales como las circulatorias y el cáncer. Sobre las primeras puede plantearse que el efecto

protector condicionado por el período reproductivo disminuye gradualmente después de la menopausia, mientras que hay cierto beneficio de salud asociado a la mortalidad por cáncer con la transición al climaterio.

La transición hacia la menopausia comienza con irregularidades en el ciclo menstrual durante la quinta década de la vida y concluye con el fin del período reproductivo. Durante esta etapa, que transcurre aproximadamente en 4 años, declinan los niveles de estrógeno y se desarrollan los síntomas vasomotores (rubores y sudoraciones nocturnas); estos pueden paliarse con la administración de estrógeno o estrógeno más progesterona y con terapias no farmacológicas como ejercicio y dietas especiales (Adlercreutz et al 1992; Wilcox et al, 1990). Factores asociados con estos síntomas incluyen la ocurrencia del síndrome premenstrual o menstrual, estado de salud anterior y temperatura del ambiente en donde vive la mujer (Report of Scientific Group, 1996).

Fenómenos de corte psicológicos o socioculturales han sido frecuentemente asociados a la menopausia, tales como depresión, tensión nerviosa, dolores de cabeza y de espalda, falta de energía y dificultad en la concentración, entre otros; sin embargo, la aparición de estos eventos también se ha reportado en hombres (Wilcox et al, 1990; Krausel, 1992). El Grupo de expertos de la OMS de 1996 recomienda la realización de estudios entre países y culturas sobre la naturaleza de la menopausia, la manifestación de los síntomas y su importancia psicológica, la severidad de los mismos y la repercusión durante el envejecimiento, con la interferencia que ejercen en la actividad diaria y la inhabilidad causada por ellos. Igualmente se señalan como necesarios aquellos estudios que determinen como la mujer perteneciente a diferentes sociedades y de distintos grupos de edades percibe la menopausia para evaluar sus diferentes facetas.

Existen una serie de riesgos enmarcados durante la etapa reproductiva y concretamente en la premenopausia tardía que atentan contra la morbi - mortalidad de la mujer en sus próximos años. Aunque se es potencialmente fértil en los cuarenta, por encima de los 35 años el embarazo causa riesgo de salud para la madre y el feto; hay mayor frecuencia de mortalidad materna y fetal, abortos espontáneos, y anomalías del feto. Anticonceptivos orales con altas dosis de estrógenos aumentan la probabilidad de ocurrencia de enfermedades cardiovasculares, lo que se incrementa cuando existe un hábito de fumar establecido. La elección correcta de un método de control de la natalidad en la premenopausia es de importancia vital. Por lo tanto se recomiendan los estudios que clarifiquen el significado sociocultural de los anticonceptivos y su potencial en beneficio para la salud. El inicio del climaterio acentúa el riesgo de morbilidad de la mujer en la edad mediana. El cese de la función ovárica con la disminución de los niveles estrogénicos determina el desarrollo de la osteoporosis, incrementando el riesgo de las fracturas. La ocurrencia de fracturas asociadas a la

osteoporosis es una de las principales causas de morbi - mortalidad en los años postmenopáusicos. La enfermedad afecta a una de cada 3 mujeres postmenopáusicas y a la mayoría de la población anciana en países desarrollados (Melton et al, 1992).

Una recomendación general de los estudios sobre la osteoporosis y sus secuelas es la modificación de los hábitos de vida y estrategias adecuadas para la prevención de esta enfermedad, entre las cuales se señala la terapia hormonal de reemplazo.

La terapia hormonal de reemplazo para la mujer postmenopáusica es realmente difundida en los países desarrollados con diferentes propósitos: la acción inmediata (síntomas vasomotores, problemas del tracto genitourinario, etc.) y la prevención de alguna de las enfermedades crónicas no transmisibles, en particular la osteoporosis y las cardiovasculares. Con estos regímenes hormonales preventivos se puede incrementar la aparición de otras entidades como el cáncer de endometrio y mama. Sin embargo, el análisis del riesgo - beneficio y del costo - efectividad debe tenerse en cuenta en el desarrollo de la terapia, fundamentalmente en tratamientos de largo plazo.

La etapa de la premenopausia tardía -considerada por el Grupo de Expertos OMS del año 1996 a partir de los 35 años- y los inicios de la postmenopausia, fueron objeto de un estudio multifactorial en mujeres de dos zonas de la ciudad de la Habana con poco desarrollo económico, entre ellas áreas de los municipios colindantes Habana Vieja y Centro Habana, durante la década de los 90's del siglo pasado constituyendo un antecedente importante al presente trabajo (Ferrales, 1992; Díaz et al, 1993; Díaz et al, 1994; Díaz et al, 1996; Doval, 1995) .

Los resultados anteriores en premenopáusicas tardías y postmenopáusicas tempranas, procedentes de un ambiente sociocultural poco desarrollado sugiere la necesidad de profundizar los estudios sobre la mujer, interés prioritario de la Organización Mundial de la Salud, considerando la extensión de la etapa reproductiva a grupos más jóvenes. La valoración de los indicadores en áreas de mejor nivel económico permitirá establecer comparaciones sobre las condiciones de vida y su influencia en el bienestar durante los años postmenopáusicos.

## **Materiales y Métodos**

Se realizó un estudio de tipo transversal en 632 mujeres, entre 30 y 68 años, distinguidas tres grupos como: fértiles, en condición de premenopáusicas tardías (por encima de 35 años) y menopáusicas (aquellas donde ya ha ocurrido el cese de las menstruaciones por 12 meses consecutivos de forma natural o inducidas por prácticas quirúrgicas y tratamientos hormonales), procedentes del Municipio

Plaza de la Revolución. La selección de la muestra se hizo en los consultorios del médico de familia perteneciente al Policlínico Docente Plaza del referido municipio.

Se efectuó una encuesta personal aplicada por los encuestadores del equipo de trabajo, sobre el ciclo biológico, patrón reproductivo, síndrome climatérico, morbilidad, aspectos sociales y del estilo de vida.

- **Variables del estudio:**

- **Estudio sociodemográfico y ecológico**

- Procedencia
- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Ingreso monetario y per cápita familiar
- Tamaño de familia, convivencia y hacinamiento
- Condiciones generales de la vivienda

- **Historia reproductiva**

- Edad de menarquia
- Edad de menopausia
- Período reproductivo útil
- Características del ciclo menstrual
- Gestidad, paridad y abortos
- Número de hijos (vivos y fallecidos)

- **Uso de anticonceptivos, tratamiento hormonal y terapia de reemplazo**

- **Síndrome climatérico**

- **Cuadro de morbilidad por crónicas no transmisibles**

- Antecedentes patológicos personales y familiares

- **Hábitos tóxicos**

- Tabaquismo, alcohol y café

- **Actividad física**

- **Estudio psicosocial**

- Encuestas sobre la satisfacción física y psicosocial

Para el tratamiento estadístico de la información se realizó una estimación de las edades de menarquia y menopausia por método el retrospectivo, agregándose el factor de corrección de +0.5 al valor de la media (Tanner, 1973). Se calculó la edad mediana de menopausia para las mujeres en esta condición, cuya determinación se realizó por el método de "status quo", con la regresión logística.

Los datos fueron procesados con técnicas de la estadística descriptiva y analítica a través del paquete SPSS versión 10.

## Resultados y discusión

El área correspondiente al Policlínico Docente Plaza es considerada por la Dirección de Salud de la Ciudad de La Habana como un territorio de buenos índices socio económicos y de salud pública, por lo cual fue seleccionada para este estudio, para comparar los datos obtenidos con otros municipios de bajo desenvolvimiento (Centro Habana y Habana Vieja).

### Indicadores biodemográficos

En la tabla 1 aparece la distribución de la muestra por edad y período ontogenético. Las mujeres clasificadas como premenopáusicas representan el 45.7% del total del grupo estudiado y las postmenopáusicas el 54.3%. Se distinguen como plenamente fértiles un pequeño porcentaje de la muestra, estando las premenopáusicas tardías con una mayor representación. Entre las postmenopáusicas, el mayor grupo es el de aquellas mujeres que han tenido el cese de sus menstruaciones por causa natural, aunque las llamadas quirúrgicas, fundamentalmente por histerectomía con ooforectomía, alcanzan un porcentaje bastante considerable dentro de la muestra y solo 10 casos fueron detectados como inducidas por causa hormonal.

Tabla 1. Distribución de la muestra por grupo de edades y estado ontogenético

	PREMENOPAUSICAS				POSTMENOPAUSICAS					
	> 35 años		Tardías		Naturales		Quirúrgicas		Inducidas	
Edad (años)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
30 – 34	66	10.4	-	-	-	-	-	-	-	-
35 – 39	-	-	93	14.7	-	-	6	0.9	1	0.2
40 – 44	-	-	69	10.9	-	-	7	1.1	-	-
45 – 49	-	-	41	6.5	5	0.8	16	2.5	1	0.2
50 – 54	-	-	19	3.0	37	5.9	25	2.5	-	-
55 – 59	-	-	1	2.0	71	11.2	11	1.7	1	0.2
> 60	-	-	-	-	127	20.1	28	4.4	7	1.1
<b>Total</b>	66	10.4	223	35.6	240	38.0	93	14.7	10	1.6

N = 632



El rango de edades varía en las premenopáusicas tardías, con un inicio de 35 años se pueden encontrar mujeres que aun menstrúan hasta los 56 años. Entre las de menopausia natural, el grupo comienza a los 45 años y se extiende a más de 60; las quirúrgicas y las inducidas aparecen representadas desde el rango de los 35 años. Lo anterior hace que en algunos de los procedimientos empleados para el análisis de la bioantropología femenina no se consideren estos dos grupos, para controlar el efecto de confusión de la edad, entre otras determinantes.

La Fig. 1 representa la composición de los datos por estado marital. La mayor parte de las mujeres tienen una unión estable, aunque alrededor de un tercio de la muestra posee un estado civil independiente. Los datos de las encuestas realizadas en mujeres de los municipios Habana Vieja y Centro Habana de la capital del país, así como otros estudios en este mismo grupo poblacional obtenidos en Ciudad de la Habana y otras áreas concuerdan parcialmente con estos resultados (Ferrales, 1992; Carmenate et al, 1997; Díaz et al, 1998; Toledo, 2002).

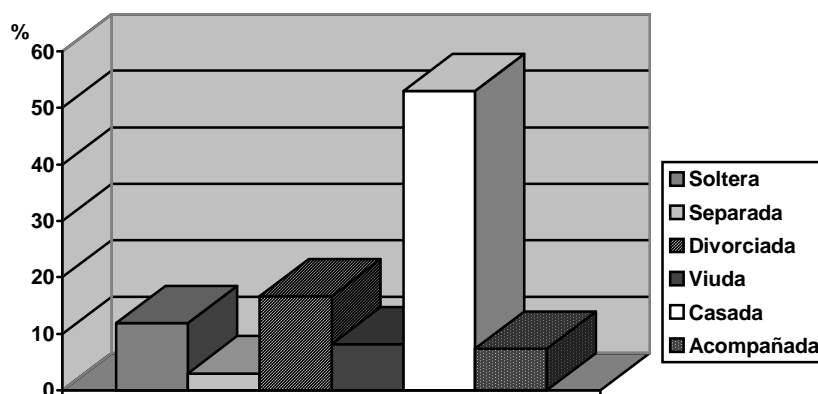


Fig. 1. Estado civil

La Fig. 2 expone los datos referidos a la escolaridad. No abunda el bajo nivel educacional, teniendo el 22.6%, al menos, estudios secundarios. La mayoría de las mujeres tienen un grado educacional medio o superior. En las encuestas efectuadas en los municipios Habana Vieja y Centro Habana el nivel de instrucción se pudo calificar de bajo a medio (Ferrales, 1992; Carmenate et al, 1997; Díaz et al, 1998; Toledo, 2002). Este indicador corrobora que el territorio de Plaza tiene mejores condiciones sociales.

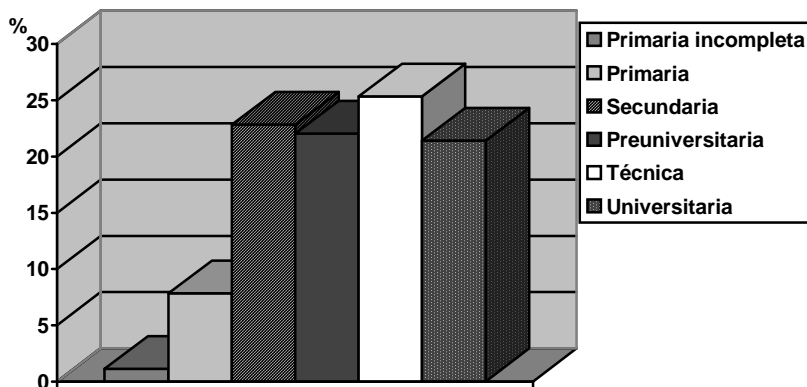


Fig. 2. Escolaridad

La Fig. 3 proporciona los datos referidos a la ocupación. Hay un 31.2% de mujeres que son amas de casa, teniendo una total dependencia económica de la familia, pero la mayor parte trabaja en diferentes esferas de la economía y servicios; el 22% realizan labores profesionales o de calificación técnica de nivel medio y un número bastante considerable de son jubiladas. El ingreso familiar promedio está en los 504.50 pesos, con un per cápita de 177.27 pesos; existe un pequeño número de casos con ayuda externa, que no pudo ser especificado adecuadamente durante el interrogatorio.

Los resultados correspondientes a la ocupación son semejantes a los obtenidos en los dos municipios evaluados con anterioridad (Ferrales, 1992; Carmenate et al, 1997; Díaz et al, 1998; Toledo, 2002). Sin embargo, el ingreso y el per cápita son superiores, si se toma en consideración que el estudio actual ya comprende un período de mejoría en el desarrollo económico del país.

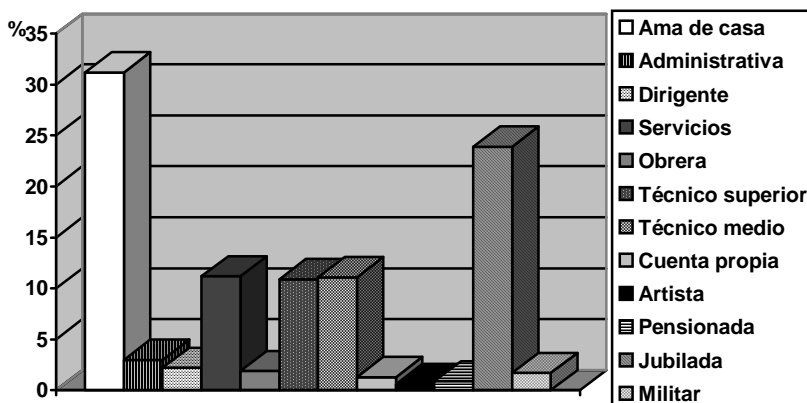


Fig. 3. Ocupación

En el análisis del tamaño de la familia y la convivencia se observa una mayor frecuencia de núcleos entre 2 y 4 personas, para el 69% de los casos en esta zona residencial, aunque el 22.5% está compuesto por unidades familiares de 5 o más integrantes. Solo el 5% de las mujeres habita en

solitario. La convivencia es más frecuente con los hijos (71%) y la pareja (57%). Un 18.2% vive con la madre, el 8% con el padre y el 38% tiene otros integrantes no directos en la familia (nietos, tíos, sobrinos, hermanos y familiares políticos). El hacinamiento no es un problema demográfico: solo en el 8% se utiliza una habitación para dormir 4 personas y más de esta cifra en el 1.8%.

Las condiciones de la vivienda pueden ser calificadas como muy buenas, pues en esta zona residencial no abundan solares, cuarterías o casas de vecindad. Alrededor del 98% de las mujeres encuestadas viven con agua canalizadas dentro de la vivienda, así como también una adecuada forma de eliminación de las excretas y los desechos, además de poseer la cocina en su interior.

## Historia Reproductiva

La edad de la menarquia del grupo de mujeres del estudio se encuentra en los 12.59 años, pudiéndose clasificar como temprana. De acuerdo con la procedencia, las mujeres de las áreas rurales tienen un valor promedio de 12.69 años y las de las zonas urbanas 12.64 años. Según las provincias de nacimiento, continúan siendo muy precoces; solo las que nacieron en Santiago de Cuba (segunda en importancia, según desarrollo económico) tienen un valor promedio de 13.03 años, ligeramente por encima de la menarquia nacional (13.02 años) reportada por Jordán (1979) en el estudio nacional de crecimiento y desarrollo de la población cubana. Los valores más tempranos se reportaron para la capital del país con 11.95 años, en 325 mujeres.

La edad de la menarquia constituye un marcador biológico de poblaciones, indicando que si las condiciones sociales, ambientales y de salud de un área o país son adecuadas, la maduración ocurre más tempranamente. Esta aseveración fue confirmada en Cuba con la propia investigación nacional de crecimiento y desarrollo, que demostró que con las mejoras sociales y de salud ocurridas después del triunfo revolucionario, los valores de la menarquia se ubicaron con cifras de países desarrollados (Jordán, 1979).

La edad de la menopausia fue evaluada solo en las mujeres con menopausia natural por el método "status quo", tal como se recomienda en la literatura especializada; para aplicar esta metodología intervienen mujeres fértiles y aquellas que han llegado al cese de las menstruaciones de forma natural (Bernis, 2001). Los resultados aparecen en la Fig. 5, el valor encontrado es de 50.73 años, siendo la más tardía hallada con este método en mujeres cubanas. Las cifras reportadas para los municipios Habana Vieja y Centro Habana, que son territorios de menor nivel de desarrollo, fueron de 49.77 años y 49.50 años, respectivamente (Ferrales, 1992; Toledo, 2002).

La mediana de la edad de menopausia obtenida en esta encuesta es de una gran trascendencia para evaluar las mejoras económico sociales y de salud de un territorio o país (Report of Scientific Group,

1996), resaltándose además su utilidad para valorar las diferencias poblacionales y los cambios seculares (Bernis,2001). Para el presente estudio, se corresponde con las características ecológicas evaluadas a lo largo de la encuesta y con la presencia de una menarquia temprana ( $r=-0.15$ ,  $p=0.02$ ), que refuerza esta interpretación.

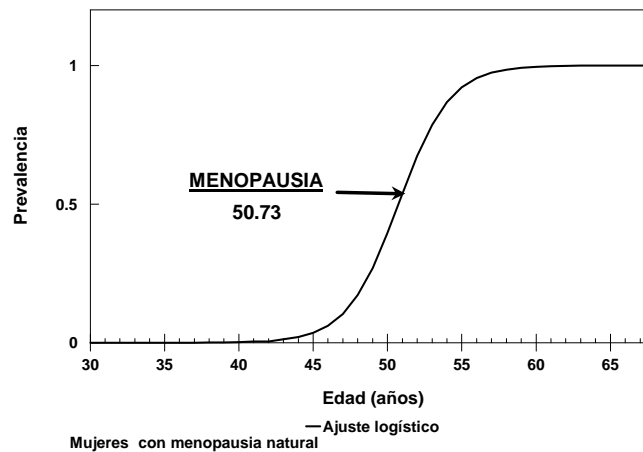


Fig. 4. CURVA DE PREVALENCIA EDAD DE MENOPAUSIA  
(Método: "status quo")

En muestras solo de mujeres postmenopáusicas se utiliza habitualmente el método retrospectivo, para obtener el valor promedio. Según Bernis (2001), para la estimación correcta, las mujeres de la muestra deben haber superado la edad actual del valor máximo encontrado para la de menopausia en diferentes poblaciones, el cual oscila entre 56 y 58 años. Se indica también, que uno de los errores frecuentes está en introducir a todas las mujeres postmenopáusicas que se disponen en la muestra para calcular la media, reduciendo de forma artificial el valor obtenido. Otro aspecto a considerar en el cálculo es el empleo del dato solo de las mujeres con menopausia natural. La media de la edad de menopausia hallada, teniendo en cuenta las observaciones anteriores y el factor de corrección de +0.5 es de 50.76 años, muy próximo al resultado alcanzado con el método de "status quo". El resultado es mucho más tardío que los de los municipios Habana Vieja y Centro Habana, lo que corresponde con el análisis realizado con la otra metodología.

Las mujeres con menopausia quirúrgica deben ser sacadas de la muestra del cálculo de la edad de menopausia, ya sea por el método de "status quo" o por el retrospectivo. Si se estima la edad promedio de las 92 quirúrgicas, el valor es de 41.68 años, con un recorrido de 28 a 59 años, mucho más temprana que las que las mujeres con menopausia natural. Para las 10 mujeres con menopausia inducida la media es de 50.44 años, con un recorrido de 42 a 59 años. Ninguno de estos valores refleja la verdadera edad de menopausia de las mujeres del estudio y no deben ser considerados.

El período reproductivo es un importante estado fisiológico de duración variable, durante el cual la mujer es capaz de procrear; puede ser definido como el tiempo que transcurre entre la menarquia y la

menopausia. Para las mujeres del estudio este potencial reproductivo se calculó en años, según si la menopausia se había alcanzado de forma natural, quirúrgica o inducida y fue respectivamente de 37.79 (n=238), 29.03 (n=90) y 38.02 (n=9). Las implicaciones de este indicador son del orden biológico y socio ecológico, por su repercusión en los cambios demográficos que pueden tener lugar en un país o en la comunidad, involucrando el riesgo de un embarazo tardío, cercano a la menopausia (Pérez y Prado, 1988).

En la tabla 2 aparece el período fértil detallado por grupos de edades y tipo de menopausia en las mujeres del estudio. La edad cronológica de la mujer parece ser factor importante para el desarrollo del potencial reproductivo. Las mujeres con menopausia natural han experimentado un período fértil más extendido, pues los mayores valores se encuentran justamente en las de mayor edad; las de menopausia quirúrgica, con la asociación estadísticamente significativa, presentan una caída de las cifras después de los 54 años. Aunque hay poca representación del tipo de menopausia inducida, los valores tienden a ser mayores ( $p < 0.05$ ) en las representantes de mayor edad.

**Tabla 2. Valores promedios del período reproductivo por edad cronológica y tipo de menopausia. Resultados del análisis de la varianza**

EDAD (años)	NATURAL	QUIRURGICA	INDUCIDA
35 - 39	-	22.40	-
40 - 44	-	23.43	-
45 - 49	33.40	28.18	27.00
50 - 54	36.08	31.92	39.00
55 - 59	37.96	30.18	39.71
> 60	38.31	29.08	-
<b>ANOVA</b>	<b>F = 3.46, p=0.017</b>	<b>F = 3.49, p=0.007</b>	<b>F = 1.57, p=0.282</b>

Los resultados obtenidos pudieran hablar de una mayor estabilidad ambiental dada por una edad de menopausia bastante tardía para estas mujeres cubanas, lo cual representa un mayor tiempo de fertilidad, en el que repercuten los diferentes cambios socio culturales ocurridos en el país, fundamentalmente los de las últimas décadas.

Las características del ciclo menstrual se estudiaron en las mujeres de acuerdo a su condición de pre y postmenopáusicas. En la tabla 3 aparecen la regularidad, duración, intervalo y otros aspectos del desarrollo del ciclo.

**Tabla 3. Regularidad, duración e intervalo del ciclo menstrual**

	PREMENOPAUSICAS		POSTMENOPAUSICAS		
	< 35 años	Tardías	Naturales	Quirúrgicas	Inducidas
<b>CICLO MENSTRUAL</b>					
• <b>Regularidad (%)</b>					
– Regular	86.4	90.6	96.7	90.2	90.0
– Irregular	13.6	9.4	3.3	9.8	10.0
• <b>Duración en días (%)</b>					
– <3	-	0.9	1.7	-	-
– 3	34.8	26.3	34.0	22.8	10.0
– 4	16.7	21.4	22.3	10.9	40.0
– 5	22.7	19.6	15.1	14.1	30.0
– 6	7.6	9.8	8.4	6.5	-
– 7	13.6	15.2	13.4	28.3	20.0
– 8 y más	4.5	7.5	4.9	17.4	-
• <b>Intervalo en días (%)</b>					
– < 28	4.7	13.2	4.2	11.2	25.0
– 28	76.6	70.9	80.6	61.8	66.7
– 29	-	1.8	1.3	-	-
– 30	10.9	10.0	11.8	24.7	22.2
– 31 y más	8.0	4.3	2.0	2.2	-
• <b>Tipo menstruación (%)</b>					
– Normal	72.7	66.5	80.3	50.5	40.0
– Molesta	15.2	5.4	3.3	10.8	30.0
– Dolorosa	12.1	28.1	16.3	38.7	30.0
• <b>Dismenorrea (%)</b>					
– Ausente	97.0	96.4	93.3	83.9	100.0
– Presente	3.0	3.6	6.5	16.2	-

En la mayoría de las mujeres el ciclo acontecía con mucha regularidad, con una duración entre 3 y 5 días; pero hay un número no despreciable de casos en el que el sangrado menstrual se dilataba hasta 7 días, en el que se destaca un 28.3% de las mujeres cuya menopausia fue de tipo quirúrgico.

No se encontró ninguna asociación estadística ( $p>0.05$ ) con las características del ciclo y la edad de menopausia en cada grupo conformado.

El intervalo menstrual más frecuente es el de 28 días, aunque alrededor de un 10% de las premenopáusicas tiene una periodicidad de 30 días. Hay un porcentaje ligeramente mayor de las mujeres con menopausia natural que también han sufrido la menstruación con este mismo lapso, hallándose cifras mayores entre las quirúrgicas y las inducidas.

La menstruación transcurre de modo normal en forma habitual, aunque un 15% de las mujeres menores de 35 años presenta molestias y en un 12% llega a ser dolorosa. En las premenopáusicas tardías el 28% se desarrolla de igual manera. En un grupo considerable de las mujeres ya postmenopáusicas, su ciclo fue doloroso en toda su vida fértil, en especial las quirúrgicas y un porcentaje destacable de los pocos casos en los que la menopausia se indujo con tratamiento hormonal. No hubo muchos episodios de dismenorrea, aunque estos estuvieron en mayor cuantía en las quirúrgicas.

El desarrollo del ciclo menstrual influye de diferentes maneras en la salud de la mujer; aunque en algunos países no se disponen de muchos datos sobre las características del sangrado menstrual, en otros como Estados Unidos, los problemas con este proceso fisiológico femenino son responsables de muchos casos de hospitalizaciones anuales (Harlow, 1996); asimismo hay reportes en áreas en desarrollo, donde los desórdenes menstruales pueden ser un conflicto frecuente a pesar de no recibir una atención médica (Bang, 1989).

En la salud reproductiva los patrones de sangrado tienen mucha importancia; sus alteraciones pueden reflejar perturbaciones de la función ovárica relacionada con la esterilidad o de dificultades para que la mujer lleve a término su embarazo (Harlow, 1996).

Otros cambios ya pueden relacionarse con la menopausia. Justamente el sangrado excesivo es uno de los indicios que se toman en consideración para realizar una histerectomía. En la muestra del estudio se puede apreciar que las mujeres con menopausia quirúrgica tuvieron en su etapa reproductiva los ciclos más largos, las menstruaciones más dolorosas y una mayor frecuencia de episodios de dismenorrea.

Se ha planteado que el promedio de la extensión del ciclo menstrual en la población disminuye con la edad, comenzando este fenómeno hacia los 20 años hasta mediados de los 30 años, pero como caso individual no se precisan las alteraciones graduales del patrón de las menstruaciones, porque diferentes mujeres podrían experimentar los cambios a distintas edades (Harlow, 1996). Pero se sabe



ya desde hace algún tiempo que al comienzo de la perimenopausia existe un aumento en la ocurrencia de ciclos menstruales más largos (Metcalf, 1983).

La permanencia del sangrado puede ser también variable existiendo cifras entre los 2 y 12 días, aunque en el 80 % de los casos dura entre 3 y 6 días. Se dice que períodos menstruales mayores de 8 días corresponden a ciclos anovulatorios, o con una fase lútea inadecuada (Harlow, 1996).

En las mujeres que se acercan a la menopausia y que han comenzado a experimentar con mayor frecuencia los ciclos más largos, lo cual es característico de esta etapa, se presentan con mayor periodicidad ciclos anovulatorios, por lo que existe una marcada disminución de la fertilidad (Metcalf, 1983). No obstante, el último ciclo menstrual de la mujer pudiera ser normal y ovulatorio.

Aunque se han explorado algunos factores que inciden sobre la función menstrual hay muchos aspectos que estudiar aun en detalle. El conocimiento de las limitantes ambientales de la función menstrual se circunscribe al efecto del peso, actividad física y estrés sobre la extensión del ciclo y la ovulación, entre otras; las drogas y el tipo de dietas pueden ser también determinantes.

La Tabla 4 muestra los datos sobre gestidad y abortos en cada uno de los subgrupos. El 9% de las mujeres por debajo de 35 años no gestó nunca por diferentes causas, entre ellas el hecho de no tener una pareja estable, condiciones socioeconómicas no favorables, o problemas de infertilidad.

Tabla 4. Gestidad y abortos

	PREMENOPAUSICAS		POSTMENOPAUSICAS		
	< 35 años	Tardías	Naturales	Quirúrgicas	Inducidas
<b>• Gestidad (%)</b>					
– 0	9.1	2.7	3.3	4.3	-
– 1	24.2	10.3	9.6	6.5	-
– 2	22.7	18.3	21.3	18.3	10.0
– 3	19.7	24.6	22.6	26.9	20.0
– 4	9.1	15.2	11.7	16.1	30.0
– 5 y más	15.1	28.8	31.3	28.1	40.0
<b>• Abortos totales (%)</b>					
– 0	37.9	23.2	36.0	25.8	30.0
– 1	24.2	21.9	27.2	25.8	20.0
– 2	16.7	25.9	15.1	21.5	20.0
– 3	10.6	11.6	10.9	10.8	30.0
– 4 y más	10.6	17.3	10.9	16.3	-
<b>• Expontáneos (%)</b>					
– 0	83.3	80.8	82.8	83.9	80.0
– 1	7.6	14.3	11.7	11.8	-
– 2	6.1	3.1	2.9	3.2	10.0
– 3 y más	3.0	1.7	2.5	1.1	10.0
<b>• Provocados (%)</b>					
– 0	40.9	29.5	45.2	34.4	40.0
– 1	31.8	20.5	23.4	23.7	30.0
– 2	13.6	28.1	16.3	19.4	20.0
– 3	7.6	7.6	7.9	9.7	10.0
– 4 y más	6.0	14.0	7.0	13.1	-
<b>• Embarazos ectópicos (%)</b>					
– 0	93.9	96.0	95.8	94.6	100.0
– 1	4.5	4.0	4.2	5.4	-
– 2	1.5	-	-	-	-

La gestidad fue menor en las premenopáusicas tardías. A medida que la mujer se acerca a la menopausia hay una mayor probabilidad de la ocurrencia de ciclos anovulatorios (Botella, 1988), aunque en estos influyen otros factores como trastornos hormonales, intensidad de la actividad física, reducción del peso corporal, explicado como grasa, entre otros (Frisch, 1988). Durante la quinta década de la vida la probabilidad de anovulación se incrementa, hallándose valores hasta de un 34% en mujeres entre 41 y 50 años (Metcalf, 1983). Esto indica que la fertilidad de la mujer se modifica con la cercanía del envejecimiento.

Entre los factores que contribuyen a una reducción de la fecundidad relacionada con la edad de la mujer se pueden señalar, además de la reducción de los ciclos ovulatorios, el aumento de la frecuencia de defectos de fase lútea y de las obstrucciones mecánicas de las trompas, así como la reducción de la frecuencia del coito (Grupo de Expertos OMS, 1981).

Pocas mujeres ya menopáusicas no habían gestado, pero la interpretación es bien diferente del análisis anterior. Entre ellas juegan un papel más importante los diferentes factores que condicionan la infertilidad, ya sean biológicos o sociales de las etapas anteriores.

En las mujeres menores de 35 años la gestidad más frecuente fue entre 1 y 3 embarazos, pero en las premenopáusicas tardías las mayores cifras se encontraron entre 2 y 3, con un 28% de más de 5 embarazos. En el grupo de las menopáusicas naturales, se repite este último patrón de gestaciones, al igual que en las quirúrgicas. Dado el pequeño número de mujeres con menopausia inducida, los valores encontrados en este grupo no deben tomarse en consideración.

Como se observa, la gestidad es baja en las mujeres, guardando cierta correspondencia con la baja tasa de reemplazo reportada para el país, tal como se aprecia en las estadísticas nacionales (Grupo de Expertos, 1995). Mujeres de otras poblaciones muestran un patrón diferente de las gestaciones, encontrándose las más bajas frecuencias de embarazos en los países desarrollados (Grupo de Expertos OMS, 1981)

Aun cuando la fecundidad es escasa en el decenio anterior a la menopausia, el riesgo de concepción y embarazo no es despreciable en esta etapa (Grupo de Expertos OMS, 1981). El embarazo de la mujer de mayor edad aumenta la morbi - mortalidad de la madre y del producto de la concepción, ya que se elevan las complicaciones obstétricas, las anomalías cromosómicas y otros defectos congénitos del feto.

La frecuencia de abortos es otro indicador importante de la historia reproductiva. En los diferentes grupos analizados, aproximadamente en un tercio de la muestra no se detectaron abortos. Las mujeres más jóvenes, en mayor parte tuvieron solo un aborto, aquellas próximas a la menopausia declararon haber presentado entre 2 y 3 como cifras más frecuentes.

La mayor parte de las mujeres que llegaron a la menopausia de forma natural tuvieron 1 solo aborto, mientras que en las quirúrgicas osciló entre 2 y 3 la mayor frecuencia; las cifras halladas para las inducidas carecen de importancia.

Si se analiza la frecuencia de abortos según si son espontáneos o provocados, los primeros no tienen gran representación, sobre todo en las mujeres menores de 35 años; la frecuencia de al menos 1 aborto de este tipo fue mayor en las premenopáusicas tardías.

El grupo de expertos de la OMS de 1981 para los estudios de menopausia ha reportado desde hace algún tiempo, que el aumento de la incidencia de abortos espontáneos en las mujeres de mayor edad puede contribuir a la reducción de la fecundidad, puesto que la mayor parte de este incremento se debe a la elevación del número de anomalías congénitas.

En las mujeres menopáusicas, la frecuencia de abortos espontáneos declarada fue pequeña en los distintos grupos, indicando las implicaciones biológicas y sociales en su etapa fértil. No se encontró asociación ( $p > 0.05$ ) de la edad de menopausia y los abortos espontáneos, contrastando con algunos resultados internacionales (Grupo de Expertos OMS, 1981).

Algunos estudios sugieren la asociación entre la interrupción natural del embarazo del embarazo con una menarquia temprana (Prado, 1990). En el análisis de este aspecto para la muestra de estudio no se corrobora esta afirmación. Con el coeficiente de correlación de rango de Spearman no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas [mujeres < 35 años,  $r = -0.10$ ,  $p = 0.410$ ; premenopáusicas tardías,  $r = 0.0001$ ,  $p = 0.998$ ; menopáusicas naturales,  $r = 0.03$ ,  $p = 0.606$ ; menopáusicas quirúrgicas,  $r = 0.12$ ,  $p = 0.226$ ; menopáusicas inducidas,  $r = 0.18$ ,  $p = 0.619$ ].

Los abortos provocados tienen una mayor prevalencia en los 5 grupos de mujeres encuestadas. Aproximadamente el 44% de todas las mujeres de la muestra han tenido entre 1 y 2 abortos de este tipo. El porcentaje por grupos es mayor, con más abortos, en las mujeres premenopáusicas tardías.

El patrón de abortos provocados parece ser similar al encontrado en los municipios Habana Vieja y Centro Habana donde se comprobó que era considerado por las mujeres como otro método de control de la natalidad (Ferrales, 1992) (Carmenate et al, 1997).

El embarazo ectópico es otro indicador del fallo del embarazo y aparece representado, de igual forma, en la tabla 4. En las mujeres no menopáusicas el porcentaje alcanza un 4% para una sola gestación de este tipo. Entre las mujeres que han terminado el período fértil, las quirúrgicas llegan a un 5%.

El desempeño reproductivo puede ser evaluado también por la frecuencia de partos (tabla 5). El grupo de mujeres entre 30 y 34 años, como es de esperar, son las que presentan un mayor porcentaje de nuliparidad; entre las postmenopáusicas, las quirúrgicas son las que tienen una mayor ausencia de partos. Las mujeres más jóvenes del estudio han tenido uno solo parto más frecuentemente, en el resto es más común observar un mayor porcentaje con dos partos.

**Tabla 5. Paridad y tipos de parto**

	PREMENOPAUSICAS		POSTMENOPAUSICAS		
	< 35 años	Tardías	Naturales	Quirúrgicas	Inducidas
<b>• Paridad total (%)</b>					
– 0	21.2	8.5	5.9	11.8	10.0
– 1	50.0	33.5	23.0	21.5	30.0
– 2	28.8	46.9	41.0	47.3	10.0
– 3	-	7.6	19.2	14.0	20.0
– 4 y más	-	3.5	10.9	5.4	30.0
<b>• Partos eutócicos (%)</b>					
– 0	36.4	21.4	20.1	21.5	20.0
– 1	45.5	34.4	21.8	21.5	20.0
– 2	18.2	36.6	32.6	43.0	10.0
– 3	-	4.5	15.9	8.6	20.0
– 4 y más	-	3.5	9.6	5.4	30.0
<b>• Partos distócicos (%)</b>					
– 0	100.0	97.3	92.5	96.8	100.0
– 1	-	2.2	7.5	3.2	-
– 2	-	0.4	-	-	-
<b>• Cesáreas (%)</b>					
– 0	83.3	84.8	83.3	88.2	90.0

– 1	9.1	8.0	10.9	5.4	10.0
– 2	7.6	4.9	4.2	5.4	-
– 3	-	2.2	1.7	1.1	-

El grupo estudiado durante los años 90 en la Habana Vieja tuvo en términos generales, una frecuencia mayor de 1 a 3 partos por mujer, predominando el tipo eutócico (Ferrales, 1992); en Centro Habana la situación fue semejante (Toledo, 2002).

El tipo de partos más frecuente es el normal, repitiéndose las proporciones encontradas en la paridad general en los distintos grupos de mujeres. Entre las premenopáusicas, los partos distócicos se encuentran en las mayores de 35 años y tienen una mayor representación entre las que han concluido el período reproductivo de forma natural. El número de cesáreas es semejante entre las premenopáusicas y las de menopausia natural, pero mayores que en las quirúrgicas.

El número de hijos es otro aspecto del historial reproductivo (tabla 6). Como es de esperar, las mujeres menores de 35 años son las que predominantemente han tenido menos hijos. Las premenopáusicas tardías presentan menos descendencia que las postmenopáusicas; aunque lo más frecuente en esos grupos fue el nacimiento de dos hijos. La variable número de hijos vivos tiene la misma tendencia que la descendencia total. Entre los hijos fallecidos de las premenopáusicas, las mujeres más jóvenes muestran un mayor porcentaje; en las postmenopáusicas, para los grupos de mayor representación muestral, se observa una mayor frecuencia de hijos fallecidos en aquellas que han terminado su período fértil en condición natural.

**Tabla 6. Número de hijos**

	PREMENOPAUSICAS		POSTMENOPAUSICAS		
	< 35 años	Tardías	Naturales	Quirúrgicas	Inducidas
• <b>Número de hijos (%)</b>					
1. 0	21.2	8.5	5.9	11.8	10.0
2. 1	50.0	32.1	23.8	21.5	30.0
3. 2	28.8	48.2	40.2	47.3	10.0
4. 3	-	7.6	19.2	14.0	20.0
5. 4 y más	-	3.5	10.9	5.4	30.0

<b>• Hijos vivos (%)</b>					
6. 0	22.7	8.9	6.3	14.0	20.0
7. 1	51.5	33.5	27.2	20.4	20.0
8. 2	25.8	47.3	39.3	47.3	30.0
9. 3	-	7.1	17.6	12.9	-
10. 4 y más		3.0	9.7	5.4	30.0
<b>• Hijos fallecidos (%)</b>					
11. 0	95.5	97.3	89.1	95.7	50.0
12. 1	4.5	1.8	8.8	3.2	50.0
13. 2 y más	-	0.8	2.1	1.1	-

El patrón de nacimientos encontrado guarda relación con las restantes variables de la historia reproductiva y se puede inferir que aparece incrementado con la edad de la mujer, correspondiendo también con el tamaño de la familia. No obstante el patrón se ve afectado por la influencia de los abortos y en cierta medida por el uso de anticonceptivos, aunque en menor grado. Estos fenómenos, a mayor escala, tienen cierta repercusión en la baja tasa de reemplazo de la población.

En otros países de América Latina, en las últimas décadas del siglo pasado, la tasa de hijos por mujer estaba por encima del promedio planteado por la OMS en el programa regional para la salud y desarrollo de la mujer (Organización Mundial de la Salud, 1990), a pesar de una alta mortalidad materno-infantil. Esta situación se relaciona fundamentalmente con el subdesarrollo en esas áreas, en las cuales prevalecen las malas condiciones de vida, baja escolaridad e ingresos, limitaciones de acceso a los servicios de salud, desnutrición materna, complicaciones durante el embarazo y parto, así como problemas habitacionales y de higiene general, todo lo cual influye en los patrones de fecundidad y natalidad de esas poblaciones, que no son indicativos en el caso de Cuba.

La tabla 7 muestra la distribución de la frecuencia del uso de anticonceptivos en el estudio. En las mujeres premenopáusicas se analizó el uso actual; en las menores de 35 años esta práctica sobrepasa el 50% y en las tardías, aunque próximas, no llega a alcanzar ese valor. El tipo de anticonceptivo más frecuente es el dispositivo intrauterino (DIU), seguido por la ingestión de la píldora al menos en las más jóvenes; en las de mayor edad otros tipos tienen también alguna connotación, entre ellos se pueden señalar los implantes o parches y los inyectables. Es de destacar poco empleo del preservativo o condón en estas mujeres para el control de la natalidad y protección contra enfermedades de transmisión sexual.

**Tabla 7. Uso de anticonceptivos**

	PREMENOPAUSICAS		POSTMENOPAUSICAS		
	< 35 años	Tardías	Naturales	Quirúrgicas	Inducidas
<b>• Uso actual (%)</b>					
– No	47.0	52.5	100	100	100
– Si	53.0	47.3	-	-	-
<b>• Anticoceptivo oral (%)</b>	13.6	3.6	-	-	-
<b>• DIU (%)</b>	25.8	34.5	-	-	-
<b>• Diafragma (%)</b>	3.0	0.9	-	-	-
<b>• Condón (%)</b>	6.1	4.5	-	-	-
<b>• Otros (%)</b>	7.6	8.5	-	-	-
<b>• Uso anterior (%)</b>					
– No	9.1	13.5	28.8	25.8	40
– Si	90.9	86.5	71.3	74.2	60
<b>• Anticoceptivo oral (%)</b>	27.3	35.0	10.8	15.1	20
<b>• DIU (%)</b>	77.3	75.8	59.6	64.5	50
<b>• Diafragma (%)</b>	1.5	1.8	9.6	9.7	10
<b>• Condón (%)</b>	7.6	4.0	6.3	4.3	10
<b>• Otros (%)</b>	10.6	7.2	6.3	4.3	30

La historia del empleo de los anticonceptivos también se representa en la tabla 7. Esta práctica aparece muy común en todas las mujeres en el pasado, con respecto al uso actual, más asiduo en las premenopáusicas y más jóvenes. Se observa además el mismo patrón que en el caso anterior, aunque las más jóvenes han empleado más anticonceptivos orales y DIU que las que ya carecen de menstruación. En las postmenopáusicas se observa mayor hábito del diafragma respecto a las que están en edad reproductiva.

Evidentemente ha disminuido el uso de anticonceptivos en las mujeres, respecto al patrón habitual de esa subpoblación. Si se analizan los datos de la Habana Vieja y Centro Habana, se observa que la mayoría de las mujeres utiliza también dispositivos intrauterinos, pero su frecuencia no llega al 50%



de la muestra, lo que determina también una escasa práctica en el control de la natalidad (Ferrales, 1992; Toledo, 2002).

Si se comparan estas cifras obtenidas en los tres estudios con las respectivas frecuencias de abortos inducidos, se puede inferir que las mujeres cubanas emplean la interrupción del embarazo como un método de contracepción, como ya fue señalado para las mujeres de Habana Vieja y Centro Habana (Ferrales, 1992; Toledo, 2002).

Estos hallazgos refuerzan la idea expresada sobre la reducción de la fecundidad observada en la población cubana a partir de la década de los ochenta del pasado siglo (Grupo de Expertos, 1995; Carmenate et al, 1997).

Otro de los aspectos evaluados en este trabajo fue el tratamiento hormonal durante la etapa reproductiva. La mayoría de las mujeres no tuvieron una intervención de estrógenos o progesteronas durante su período fértil, entre un 9% y 14% sí recibieron este tratamiento. La mayor parte de las que tuvieron una menopausia inducida se destacaron en este aspecto. En estudios realizados en mujeres cubanas entre 30 y 60 años procedentes de diferentes regiones del país, los controladores de la etapa reproductiva se muestran escasos, aunque con una cierta dependencia del uso de los anticonceptivos orales en las más jóvenes (Carmenate et al, 1997).

### **Síndrome Menopáusico**

Durante la menopausia los niveles hormonales no cambian de manera uniforme, sino que se elevan y disminuyen alternadamente. Estos cambios afectan a otras glándulas del sistema endocrino y están muy relacionados con los síntomas que ocurren al final del período reproductivo. Cuando se produce la menopausia solo el 20% de las mujeres no advierten los cambios, excepto el cese de las menstruaciones, pero el 80% restante presentan un conjunto de síntomas, llamado correlativamente síndrome menopáusico, que se produce por la caída de la hormona femenina más importante: estrógeno (Bernis,2001).

La caracterización del síndrome menopáusico se presenta en la tabla 8. Hay presencia de algunos síntomas en las mujeres del estudio desde los 30 años, en un porcentaje bajo, destacándose los aspectos psicológicos, siendo la ansiedad el más representativo. En las mujeres premenopáusicas tardías se observan los síntomas vasomotores ligeramente más acentuados y los psicológicos con una mayor carga. Entre el 60%-69% de las mujeres con menopausia presentan rubores y sudoraciones; la ansiedad, depresión e insomnio son las características más reiteradas de los síntomas psicológicos con valores entre 60%-86%. Los restantes aspectos del síndrome también

están resaltados, aunque la cistitis y la resequedad vaginal suelen ser escasas. Las relaciones sexuales son mayormente estables en todas las mujeres fértiles, con un franco descenso después de la menopausia.

**Tabla 8. Características del síndrome menopáusico**

	PREMENOPAUSICAS		POSTMENOPAUSICAS		
	< 35 años	Tardías	Naturales	Quirúrgicas	Inducidas
<b>• Vasculares (%)</b>					
– Rubores	6.1	27.4	63.3	65.6	60
– Sudores	4.5	28.3	65.4	69.9	60
<b>• Psicológicos (%)</b>					
– Insomnio	6.1	26.0	53.8	60.2	70
– Irritación	10.6	33.2	58.2	58.1	40
– Depresión	16.7	38.1	65.4	68.8	70
– Ansiedad	27.3	41.3	70.0	86.0	80
– Cefalea	21.2	43.5	47.9	57.0	40
– Desfallecimiento	7.6	19.3	36.3	37.6	20
– Cistitis (%)	4.5	11.7	22.1	25.8	10
– Resequedad vaginal (%)	-	7.6	24.2	22.6	20
– Relaciones sexuales (%)					
– Ninguna	10.6	20.2	54.6	33.3	70
– Esporádicas	15.2	14.3	29.6	28.0	10
– Estables	74.2	65.5	15.8	38.7	20

En mujeres cubanas también se ha encontrado una relación positiva con la edad, de los síntomas de la menopausia, siendo la depresión, sofocos y cambios en la vida sexual los más representativos (Carmenate et al, 1997). Como en este último estudio, factores psicológicos en la encuesta actual tienen la mayor importancia, posiblemente relacionados con el estilo de vida y la administración del hogar, característicos de la mujer cubana.

En poblaciones asiáticas la prevalencia y severidad de los síntomas del síndrome menopáusico han sido analizadas en mujeres chinas, malayas e hindúes, entre 40 y 59 años (Chim et al, 2002); se halló que la aparición de rubores (17.6%), resequedad vaginal (20.7%) y sudoraciones (8.9%) fueron los menos frecuentes, pero más comunes los dolores de espalda, músculos y articulaciones, con un porcentaje de 51.4%. Por otra parte, las mujeres perimenopáusicas evaluadas en ese estudio

experimentaron, significativamente, una mayor prevalencia de los síntomas vasomotores, urogenital y psicológicos, comparadas con las premenopáusicas y postmenopáusicas.

No obstante, se señala una gran variabilidad en la prevalencia y tipo de síntomas descritos en la menopausia, incluyendo los asociados directamente al envejecimiento del ovario, los vasomotores, que no se observan en mujeres mayas y que aparecen en un 68% en las holandesas (Bernis,2001), tal como se perciben en las cubanas.

Se ha planteado que los síntomas del síndrome varían según el tipo de menopausia que las mujeres experimentan. Las mujeres histerectomizadas padecen en su mayoría síntomas más graves que las que han llegado al cese de las menstruaciones naturalmente (Avioli et al, 1997).

Por otra parte se dice que las mujeres con ooforectomía sufren una menopausia inmediata inducida por la cirugía; por esta causa, las alteraciones hormonales drásticas que ocurren durante la menopausia y la postmenopausia comienzan a los pocos días de la extirpación. Estos cambios incluyen aumento de las hormonas FSH y LH y una disminución de los niveles séricos de estradiol y testosterona (Avioli et al, 1997). Estas mujeres experimentan una menopausia abrupta con síntomas mucho mayores, respecto a las que terminan su actividad reproductiva de forma natural y las razones de esto son desconocidas. Sin embargo, cuando solamente se extrae un ovario, la menopausia por lo general transcurre normalmente (National Women's Health Information Center, 2002).

Si se saca el útero y se dejan los ovarios, los períodos menstruales desaparecen pero los síntomas de la menopausia no se manifiestan hasta la edad en que ocurriría naturalmente, sin embargo hay mujeres con histerectomía que sufren los síntomas más tempranamente (National Women's Health Information Center, 2002).

Los estudios de Cabezas (1990) en una muestra de 100 mujeres españolas divididas en dos grupos: menopausia fisiológica (mujeres en edades que comprendían la peri y post menopausia cercana) y mujeres histerectomizadas demostraron que: Las mujeres con histerectomía fueron pacientes más jóvenes, con una edad promedio de 44 años, con mayor tiempo de duración del climaterio, tasas de estrona más disminuidas, así como niveles de FSH y LH más aumentados respecto a las mujeres de menopausia fisiológica. Esto explicaría que el climaterio quirúrgico presente una sintomatología mas grave por su precocidad y brusca disminución hormonal respecto al natural.

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con la literatura (Avioli et al, 1997; National Women's Health Information Center, 2002; Cabezas et al, 1990) en una menopausia con síntomas más agravantes en las mujeres con menopausia quirúrgica, pero contrariamente, en otra muestra

correspondiente a mujeres cubanas, se observó un menor índice de sintomatología en este grupo (Carmenate et al, 1997) .

Un aspecto importante dentro de la etapa de la menopausia es lo relativo a la sexualidad, que en cierta medida contribuye al síndrome menopáusico. Uno de los factores biológicos que interviene es la sequedad vaginal, dado que la capacidad de lubricación se reduce notablemente por la disminución de los estrógenos (Grupo de Expertos OMS, 1981). Las mujeres menopáusicas de este estudio que no practican la relación sexual tienen más problemas de resequedad vaginal que las otras; la asociación no es significativa y este resultado no es concluyente, porque hay un efecto confusorio de varias determinantes psicosociales, entre las cuales está propiamente la falta de la pareja, problemas habitacionales, de morbilidad y otros. El 38.8% de las mujeres postmenopáusicas que no tenían relaciones sexuales, indicaron no estar ni física, ni psicológicamente favorecidas para las mismas ( $\chi^2=140.90$ ,  $p=0.000$ ), siendo en este caso la magnitud de la asociación muy alta.

La mujer que ha sido sometida a una histerectomía sufre cambio en su conducta sexual. Si se extirpan los ovarios la cantidad de estrógenos disminuyen y se favorece la aparición brusca de molestias vaginales. Algunas mujeres se perciben menos atractivas y deseadas, pero además, algunos hombres tratan de forma diferente a las mujeres que han pasado por tratamientos quirúrgicos. La aseveración anterior no se cumple en el presente estudio, las mujeres con menopausia quirúrgica, aunque dicen en un 44% no estar física ni psicológicamente favorecidas para la relación sexual, no son las que menos la practican.

### **Terapia Hormonal de Reemplazo**

Durante mucho tiempo la terapia hormonal de reemplazo (THR) fue promovida para aliviar los síntomas del síndrome menopáusico (Grupo de Expertos OMS, 1981; Botella, 1988). Estudios efectuados por Hoddinott et al (1997) señalaron como ventajas de este tratamiento la disminución de rubores y sudoraciones, mejor lubricación vaginal, reducción de las afecciones de vejiga, incontinencias e infecciones, menos insomnio y cambios de humor, así como una menor pérdida de la masa ósea del cuerpo.

En la actualidad la utilización de la THR ha cambiado de forma total en su enfoque para la prevención y alivio de los síntomas del síndrome menopáusico, a otra línea de acción que consiste en realizar recomendaciones sobre las supuestas consecuencias a largo plazo de la deprivación estrogénica, fundamentalmente osteoporosis y riesgo cardiovascular (Bernis,2001).

Los trabajos de Davis et al (2000) demuestran que mujeres tratadas con estradiol y con estradiol más testosterona pueden presentar una disminución del colesterol total y de las lipoproteínas de baja

densidad (LDL) teniendo tiene efectos en la distribución de grasa corporal, que es un aspecto asociado al riesgo cardiovascular.

Sin embargo se han señalado también posibles efectos secundarios de la THR (Report of Scientific Group, 1996). Entre ellos, el aumento de la sensibilidad mamaria, retención de líquido y períodos de sangrados ocasionales. Otra desventaja es que el estrógeno puede promover cáncer de mama y también aumentar el riesgo de cáncer uterino. Luengo (1995) sugiere que los estrógenos aumentan la actividad mitótica del tejido epitelial, por lo que el tratamiento de la THR debe ser combinado con el uso de progestágenos que neutralizan el efecto estimulante de los estrógenos.

Los valores encontrados en el presente estudio indican una falta de hábito en la práctica médica para recomendar la THR, posiblemente por lo poco difundida que se encuentra en el país. Solo es destacable señalar que el 10.8% de las mujeres con menopausia quirúrgica sufrieron los beneficios del tratamiento, en la mayoría de los casos dirigidos a aliviar los síntomas del climaterio y en algunos pocos por pérdida de masa ósea.

En años más recientes se ha intentado una nueva especie de terapia para aliviar los síntomas vasomotores, así como reducir el riesgo de algunas enfermedades crónicas. Esta es basada en la ingestión de productos de soya, que contienen los llamados fitoestrógenos (Mackey y Eden, 1998; Nagata et al, 1999; Kotsopoulos et al, 2000).

Se conoce que en los países asiáticos las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de aparato genital y las molestias climatéricas son mucho menos frecuentes que en los países occidentales. (Report of Scientific Group, 1996; Boker et al, 2002). Aunque hay notables diferencias ambientales entre unas regiones y otras, existe un componente dietético muy importante que contribuye a marcar las diferencias, las comunidades asiáticas consumen una gran cantidad de proteínas de soya.

Se ha comprobado que el consumo de soya reduce significativamente los lípidos y lipoproteínas en pacientes con niveles elevados de colesterol, además de restringir los síntomas vasomotores del climaterio tales como sofocos y sudoraciones reportándose también ligeras disminuciones en las cifras de la tensión arterial (Mackey y Eden, 1998).

En Cuba no existen estudios en estos contextos, ni se ha evaluado la repercusión del consumo de soya para aliviar las molestias de la menopausia.

## Morbilidad

La tabla 9 presenta el cuadro de morbilidad de las mujeres del estudio. Entre los antecedentes patológicos personales, los problemas circulatorios son los más relevantes en todos los grupos de estudio. En las más jóvenes le siguen en importancia los problemas benignos de la mama. En las premenopáusicas tardías también se destacan la obesidad y la artrosis, cobrando cierta importancia la hipertensión arterial. En las postmenopáusicas ya aparece mayor representada la artrosis, obesidad e hipertensión, con cierta frecuencia, la artritis, hipercolesterolemia, diabetes y enfermedad cardiovascular isquémica.

Tabla 9. Morbilidad

	PREMENOPAUSICAS		POSTMENOPAUSICAS		
	< 35 años	Tardías	Naturales	Quirúrgicas	Inducidas
<b>ANTECEDENTES PERSONALES (%)</b>					
– Hipertensión	9.1	23.8	52.9	48.4	40.0
– Enf. cardiovascular	-	5.8	16.3	15.1	40.0
– Diabetes	1.5	4.5	19.6	11.8	20.0
– Enf. circulatoria	30.3	38.1	65.4	59.1	50.0
– Litiasis vesicular	3.0	8.5	14.6	10.8	10.0
– Obesidad	10.6	35.9	52.1	50.5	20.0
– Hipercolesterolemia	3.0	3.1	19.2	17.2	30.0
– Hiperlipidemia	1.5	0.4	6.7	6.5	20.0
– Artrosis	7.6	35.0	75.0	69.9	70.0
– Artritis	1.5	7.2	25.8	21.5	30.0
– Litiasis renal	3.0	2.7	4.6	7.5	10.0
– Enf. benigna de mama	15.2	14.8	13.8	19.4	-
– Enf. ginecológica	10.6	18.4	10.0	100.0	10.0
– Cáncer					
– Mama	-	1.3	5.0	2.2	-
– Utero	1.5	-	0.8	8.6	-
– Cuello uterino	-	0.9	1.7	3.2	-
– Ovarios	-	0.4	0.8	2.2	-
– Otros	-	0.4	0.8	-	-
– Fracturas					
– Mano/muñeca	3.0	1.8	1.3	2.2	50.0
– Pelvis	-	-	0.8	-	-
– Extremidad inferior	1.5	3.1	5.0	8.6	-
– Extremidad superior	-	0.9	1.7	4.3	-
– Interven. quirúrgicas	59.1	59.6	71.3	100.0	60.0
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES (%)</b>					
– Hipertensión	66.7	60.5	46.3	63.4	40.0



– Enf. cardiovascular	27.3	33.6	30.4	36.6	40.0
– Diabetes	24.2	29.6	32.1	26.9	10.0
– Obesidad	25.8	26.9	30.0	35.5	30.0

Leyenda Enf: Enfermedad

La litiasis vesicular ha estado presente entre un 10% y un 14% en los grupos de mujeres postmenopáusicas, con un número de ellas ya intervenidas quirúrgicamente; la enfermedad benigna de la mama tiene una frecuencia semejante a los grupos premenopáusicos, pero las otras entidades ya mencionadas son más prevalentes.

A excepción de las mujeres con menopausia quirúrgica, el porcentaje con enfermedades ginecológicas oscila alrededor de un 10%, aunque en las premenopáusicas tardías aumenta hasta un 18%, constituyendo otro de los síntomas de la etapa de transición hacia el climaterio. Los diferentes tipos de cáncer femenino son bastante infrecuentes, aunque se destaca un 5% de neoplasia de mama en las mujeres con menopausia natural y en el 8% de las quirúrgicas se debe a las presencia fundamentalmente en útero.

Las fracturas no son comunes, pero sí se presentan en un mayor porcentaje en las mujeres postmenopáusicas, en las extremidades inferiores y la mitad de las inducidas tuvieron afectaciones en mano y muñeca. Muy pocas mujeres aludieron tener pérdida de masa ósea diagnosticada, siendo infrecuente la osteoporosis en las edades del estudio.

Las intervenciones quirúrgicas se presentaron en más del 50% de la muestra, en las mujeres que no tuvieron la menopausia por cirugía.

El cuadro de morbilidad encontrada tiene ciertas diferencias con lo reportado en mujeres de los municipios donde previamente se efectuó un estudio similar (Ferrales, 1992; Díaz et al, 1994; Díaz et al, 1996; Toledo, 2002). Así, en Habana Vieja la artrosis lleva mayor porcentaje, respecto a los problemas circulatorios, luego la obesidad e hipertensión; los trastornos del aparato genital, displasia mamaria y artritis aparecen en ese grupo aun en una proporción importante, pero la enfermedad cardiovascular, la diabetes y las restantes entidades investigadas ocurren en un porcentaje menor (Díaz et al, 1996). En Centro Habana patologías más frecuentes fueron: hipertensión arterial, artrosis y obesidad, siendo más relevantes en las mujeres que ya no menstrúan. Las Enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus tuvieron menor prevalencia en ese estudio (Toledo, 2002). El cáncer femenino o de otro tipo fueron mucho menos prevalentes en la muestra de las mujeres del estudio, que en las de los municipios Habana Vieja y Centro Habana.

Entre los antecedentes patológicos familiares de la presente encuesta, la hipertensión fue la patología más común. La obesidad, enfermedad cardiovascular isquémica y la diabetes aparecieron en un porcentaje similar. En el municipio Habana Vieja se reportó también mayor propensión hacia la hipertensión en los antecedentes familiares, siguiendo en orden importante la patología isquémica y la obesidad, que al igual que en las mujeres del municipio Plaza, no llegan al 50% de la representatividad en la muestra (Díaz et al, 1996).

Al final del período fértil, con la falla del ovario y el descenso de los niveles estrógenos se incrementa la pérdida de masa ósea y probabilidad de aparición de la osteoporosis en la mujer (Grupo de Expertos OMS, 1981; Report of Scientific Group, 1996). Pasados los 35 años el esqueleto comienza a perder tejido óseo, proceso que se acelera en la mujer con la llegada de la menopausia y se promueve la fragilidad de los huesos, incrementándose el riesgo de fracturas, lo que condiciona de manera determinante la calidad de vida de las mujeres de edad avanzada. La mayor frecuencia de las fracturas se reporta en la parte distal del radio, las vértebras y la parte proximal del fémur (Grupo de Expertos OMS, 1981)

Son numerosos los factores de riesgo de osteoporosis, algunos de los cuales están relacionados como causa y otros como efecto, teniendo otros solo una relación fortuita con el desarrollo de este problema (Silverberg y Lindsay, 1987).

La raza y etnicidad tienen un aporte importante, reportándose en la revisión sobre menopausia efectuada en la década de los 80, que las mujeres negras se ven menos afectadas que las blancas o las de ascendencia asiática (Silverberg y Lindsay, 1987). El grupo de expertos de la OMS del año 1996 corrobora que la osteoporosis es rara los países africanos, frecuente en la India y más común en Europa y Norteamérica. Por otra parte, no hay mucha comprensión de las razones entre las diferencias geográficas y el riesgo de fracturas, la densidad ósea no explica todas estas desigualdades. En los japoneses la densidad ósea es baja como en otros países desarrollados, pero el riesgo de fractura es inusualmente menor, notándose que en esta población la edad de la fractura ha ido incrementándose.

Son también importantes los antecedentes familiares positivos en la osteoporosis, confirmándose el efecto genético en estudios realizados en gemelos. Posteriormente, la contribución de la historia familiar pudo ser explicada por marcadores de susceptibilidad genética (Report of Scientific Group, 1996).

Silverbeg y Lindsay (1987) señalan que el estilo de vida influye también en la masa y pérdida del hueso, teniendo los hábitos dietéticos especial importancia. La baja ingesta de calcio durante toda la

vida puede provocar un aumento en la incidencia de las fracturas de cadera con la edad. El elevado consumo de sodio, cafeína y alcohol pueden contribuir a un equilibrio negativo del calcio en el envejecimiento. Con respecto al tabaquismo, también se ha asociado a la patogenia de esta enfermedad. Otros aspectos como el sedentarismo, reforzado por la obesidad, la nuliparidad, la menopausia precoz o quirúrgica por ooforectomía, entre otros ya han sido reportados.

Como parte del tratamiento de la osteoporosis se ha señalado la terapia hormonal de reemplazo (con la combinación de los estrógenos con progestágenos, para reducir otros riesgos) que tiene su efecto de protección contra la pérdida de la masa ósea, el incremento de la actividad física, que mejora la fuerza muscular y la coordinación, reduciendo la tendencia a las caídas. El mejoramiento de la dieta, con la ingesta particular de vitamina D y calcio es beneficioso como parte de la intervención, así como eliminar el tabaquismo y aminorar el consumo de alcohol (Silverberg y Lindsay, 1987).

Se han señalado también los efectos beneficiosos de algunos fármacos como la calcitonina, bifosfonatos y fluoruros, entre otros, aunque algunos de ellos deben ser administrados con cautela (Grupo de Expertos OMS, 1981; Silverberg y Lindsay, 1987). Los pocos casos encontrados con pérdida de masa ósea diagnosticada entre las encuestadas municipio Plaza indican la presencia de un estilo de vida que no incita el desarrollo de la enfermedad. Las pacientes con osteoporosis establecida seguían un tratamiento con suplemento de calcio y vitaminas; en algunos de los casos fue administrada la terapia hormonal de reemplazo.

Los estrógenos también ejercen un papel protector del sistema cardiovascular y con ello a reducir el riesgo de desarrollar una dolencia coronaria. Con relación a este tipo de enfermedades existe una serie de factores diferenciales de la mujer con respecto al hombre que deben tenerse en cuenta. Así, con la menopausia, que acarrea la pérdida de protección de estrógenos, se produce un incremento de la obesidad, de la hipertensión arterial y de la resistencia a la insulina, que actúa de potenciador de los factores de riesgo cardiovascular. Como medida para la reducción la aparición de estas enfermedades en la menopausia, se sugiere el empleo de la terapia estrogénica o la combinación con progestágenos (Report of Scientific Group, 1996) así como, más recientemente, el consumo de alimentos ricos en soya por la presencia en ellos de fitoestrógenos (Kotsopoulos et al, 2000).

Diferentes autores señalan la alta frecuencia de enfermedades que debutan o se agravan durante la menopausia (Report of Scientific Group, 1996; Grupo de Expertos OMS, 1981; Melton et al, 1992; (Hoddinott et al, 1997; Pérez, 2001), destacándose los numerosos problemas de salud de la mujer en la etapa, en las que debe influir también factores de confusión como estado nutricional condición socioeconómica, entre otros de las condicionantes del estilo de vida (Sower y La Pietra, 1995).

## Estilo de Vida

Los hábitos tóxicos tienen un lugar importante entre los aspectos del estilo de vida, pues además de establecer un patrón de costumbre social, evidencian asociaciones y riesgos de salud que son más prevalentes hacia la mediana edad.

El hábito de fumar aparece representado en la Fig. 5. Se observa que la mayoría de las mujeres no tienen esta adicción, aunque alrededor del 17% son fumadoras pasivas y menos del 10% fumó pero eliminó el hábito. El 29.9% de las encuestadas fumaba en diferente frecuencia o cantidad, de éstas la mayor parte no sobrepasaba el equivalente a una cajetilla de cigarrillos. Este patrón de tabaquismo de la muestra total se repite al separar las mujeres en los diferentes grupos considerados. Los resultados encontrados en esta área de salud son muy diferentes de los de Habana Vieja donde el tabaquismo era una gran problemática, siendo más crítico en las mujeres más jóvenes (Ferrales, 1992; Díaz et al, 1998), reportándose un patrón muy similar también en Centro Habana, donde estuvo presente en el 49.8 % de las mujeres premenopáusicas y en un 33.5 % de las postmenopáusicas (Toledo, 2002).

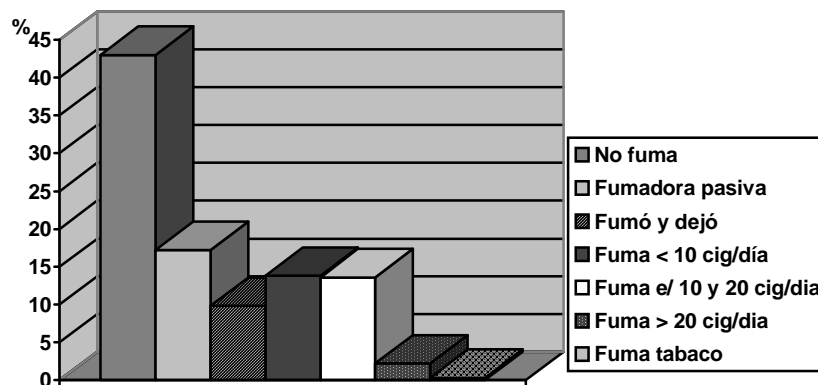


Fig. 5. Hábito de fumar

Datos recientes (Menopausia, 2001) indican que en las últimas décadas la industria del tabaco a nivel mundial ha logrado que las mujeres se conviertan en adictas al consumo de cigarrillos, lo cual guarda relación con un incremento importante de la frecuencia de cáncer de pulmón femenino en comparación con tiempos donde no era habitual el tabaquismo en este grupo. El 27 de marzo de 2001 la Oficina Médica de los Estados Unidos comunicó un alarmante aumento del 600% en la mortalidad femenina por cáncer de pulmón en comparación con los datos de 1950. En Europa y en general en países desarrollados la estadística alcanzó valores del 200%, entre 1957 y 1987 (Schemeiser et al, 1995). Para el año 1987 ya las muertes causadas por el cáncer de pulmón

superaron las producidas por el de mama, siendo el consumo de tabaco el responsable del 87% de esa neoplasia.

Se resalta el papel eficaz las campañas de promoción entre los jóvenes para tomar la decisión de fumar utilizando el prototipo de la mujer delgada, atractiva, atlética y simpática o triunfadora en su medio social. En contraste, las fumadoras suelen estar más enfermas, son menos capaces de hacer ejercicio físico y son socialmente menos deseables. Las mujeres que fuman alcanzan la menopausia 2 ó 3 años antes que las no fumadoras y el cigarro incrementa el riesgo de enfermedades asociadas a la deficiencia de estrógeno como las cardiovasculares y la osteoporosis postmenopáusica, con el aumento la frecuencia de fracturas y caídas (Schemeiser et al, 1995; Baron et al, 2001). En el presente estudio la media de la edad de la menopausia alcanzada de forma natural fue menor (49.1 años) para las mujeres fumadoras, comprobándose los señalado anteriormente.

Muchas mujeres quieren dejar de fumar por diferentes razones, tales como salud, librarse de la dependencia del hábito, problemas financieros o por el curso del embarazo, pero se les dificulta por falta de soporte social, estrés, ansiedad y miedo a la ganancia de peso. De ellas, una buena cantidad se refrena por un largo tiempo, provocándose una recaída acompañada de situaciones que involucran emociones negativas, conflictos, estrés (Schemeiser et al, 1995). Se impone la necesidad de programas de salud que cubran específicamente a la mujer y que incluyan una educación básica, la discusión de los síntomas, riesgos, estrategias para prevenir la recaída, consejos sobre el manejo del peso corporal, el papel de la nutrición y el ejercicio físico, entre otros aspectos.

La Fig. 6 refleja los datos del consumo de alcohol en la muestra total, indicando que la mayoría no tienen este hábito establecido y se destaca que alrededor de un 20% beben esporádicamente. Hay una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y los estadios hacia la menopausia ( $\text{Chi}^2 = 24.51$ ,  $p=0.017$ ), aunque el patrón encontrado en la muestra total se replica en los diferentes grupos considerados, las mujeres premenopáusicas beben esporádicamente más que las postmenopáusicas. De igual forma estos resultados se corresponden con la asociación encontrada entre el consumo de alcohol y la edad ( $\text{Chi}^2 = 48.07$ ,  $p=0.0001$ ), sugiriendo que las más jóvenes beben ocasionalmente más.

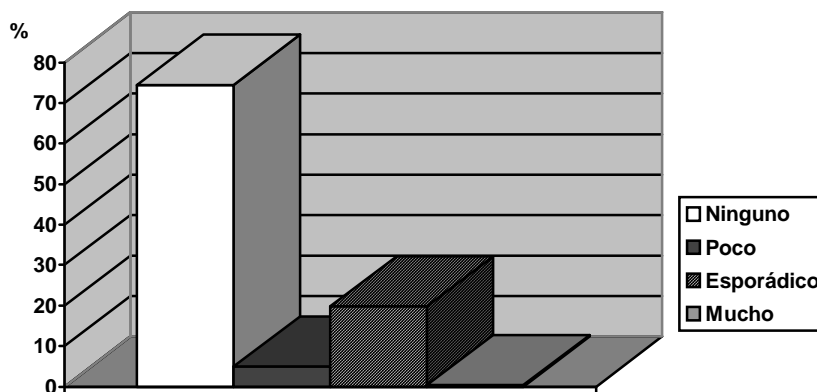


Fig.6. Consumo de álcool

Los resultados globales contrastan con los del municipio Habana Vieja, donde las abstemias alcanzaron los menores porcentajes, la mayor parte de las mujeres fueron consideradas bebedoras sociales y se encontró un índice de alcoholismo cercano al 10% de la muestra (Ferrales, 1992; Díaz et al, 1998). Al igual que en el presente caso las mujeres jóvenes bebían más que las de mayor edad. En el estudio del área de Centro Habana la mayoría de las mujeres no consumían bebidas alcohólicas de ningún tipo, las bebedoras ocasionales abarcaron un tercio del total de las encuestadas, las moderadas se presentaron en un menor número y el índice de alcoholismo estuvo alrededor del 2% (Toledo, 2002).

Aunque la prevalencia del alcoholismo es mayor en los individuos del sexo masculino, se sabe que no deja de ser un problema de salud importante para las mujeres, siendo las estadísticas malas para estas últimas, pues tienden a esconder mejor su hábito y resistirse a buscar atención médica (Schindler, 1987). Igualmente se tienen datos ya referidos en la literatura con anterioridad, que indican que los problemas de alcoholismo grave son relevantes al principio de la vida adulta de la mujer y de nuevo en la edad madura., porque para esta época comienzan a experimentar los efectos perjudiciales a largo plazo produce la ingestión de bebidas alcohólicas (Williams y Klerman, 1984).

Muchos factores psicosociales se han relacionado con el consumo de alcohol, entre ellos el síndrome del “nido vacío, divorcio, viudez, enfermedades personales, familiares y muerte de los padres, señalándose también cierta relación entre este hábito, la depresión y el suicidio femenino en la mediana edad (Schindler, 1987). Otro aspecto importante a señalar es la repercusión de esta conducta en el plano familiar y social, que pueden propiciar el aislamiento, disminución de la autoestima, o generar actitudes violentas, que llevan a la mujer a perder su estabilidad emocional.

Por otra parte, la ingestión de bebidas alcohólicas es un factor de riesgo para diferentes enfermedades crónicas en la mujer de mediana edad.

El consumo elevado de alcohol puede contribuir al equilibrio negativo del calcio durante el envejecimiento y no solo el abuso, sino también el uso ha sido bien confirmado como un factor de riesgo importante en la osteoporosis (Silverberg y Lindsay, 1987). En estudios epidemiológicos publicados en los finales de la última década del siglo pasado, se encontró que el exceso de la ingestión de alcohol se asocia con la reducción de la masa ósea y el incremento de riesgo de fracturas en la mujer, pero que el consumo moderado (uno o dos tragos por día) no parece ser tan nocivo (Report of Scientific Group, 1996). Investigaciones mucho más recientes reportan que el efecto de la ingestión de alcohol sobre el riesgo de fractura puede ser controversial, sugiriéndose de sus resultados que no está clara esta asociación (Baron et al, 2001).

El consumo de alcohol junto con otros factores de riesgo influye también en la aparición de enfermedades cardiovasculares. Los vínculos del alcohol y la hipertensión arterial son fuertes e independientes de factores como edad, sexo, raza, obesidad, hábito de fumar, consumo de sodio, café, "stress", nivel cultural y posición social (Saunders, 1997); Ingerir bebidas alcohólicas se encuentra dentro del 40% de las causas ambientales que determinan la evolución de la hipertensión (Macías, 1997), que a su vez es un importante factor de riesgo de las cardiopatías. Se ha reportado que la ingestión de alcohol, junto con la inactividad física son eventos que prevalecen significativamente en pacientes con exceso de peso que tienen enfermedades cardiovasculares (Rojas et al, 1999), aunque esto es menos frecuente en la población femenina, donde las estadísticas en cuanto a este hábito pudieran presentar sub-registros.

Se ha reportado también el vínculo del alcohol con distintos tipos de cáncer. Aparte de algunas neoplasias del sistema digestivo, una alta asociación de la ingesta frecuente de bebidas alcohólicas ha sido observada con cáncer de mama en mujeres (Hirose et al, 1995).

La Fig. 7 expone el consumo de café en el total de la muestra del estudio. La mayor parte de las mujeres tiene hábito de café y un tercio de ellas lo consumen en exceso. El patrón se replica si se separan las mujeres en los 5 grupos considerados en la encuesta, encontrándose una asociación significativa con el hábito ( $\text{Chi}^2 = 28.32$ ,  $p=0.004$ ), que revela una mayor ingestión hacia la transición de la menopausia. Los resultados se corresponden con la asociación estadística obtenida con la edad ( $\text{Chi}^2 = 39.51$ ,  $p=0.002$ ), indicando que beben más café las de mayor edad.

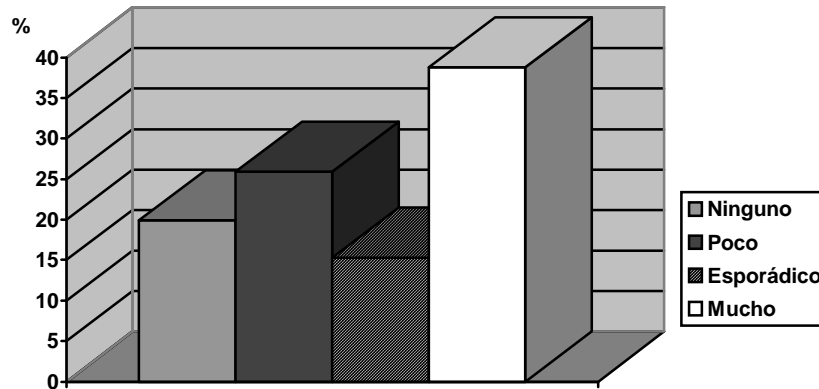


Fig.7. Consumo de café

Los datos obtenidos coinciden con los del municipio Habana Vieja, donde la ingestión habitual de café fue lo más sobresaliente en ese grupo de estudio (Ferrales, 1992; Díaz et al, 1998). En el área de Centro Habana se reportó poco consumo de café entre las mujeres jóvenes y las postmenopáusicas, con las cifras bajas de consumo habitual o abundante (Toledo, 2002).

La taza de café es uno de los hábitos más extendidos socialmente. De entre todos sus muchos ingredientes (más de trescientos) sólo es nutritivamente útil la niacina (del grupo vitamínico B), aunque la contiene en dosis muy pequeñas. Sin embargo, su poder estimulante es casi imprescindible para muchas personas (Expomujer, 2002).

Se ha planteado que la ingestión elevada de cafeína, al igual que otros hábitos tóxicos influye negativamente sobre el equilibrio del calcio, acelerando el desarrollo de la osteoporosis (Silverberg y Lindsay, 1987). El efecto de la cafeína conlleva a un aumento de eliminación del calcio por la vía urinaria y la fecal, por lo que debe ingerirse en cantidades muy moderadas, siendo las fuentes comunes de cafeína, además del café, el té, bebidas gasificadas y una serie de medicamentos (Sutnick, 1987).

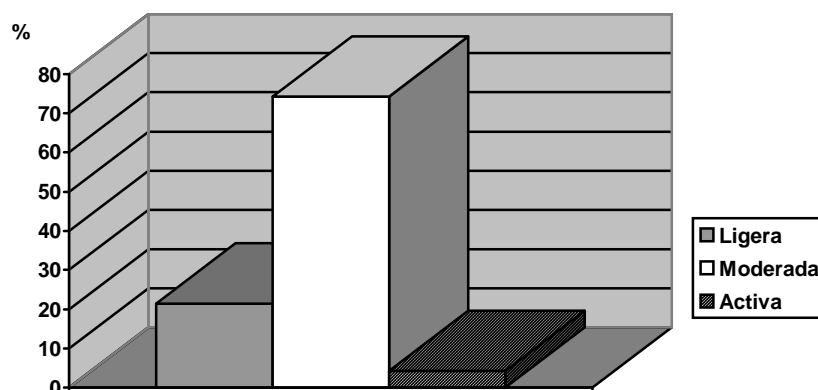
Se ha dicho que el efecto nocivo del café también puede apreciar por el incremento de la tensión arterial, provocada por la cafeína. Datos más recientes indican entre otros efectos perjudiciales que puede provocar, nerviosismo e insuficiencias cardíacas, en algunos casos produce dolor de cabeza, en dosis altas eleva el colesterol y en ocasiones, agravan los síntomas de la menopausia (Expomujer, 2002).

El efecto combinado de los hábitos tóxicos tratados aquí ha sido abordado en la literatura. La interacción del cigarro y consumo diario de café ha sido considerada en los estudios sobre osteoporosis, reportándose una fuerte influencia inversa de esos hábitos con la densidad ósea



(Forsmo et al, 2002), lo cual refuerza que el papel perjudicial de los mismos se eleva cuando actúan en conjunto. Otros estudios sugieren también que la presencia del alcohol y el tabaquismo se relaciona a los indicadores de obesidad elevándose el riesgo de las enfermedades cardiovasculares y otras crónicas no transmisibles (Kave et al, 1990). El análisis estadístico para la muestra de estudio indica una relación significativa a través de coeficiente de asociación Phi del alcohol con tabaquismo ( $0.28^{***}$ ,  $p < 0.001$ ) y del café con tabaquismo ( $0.29^{***}$ ,  $p < 0.001$ ), aunque el alcohol con el café son independientes entre sí para las mujeres encuestadas ( $0.10$ ,  $p > 0.05$ ).

Otro de los aspectos del estilo de vida es la actividad física, evaluada como en los estudios anteriores (Ferrales, 1992; Díaz et al, 1993; Toledo, 2002; Díaz et al, 1998) según las recomendaciones de la FAO/OMS. La Fig. 8 muestra que las mujeres del estudio tienen una carga predominantemente moderada, en correspondencia con el tipo de ocupación habitual. Aunque los resultados se replican en los diferentes grupos conformados, existe una asociación estadística muy significativa ( $\chi^2 = 29.17$ ,  $p = 0.000$ ), que sugiere que a las mujeres premenopáusicas les corresponden las mayores cargas de trabajo físico, independientemente que entre ellas también hay muchas amas de casa con actividad moderada. Dentro de las menopáusicas, las quirúrgicas son más activas, lo cual puede explicarse también porque en la muestra hay mujeres relativamente más jóvenes dentro de este grupo. Lo anterior se respalda con los resultados de la asociación entre edad y actividad física ( $\chi^2 = 51.92$ ,  $p = 0.000$ ), las mujeres más jóvenes están representadas con mayor porcentaje dentro de la categoría de carga activa, lo cual guarda relación con su ocupación laboral con trabajo de pie, caminando todo el día, o sometida a altas temperaturas y estilo de vida con la práctica de ejercicios físicos aeróbicos sistemáticos, marcha o el uso diario de la bicicleta.



**Fig.8. Actividad física**

Por otra parte, dentro de las mujeres premenopáusicas, también hay una representación de una actividad ligera asociada a una ocupación laboral sedentaria y que no participa en las labores del hogar. En general, las mujeres postmenopáusicas de este estudio se caracterizan por tener una

actividad esencialmente moderada; entre ellas hay amas de casa, con toda la responsabilidad de las labores del hogar, pero se confirmó que realizan caminatas frecuentes y considerables, suben y bajan escaleras diariamente varias veces al día. Aunque hay viviendas con equipos electrodomésticos que facilitan el trabajo hogareño, estos no son tan variados o frecuentes. Con todas estas actividades colindantes, esta ama de casa postmenopáusica puede tener una actividad física catalogada como moderada. Por otra parte, existen en la muestra mujeres postmenopáusicas que aun trabajan en diferentes ocupaciones y realizan adicionalmente sus labores domésticas.

Si se comparan los resultados obtenidos con los del municipio de Habana Vieja, se observa un patrón de actividad física semejante y en correspondencia con la ocupación habitual (Ferrales, 1992; Díaz et al, 1998); pero por existir un cuadro de morbilidad de mayor connotación en esa jurisdicción (Díaz et al, 1994; Díaz et al, 1996), la frecuencia de actividad moderada aparece reducida con respecto al área de Plaza de la Revolución. En Centro Habana se exploró la asociación entre la actividad física, la práctica de ejercicios y otros aspectos encontrándose que predominaba una carga moderada a ligera, coincidiendo con la ocupación habitual realizada, doméstica o en el centro de trabajo (Toledo, 2002).

Aunque la actividad física a niveles altos ocasiona alteraciones muy específicas, especialmente relacionadas con la función menstrual, en términos generales, en la vida moderna se ha desarrollado toda una serie de ocupaciones laborales que conllevan al ser humano al sedentarismo. Diferentes trastornos como la enfermedad coronaria, hipertensión, obesidad, ansiedad, depresión y dolorosos síntomas músculo-esqueléticos están vinculados de una forma u otra con una actividad física insuficiente, que es más evidente en la edad mediana (Idiculla y Golberg, 1987). Esto ha llevado a la promulgación de programas de ejercicios físicos que mejoren la calidad de la vida. La mujer, al igual que el hombre es capaz de alcanzar los niveles de aptitud física rápidamente, con cambios positivos. La práctica regular de ejercicio físico es un punto de partida para afrontar el cambio hormonal que determina el fin de la actividad reproductiva y prevenir, tanto la pérdida de masa ósea como el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ya que la mujer ha perdido el efecto protector de los años fértiles.

La pérdida de masa ósea durante el envejecimiento, que es más inminente en la mujer por su desprotección hormonal al final del período fértil, se ha relacionado también con un estilo de vida sedentario. La actividad física somete a los huesos a cargas mecánicas que lo estimulan para su remodelación adaptándose al esfuerzo ejercido sin provocar fracturas, lo cual sirve para incrementar la masa ósea (Idiculla y Golberg, 1987). Diferentes estudios en el pasado indicaron las ventajas esqueléticas de las mujeres con práctica habitual de ejercicios físicos durante su vida, comprobando por varias vías que la actividad permite mantener el contenido mineral de los huesos (Report of

Scientific Group, 1996). El ejercicio es, por tanto, un arma para prevenir la osteoporosis postmenopáusica, ayudando a reducir la velocidad de pérdida ósea en la mujer (Silverberg y Lindsay, 1987; Anderson, Rondano y Holmes, 1996), así como incrementando su fuerza muscular, coordinación y flexibilidad (Fukuharu et al, 2001). Finalmente se puede señalar los efectos psicológicos del ejercicio físico, que mejora el bienestar general y la autoestima, así como disminuye los estados ansiosos, estresantes y depresivos (Idiculla y Golberg, 1987), los cuales son útiles para aumentar la calidad de la vida, sobre todo, de la mujer menopáusica.

### Factores Psicológicos

Los factores psicológicos constituyen una problemática importante para el enfoque de menopausia; su contexto aborda el plano individual, familiar y sociocultural que incide en una mayor o menor medida en la mujer, en dependencia de sus condiciones ecológicas.

La tabla 16 muestra los resultados obtenidos en la encuesta para identificar algunas conductas de la mujer relacionadas con problemáticas que surgen en su transición al fin del período reproductivo.

**Tabla 16. Identificación de algunos aspectos psicológicos**

	<b>Premenopáusicas</b>	<b>Postmenopáusicas</b>
<b>Grado de satisfacción con la Imagen corporal</b>	Satisfechas (61.9%)	Insatisfechas (47.5%)
<b>Relaciones sexuales</b>	Favorecidas (84.4%)	No favorecidas (51.6%)
<b>Grado de satisfacción con el empleo actual</b>	Satisfechas (43.3%)	Satisfechas (23.3%) No trabajan (68.8%)
<b>Repercusión del estado menopáusico</b>	-	Estado de ánimo (19.0%) Rendimiento en el hogar (14.0%)

En términos generales, un número importante de mujeres acepta su imagen corporal actual y como es de esperar, el mayor porcentaje de ellas corresponde a las mujeres más jóvenes; el grado de satisfacción disminuye entre las menopáusicas. Si se comparan estos resultados la evaluación de la obesidad realizada por el encuestador ( $\chi^2 = 83.23, p=0.000$ ), se puede llegar a la conclusión que el sobrepeso es en mayor medida la causa de disconformidad de la figura y que se hace más evidente a medida que disminuye la actividad hormonal de la etapa reproductiva.

Con respecto a las relaciones sexuales, es claro que en las mujeres mas jóvenes estén más favorecidas y a medida que se acerca la etapa de la menopausia son menos frecuentes. Los

resultados se corresponden con la evaluación de la actividad sexual habitual obtenida en los datos del síndrome climatérico ( $\text{Chi}^2 = 228.83$ ,  $p=0.000$ ); las relaciones sexuales son más escasas y menos favorecidas en las mujeres postmenopáusicas.

Estos hallazgos corroboran lo planteado en diferentes estudios y revisiones que abordan las actitudes ante la sexualidad en las proximidades de la menopausia (Grupo de Expertos OMS, 1981). Aunque la respuesta sexual es variable en la mujer menopáusica, hay datos que sustentan que alrededor de un 70% de éstas notan diversos cambios en el interés sexual en los años próximos al cese del período reproductivo; las causas son variadas y van desde problemas biológicos, psicosociales, hasta culturales (Iddenden, 1987; Huerta, et al, 1995; Dennestein et al, 1999).

El grado de satisfacción con el empleo actual fue otro de los aspectos evaluados en el presente estudio. Entre las mujeres que trabajan, la respuesta no es uniforme. Alrededor de un 40% de las mujeres jóvenes se siente satisfecha, la menopáusica que aun trabaja, sobrepasa el 20%.

En el análisis de la repercusión de la menopausia en diferentes aspectos de la vida femenina, se observa que el estado de ánimo es el más importante, a pesar de que puedan presentar problemas que no lo atribuyan propiamente a esta etapa; reconocen además ciertas deficiencias que no permiten un rendimiento óptimo en las labores domésticas y aparece un subregistro en las relaciones sexuales, pues la afectación encontrada por otros análisis no se la autoatribuyen al proceso de la menopausia. La falta de conocimiento sobre las características y manifestaciones de la menopausia condiciona una falla en la identificación de los problemas, que puede ser un tanto perjudicial para superar aquellos, que en el orden psicológico atentan contra la calidad de vida.

Lo anterior indica la correspondencia de los factores psicológicos, el estilo de vida y el estado de salud, que pueden tener mucha repercusión durante la edad mediana. En algunos estudios sobre menopausia se insiste en la influencia del estrés de la vida diaria, la pérdida de la pareja y otros muchos aspectos que se asocian con el síndrome menopáusicos, al igual que la relación con el incremento de peso y ciertos estado mórbidos (Schindler, 1987).

### **Consideraciones finales**

El entorno ecológico valorado con las particularidades biodemográficas, condiciones y estilo de vida explica el ambiente favorable en el que desenvuelven estas mujeres. Sus rasgos más sobresalientes son: la unión estable, independencia económica, la presencia de núcleos familiares pequeños,

buenas condiciones habitacionales, pocos hábitos tóxicos y una actividad física esencialmente moderada.

En los aspectos relacionados a la historia reproductiva se puede destacar una maduración temprana, conjuntamente con la edad de menopausia más tardía hasta ahora reportada en el país y un potencial reproductivo extendido, que expresa mayor estabilidad ambiental, corroborando la presencia de condiciones ecológicas bastante propicias en el área de estudio. Los ciclos menstruales regulares, con intervalo y duración normales son indicadores de una adecuada salud reproductiva, que en asociación con un patrón de fertilidad distinguido por baja gestidad, paridad, abortos y número de hijos se corresponden también con las características socio ambientales del área y concuerdan con las estadísticas nacionales de fecundidad. El método por excelencia para la planificación familiar fue el uso de anticonceptivos por dispositivo intrauterino, con una pequeña frecuencia del tipo oral, para un menor riesgo de la salud, aunque en esta área se reitera la práctica del aborto inducido para el control de la natalidad

Las manifestaciones de los síntomas del síndrome menopáusico aparecen tempranamente en las mujeres del estudio, pero en las menopáusicas se presentan con mayor connotación, con un agravamiento en las quirúrgicas y sin una tradición en el empleo de terapia hormonal de reemplazo.

La morbilidad fue menos prevalente que la encontrada en los territorios de menor desarrollo social; fue de menor connotación la referida en las mujeres jóvenes y más complicada en el tránsito hacia la postmenopausia, con una mayor representación de trastornos circulatorios, artrosis, obesidad e hipertensión y con cierta frecuencia de la artritis, hipercolesterolemia, diabetes y enfermedad cardiovascular isquémica,

Aunque las características socio ambientales fueron muy buenas en las mujeres del municipio analizado, este estudio permitió constatar que los factores psicológicos y sociales influyen en las distintas etapas de la vida femenina, en su condición bio-psico-social por las determinantes sociales, culturales y por la forma de afrontar psíquicamente los cambios biológicos y físicos que van presentando en su desarrollo ontogenético.

A partir de la identificación de los diferentes aspectos que acompañan al curso de acontecimientos que tienen lugar en la mujer, se pueden conocer con mayor profundidad los cambios que aparecen en las diferentes etapas de su vida. Profundizar en los conocimientos, incorporar toda la experiencia obtenida y establecer recomendaciones a las organizaciones pertinentes para crear políticas y programas que mejoren su calidad de vida en las diferentes fases del ciclo biológico, es una meta a alcanzar en la prolongación de la participación activa de la mujer en los eventos sociales.

## Bibliografia

OMS. Programa de subvenciones para la investigación en salud: Areas, líneas y temas prioritarios de investigación. División de salud y desarrollo humano. Washington D.C. 1995.

OPS. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994. Washington D.C.: OPS. 1991; 126 pág.

Grupo de expertos. Cuba, transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva FNUAP-UNICEF. 1995; 159 pág.

Report of a WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. Geneva. World Health Organization, 1996; WHO Technical Report Series Nº 866 : 107 pp.

Grupo de Expertos OMS. Investigaciones sobre la Menopausia. Ginebra: Edit OMS. Informe Técnico 670. 1981; 135 pág.

Brambilla DJ, McKinlay SM. A prospective study factors affecting age at menopause. J Clin Epidemiol 1989; 42: 1031 - 1039.

Snowdon DA et al. Is early nature menopause a biological marker of health and ageing? Amer J Pub Health 1989; 79: 709 - 714.

Snowdon DA. Early nature menopause and the duration of postmenopausal life. J Amer Geriat Soc 1990; 38: 402 - 408.

Adlercreutz H et al. Dietary phyto-oestrogens and the menopause in Japan. Lancet 1992; 339: 1233.

Wilcox G et al. Oestrogenic effects of plant foods in postmenopausal women. Brit Med J 1990; 301: 905 - 906.

van Hall EV, Verdel M, van der Velden J. Perimenopausal complaints in women and men: a comparative study. J Women's Health 1994; 3: 45 - 49.

Krause W. Do we need the concept of male climateric? Fortschr Med 1995; 113: 32 - 40.

Melton LJ III et al. Perspective. How many women have osteoporosis? J Bone Miner Res 1992; 7: 1005 - 1010.

Ferrales M. Biología y aspectos sociales de la mujer en la etapa reproductiva y el climaterio. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Ciencias Biológicas. Universidad de la Habana, 1992.

Díaz ME, Carmenate MM, Toledo EM, Fresneda D, Martín I, Wong I, Moreno R, Moreno V. Influencia de la figura femenina y algunas determinantes biológicas y sociales sobre el riesgo por enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres pre y post menopáusicas. Informe del Centro Colaborador OPS/OMS. 1993; 8 pág.

Díaz ME, Fresneda D, Carmenate MM, Toledo EM, Wong I, Moreno R, Moreno V. Características físicas y morbilidad asociadas al estado de nutrición en mujeres postmenopáusicas. Anales Venez Nutr 1994; 6: 5 - 10.

Díaz ME, Carmenate MM, Toledo EM, Fresneda D, Wong I, Moreno R, Moreno V. Influencia de la figura femenina sobre el riesgo de morbilidad en mujeres cubanas. En: Biología de las Poblaciones Humanas: Problemas Metodológicos e Interpretación Ecológica. Madrid: Edit UAM. 1996; pp: 796 - 806.

Doval R. Caracterización bioantropológica de la etapa reproductiva y el climaterio en la mujer. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Ciencias Biológicas. Universidad de la Habana, 1995.

Tanner, JM. Trend towards early menarche London, Oslo, Copenhagen, The Netherlands and Hungary. Nature 1973; 1: 243-295.

Carmenate MM, Díaz ME, Toledo EM, Martínez AJ, Prado C, Wong I, Moreno R, Moreno V. Ciclo reproductivo y factores sociales en mujeres cubanas. Antropol Fís Latinoamer México: UNAM - IIA. 1997; pp: 47 - 66.

Díaz ME, Carmenate MM, Prado C, Toledo EM, Wong I, Moreno R, Moreno V. Estado nutricional y estilo de vida. Rev Esp. Antrop Biol 1998; 19: 77-92.

Toledo EM. Antropometría y algunos factores que afectan la menopausia. Tesis para optar por el Grado Académico de Master en Antropología. Facultad de Filosofía. Universidad de La Habana. 2002

Jordán J. Desarrollo Humano en Cuba. La Habana: Edit Científico-Técnica. 1979; 177 pág.

Bernis C. Ecología de envejecimiento reproductor. En: Bernis C, López MR, Prado C, Sebastián J. (eds.). Salud y Género. La mujer en el umbral del siglo XXI. Madrid: Instituto Universitario de estudios de la mujer. UAM. 2001; pp: 129 - 143.

Pérez B, Prado C. The reproductive period (menarche - menopause). Analysis of secular trend in Madrid. Inter J Anthropol 1988; 3:97 - 102.

Harlow SD. Menstruación y transición hacia la menopausia. En: Langer A, Tolbert (eds.) Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México. México, DR: Edamea/Population Council. 1996; 377-405.

Bang A. High prevalence of gynecological disease in rural Indian women. Lancet 1989; 14: 85-08.  
Metcalf MG. Incidence of ovulation from the menarche to the menopause: observations of 622 New Zealand women. New Zealand Med J 1983; 96:645-8.

Botella J. La edad crítica, climaterio y menopausia. Barcelona: Ed. Salvat. S.A.. 1990.

Frisch RE. Fatness and fertility. Sci Amer 1988; march: 88-95.

Prado C. Report of the natural interruption of pregnancy related to menarche in the population of Madrid. Amer J Hum Biol 1990; 2: 691-94.

Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional / OPS. Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la región de las Américas. Programa regional de la mujer, salud y desarrollo. 1990.

Chim H, Tan BH, Ang CC, Chew EM, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. Maturitas, 2002; 41: 275-82.

Avioli L et al. El plan de salud postmenopáusica. Bogotá: Eli Lilly and Company. 1997; 45 pp.

The National Women's Health Information Center. ¿Cómo ocurre la menopausia?. National Institute of Health, Meriter Health. 2002; pp:1-2 (INTERNET).

Cabezas MJ et al. Dos tipos de menopausia: Quirúrgica y fisiológica, exploración ginecológica y sintomatología. Rev Clín Invest Ginecol Obstet 1990; 17:384-90

Hoddinott RE et al (1997): Menopausia: su guía para sentirse bien en una nueva etapa de la



vida. Bogotá: Educación Médica Continua. 1997;12 pp.

Davis S et al. Effects of estradiol with and without testosterone on body composition and relationship with lipids in postmenopausal women. *J North Amer menopause Soc* 2000 17: 395-401.

Luengo, S. Tratamiento y control de la mujer menopáusica. *Rev Bimestral Hispanoamer Ginecol Obst* 1995; 26: 81-95.

Mackey R, Eden J. Phytoestrogens and the menopause. *Climateric*. 1998; 1: 302-8.

Nagata C, Shimizu H, Takami R, Hayashi M, Takeda N, Yasuda K. Hot flushes and other menopausal symptoms in relation to soy product intake in Japanese women. *Climateric* 1999; 2: 6-12.

Kotsopoulos D, Dalais FS, Liang YL, McGrath BP, Teede HJ. The effects of soy protein containing phytoestrogens on menopausal symptoms in postmenopausal women. *Climateric* 2000; 3:161-7.  
Boker LK, Van der Schouw YT, De Kleijn MJ, Jacques PF, Grobbee DE, Peters PH. Intake of dietary phytoestrogens by Dutch women. *J Nutr* 2002; 132: 1319-28.

Silverberg SI, Lindsay R. Osteoporosis postmenopáusica. En: Barbo D. La mujer posmenopáusica. *Clin Med Norteamer* 1987; 1: 43-58.

Pérez, F. Obesidad y menopausia. *GineWeb: Menopausia y Climaterio. Información sobre salud y bienestar de la mujer*. 2001; pp:1-3 (INTERNET).

Hirose K, Tajima K, Hamajima N, Inoue M, Kirishi T, Yoshida M, Tokudome S. A large scale, hospital-based case-control study of risk factors of breast cancer according to menopausal status. *Jpn J Cancer Re* 1995; 86: 146-54.

Sower MR, La Pietra MT. Menopause: Its epidemiology and potential association with chronic diseases. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 287-302.

Menopausia. Factores de riesgo en la mujer climatérica: Tabaquismo. 2001; pp:1-2 (INTERNET).  
Schemeiser- Rieder A, Schobeberger R, Kunze M. Frauen und Rauchen. *Wien Med Wochenschr* 1995; 145: 73-6.

Baron JA, Farahmand BY, Weiderpass E, Michaelsson K, Alberts A, Persson I, Ljunghall S. Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of hip fracture in women. *Arch Intern Med* 2001;161:983-88

Schindler BA. Trastornos psiquiátricos de la edad madura. En: Barbo D. La mujer posmenopáusica. *Clin Med Northeamer* 1987; 1: 69-82.

Williams CN, Klerman LV. Female alcohol abuse: its effect on the family. In: Wilsnack SC, Beckman LJ (eds.). *Alcohol problems in women*. NY: The Guilford Press. 1984: 300 pág.

Saunders JB. Alcohol as important cause of hypertension; *J Brit Med* 1987; 294:1045-1046.

Macías C. Epidemiología de la HTA. *Acta médica* 1997; 7: 15-24.

Rojas JB, Rojas MF, Liévano M, Díaz M, Leclercq M. Propuesta de un sistema de vigilancia epidemiológico alimentario nutricional para la identificación de factores de riesgos asociados a enfermedades cardiovasculares. *Rev Asoc Colombiana Diet Nutr ACODIN* 1999; 1: 1-20.

Expomujer. Tipo mujer. *Café*. 2002; 1 pág. (INTERNET)

Sutnick MR. Calcio, colesterol y calorías. En: Barbo D. La mujer posmenopáusica. *Clin Med Northeamer* 1987; 1: 117-28.

Forsmo S, Schei B, Langhammer A, Forsen L. How do reproductive and lifestyle factors influence bone density in distal and ultradistal radius of early postmenopausal women? The Nord-Trondelag Health Survey, Norway. *Osteoporos Int* 2001;12: 222-29

Kave SA, Folsom AR, Prineas RJ, Potter JD, Gapstur SM. The association of body fat distribution with lifestyle and reproductive factors in a population study of menopausal women. *Int J Obes* 1990; 14: 583-91.

Idiculla AA, Golberg G. Buena condición física de la mujer madura. En: Barbo D. La mujer posmenopáusica. *Clin Med Northeamer* 1987; 1: 129-42.

Anderson JJ, Rondano P, Holmes A. Roles of diet and physical activity in the prevention of osteoporosis. *Scand J Rheumatol Suppl* 1996;103: 65-74.

Fukuharu M, Sato J, Ohsawa I, Oshida Y, Kuriki K, Shibata K, Tamagawa T, Nagaya T, Fujiwara N, Tokudome S, Sato Y. Effects of lifestyle factors on ultrasonographically determined bone health in Japanese women. *Public Health* 2001 Mar;115(2):146-151

Iddenden AI. La sexualidad durante la menopausia. En: Barbo D. La mujer posmenopáusica. Clin Med Norteamer 1987; 1: 83-90.

Huerta R, Mena A, Malacara JM, Díaz de León J. Symptoms at perimenopausal period: its association with attitudes toward sexuality, life style, family function and FSH levels. Psychoneuroendocrinology 1995; 20: 135-48.

Dennestein L, Lehert P, Burger H, Dudley E. Factors affecting sexual functioning of women in the