Promoción de la salud en el climaterio

J. Goberna Tricas

Matrona. Licenciada en Sociología.
Profesora titular. Unidad Docente de Matronas de Cataluña. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona

RESUMEN

El climaterio constituye una etapa de la vida de la mujer de límites imprecisos, situada entre los 45 y 64 años de edad. Es una época en la que se producen importantes cambios, tanto desde el punto de vista físico como social.
La educación sanitaria durante este periodo se convierte en un elemento clave para la promoción de la salud. Temas como la adecuada alimentación, evitar los tóxicos, mantenerse activa, realizar actividades preventivas o utilizar los servicios de salud específicos constituyen los pilares básicos de la educación sanitaria en esta etapa.
La matrona tiene una importante función profesional como educadora; para ello, debe aportar conocimientos, capacitación y estímulo para mantener y aumentar la salud y calidad de vida de la mujer. Durante el proceso de educación sanitaria, la matrona debe promover que la mujer adquiera un mayor control sobre su propia salud con el objetivo de conservarla y mejorarla.

Palabras clave: climaterio, menopausia, promoción de la salud, estilos de vida saludables, educación sanitaria

SUMMARY

The climateric is a period in woman's life of undefined limits that ranges from the age of 45 to 64 years. During this period women experience significant changes, both in physical and social aspects.
At this stage of life, health education becomes a key factor to promote woman's health. Topics such as appropiate nutrition, avoidance of toxics, keeping active, undertaking some preventive actions or visiting the specific health services constitute the base of health education during this period of life.
Midwives play an important role as education providers, and for this reason they must bring knowledge, skills, and encourage women to mantain and increase their health and quality of life. During the process of providing health education, the task of midwives is to promote that women have a greater control of their own health to keep and improve it.

Key words: climateric, menopause, health promotion, healthy lifestyle, health education

(Matronas Profesión 2002; 8: 4-12)

INTRODUCCIÓN

El climaterio es definido por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) como el periodo de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud[1]. La Organización Mundial de la Salud hace referencia al climaterio como una etapa de la vida de la mujer de límites imprecisos situada entre los 45 y los 64 años de edad[2].
Constituye una época de la vida de la mujer en la que se producen importantes cambios, tanto desde el punto de vista físico como psicológico y social; si a ello unimos la alta esperanza de vida a la que puede aspirar la mujer occidental nos damos cuenta de la importancia que la educación sanitaria y la promoción de la salud pueden tener en estos momentos.
De acuerdo con Lalonde[3], podemos definir la promoción de la salud como aquel proceso que permite a las personas adquirir un mayor control sobre su propia salud y al mismo tiempo mejorarla.
Los pasos de educación sanitaria encaminados a que la mujer pueda poner en práctica una serie de autocuidados que le sean útiles para mantener la salud y el bienestar se centran, entre otros, en los siguientes puntos:

- Procurar una dieta adecuada.
- Evitar los tóxicos.
- Mantenerse activa:
  - Practicar ejercicio físico.
  - Mantenerse ocupada mentalmente.
- Realizar actividades preventivas.
- Utilizar los programas de salud específicos.

DIETA ADECUADA

Una adecuada alimentación mantenida desde la infancia y la juventud ayuda a conseguir un buen estado de salud al llegar al climaterio. Una pauta nutricional apropiada en esta etapa puede ayudar a la prevención de una serie de problemas que pueden presentarse a medio o largo plazo, como la osteoporosis, los problemas digestivos (susceptibles de prevención con un adecuado aporte de fibra) y el aumento de peso; por ello, el consejo dietético en esta época debe encaminarse en tres direcciones fundamentales[4]:

- Adecuado aporte de calcio.
- Adecuado aporte de fibra.
- Adecuado aporte calórico.

Adecuado aporte de calcio

Para comprender la importancia del aporte de calcio en la dieta es interesante hacer un repaso del concepto de masa ósea.

La masa ósea es la cantidad de hueso (proteínas y minerales, fundamentalmente calcio) que presenta una persona en su esqueleto en un momento dado. La cantidad de masa ósea de una persona aumenta de forma paulatina desde su nacimiento hasta llegar a su valor máximo o pico de masa ósea alrededor de los 30-35 años. A partir de esta edad se inicia una pérdida ósea de carácter lineal y paralela en ambos sexos, que oscila entre un 0,2 y un 0,5% anual. En el caso de la mujer, cuando llega a la menopausia y como consecuencia de la disminución de estrógenos, se produce una mayor pérdida de masa ósea durante los 5-10 años posteriores a la menopausia, pérdida que puede oscilar entre un 2 y un 5% anual[4].

Las necesidades de calcio durante la menopausia, según las recomendaciones del National Institute of Health (NIH) (1997)[5], son de 1.000 mg/día, hasta la menopausia, y de 1.500 mg, en la posmenopausia. La Sociedad Española de Reumatología[6] recomienda 1.200 mg de calcio al día después de los 50 años, y 1.500 a partir de los 65 años. Es igualmente importante haber hecho un adecuado aporte durante toda la vida, en especial durante el crecimiento, embarazo y lactancia.

La principal fuente de calcio son los productos lácteos; por tanto, la mujer puede conseguir la ingesta adecuada con 4 raciones de lácticos al día[7]. Si existen problemas de peso o de colesterol se recomiendan los productos descremados o semidescremados. El medio ácido que proporcionan los derivados fermentados de la leche (yogur) facilita la asimilación del calcio. En caso de intolerancia a la lactosa o rechazo de la leche por algún motivo, es necesario confeccionar un consejo dietético individualizado o recurrir a los suplementos de calcio.

Tabla 1.
Contenido de calcio en los alimentos

Alimentos	mg de calcio/100 g
Vegetales	50-100
Frutos secos	200-250
Sardinas en aceite	300-400
Otros pescados	20-40
Carnes	10-25
Leche completa	120
Yogur	145
Queso duro	700-1.200
Queso blando	200-300

Fuente: Elaboración propia a partir de Segura R, Webb S, Tovar JL., Gausí C. Los minerales y la salud. Barcelona: Plaza & Janés, 2000 y Quiles Izquierdo J. Consejos y cuidados nutricionales en el climaterio. Alim Nutri Salud 2000; 7(2): 37-50.

Aunque el calcio que mejor se absorbe es el contenido en los productos lácteos, también se encuentra calcio en productos vegetales, pescados, etc. (tabla 1).

Por tanto, también puede optarse por tomar tres raciones de lácticos y conseguir la cuarta ración a partir de otros alimentos, aunque hay que tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Ciertos alimentos vegetales poseen un alto contenido de calcio poco aprovechable debido a que éste se combina con el ácido oxálico presente en ellos y forma oxalatos que son inabsorbibles (acelgas, espinacas, remolacha). La concentración de filatos en los cereales (sobre todo en sus cubiertas) determina el mismo problema de absorción de calcio contenido en éstos[8]. Es recomendable no tomar conjuntamente cereales integrales con alimentos lácticos para evitar este fenómeno.
- Los alimentos como carnes, pescados y huevos contienen niveles de calcio, pero una dieta hiperproteica (más de 1,5 g de proteínas/kg de peso), por su alto contenido en fosfatos y aminoácidos azufrados, produce una acidosis plasmática que se traduce en una hipercalciuria y, por tanto, este exceso de eliminación de calcio por orina favorecerá la disminución de masa ósea[9]. Por ello, es importante mantener la ingesta proteica adecuada; es decir, entre 1 y 2 raciones al día (tabla 2), pues un déficit de proteínas también sería perjudicial. Es importante también evitar los productos que aporten exceso de fosfatos y sal, como son los antiácidos y las bebidas bicarbonatadas[8].

Un apropiado aporte de vitamina D permite la absorción intestinal del calcio. La acción de los rayos ultravioletas de la luz solar contribuye a que la vitamina pueda ser

sintetizada a través de la piel. Una exposición solar de 30 minutos al día asegura esta provisión[10].

Adecuado aporte de fibra

La fibra contenida en la alimentación es de gran importancia, pues ayuda a absorber y digerir los alimentos, facilita el tránsito intestinal mediante la retención de agua y retiene ácidos biliares. Todo ello protege contra el cáncer de colon, al tiempo que aumenta el bolo fecal acelerando el tránsito intestinal y haciendo más blanda la masa fecal[11].

La dieta rica en fibra constituye un factor protector frente a diversos procesos patológicos, entre los que se encuentran: hernia de hiato, diverticulosis, hipercolesterolemia, apendicitis, hemorroides, litiasis biliar y, posiblemente, el cáncer colonorrectal[4]. Pero la fibra en exceso puede incidir en la disminución de los estrógenos circulantes. En mujeres premenopáusicas vegetarianas con alta ingestión de fibra (salvado de trigo), se ha observado una mayor excreción urinaria de estrógenos y baja concentración plasmática de éstos, aunque ciertos estudios han relacionado la ingestión de fibra con cierta protección frente al cáncer de mama[4]. Por tanto, hay que procurar mantener un equilibrio en la ingestión de fibra, y, si bien continúa la discusión sobre el tema, el consenso indica que la cantidad de fibra recomendada para las personas adultas sanas es de 20-35 g/día, es decir, de 10 a 13 g/1.000 kcal[4].

Adecuado aporte calórico

La actividad metabólica disminuye a partir de la tercera década de la vida. La mayoría de mujeres experimenta un aumento de peso cuando llega a la etapa del climaterio.

Se considera que existe sobrepeso cuando el índice de masa corporal (IMC) es mayor de 25, y obesidad cuando es superior a 30[12]. Para prevenir futuras complicaciones relacionadas con la obesidad, la ingestión calórica adecuada para una mujer de esta edad, de complexión media, oscilaría entre 1.400 y 2.000 calorías, distribuidas en la siguiente proporción: 10-15% en forma de proteínas, 25-30% en forma de grasas y 60% en forma de hidratos de carbono[10].

En la tabla de distribución de los alimentos por raciones (tabla 2) observamos que aquellos que presentan un margen más amplio en cuanto a su recomendación diaria son los hidratos de carbono y grasas; ambos grupos de alimentos son los que deben ajustarse en caso de sobrepeso.

Las recomendaciones de féculas o farináceos oscilan entre 2-5 raciones (pan, pastas, arroz, patatas, etc.). Estos alimentos son los máximos responsables del aporte de energía. En caso de exceso de peso se disminuirán, pero no se suprimirán, puesto que los hidratos de carbono son alimentos básicos para la obtención de energía.

En cuanto a las grasas, hay que tener sumo cuidado, ya que debido a su alto poder calórico pueden causar fácilmente obesidad y otras afecciones, como los trastornos lipídicos, especialmente las de origen animal. Respecto a las raciones de grasas, hay que tener en cuenta que muchos alimentos, como los cárnicos, tienen un importante porcentaje de grasa en su composición[7]. Alimentos muy aconsejables para la prevención de la obesidad serían las verduras, por su alto volumen y su baja aportación energética. Asimismo, son muy recomendables las frutas, por su alto contenido vitamínico y mineral.

Los alimentos considerados superfluos, como los dulces y pasteles, tomados en su justa medida pueden

Tabla 2.
Recomendaciones raciones/día según grupo de alimentos

Tipo de alimento	N.º raciones/día	Contenido de una ración
Lácticos	4	Un vaso de leche Dos yogures 60-70 g de queso fresco 30-40 g de queso semi
Cárnicos	1-2	100-125 g de carne o aves 100-130 g de pescado 2 huevos
Farináceos	2-5	50-80 g de pan 60-80 g de arroz o de pasta (en crudo) 50-80 g de legumbres (en crudo) 200-300 g de patatas
Verdura	2	200-300 g (una ración cruda y otra cocida)
Fruta	2-3	Una pieza mediana o dos pequeñas
Grasas	2-4	Una cucharada de aceite

Fuente: Associació Catalana de Llevadores. La menopausia. Una etapa de la vida. Barcelona, 1996.

proporcionar un importante placer, pero su abuso puede suponer una enorme ingestión calórica y contribuir, por tanto, de forma muy especial al aumento de peso[7].
Una buena alimentación debe complementarse con una buena hidratación. Hay que recordar que es recomendable la ingestión de 1,5-2 L de líquido por día, siendo el agua la bebida más recomendable. Las bebidas refrescantes (limonadas, naranjadas) pueden contener altos niveles de azúcar, así como las estimulantes (cola o café) también pueden ser perjudiciales si se consumen en demasía; asimismo, el exceso de bebidas bicarbonatadas tiene un efecto desfavorable sobre la mineralización ósea[8, 9].

EVITAR LOS TÓXICOS

Las sustancias consideradas potencialmente tóxicas (tabaco, alcohol, cafeína, drogas y algunos casos de automedicación, si los fármacos son usados de forma indiscriminada) pueden causar efectos desfavorables en la época del climaterio. Estas acciones perjudiciales pueden resumirse en[13]:
- Menopausia más precoz.
- Climaterio más sintomático.
- Patología asociada importante.
- Envejecimiento acelerado.

A continuación, veremos la acción que pueden ejercer en el climaterio estas sustancias.

Tabaco

La Encuesta Nacional de Salud, llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 1997[14], indicaba que el 4,9% de las mujeres españolas de entre 45 y 64 años eran fumadoras. La encuesta sobre hábito tabáquico en la población catalana realizada por el Departament de Sanitat y Seguretat Social[15] en 1998 indicaba que fumaban un 18% de las mujeres entre 45 y 54 años y un 2% de las de 55 a 64.
Por tanto, es especialmente importante la educación sanitaria encaminada a evitar el tabaquismo, máxime cuando debemos tener en cuenta que, muy posiblemente, esta proporción aumentará en los próximos años, puesto que la proporción de fumadoras en generaciones más jóvenes es más alta; en el caso de Cataluña, fuma el 40% de las mujeres de entre 35 y 44 años[16].
Es conocido el efecto perjudicial del tabaco, por cuanto en su humo hay más de 4.000 agentes químicos, y aproximadamente unos cuarenta de ellos de alta toxicidad. Ejerce una acción desfavorable sobre el aparato cardiovascular y el cerebro por su acción de hipoxia. También está relacionado con el cáncer de pulmón, así como con el de boca, esófago, laringe y vejiga urinaria[13].
El tabaco acelera el momento de la menopausia y ello es proporcional a la cuantía o duración del hábito tabáquico, pues, en general[13], se observa un adelanto de

El tabaco acelera el momento de la menopausia y ello es proporcional a la cuantía o duración del hábito tabáquico

entre uno y dos años en el momento de la menopausia en las mujeres fumadoras con relación a las no fumadoras. También aumenta la sintomatología climatérica. En segundo término, el tabaco aumenta el metabolismo de los estrógenos: se produce una disminución de su efecto sobre el hueso, que se asocia a un incremento de la osteoporosis. Las fumadoras pierden hueso en la temprana posmenopausia, y los huesos más afectados son la columna vertebral y el radio distal[13].

Alcohol

El consumo de alcohol, especialmente en forma de vino, ha ocupado un puesto relevante en nuestra sociedad a lo largo de la historia por motivos culturales, religiosos, etc. Sin embargo, en el colectivo femenino de edades comprendidas entre 45 y 65 años el consumo elevado de alcohol se da en un número reducido de mujeres. Una encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1997[15] estableció que sólo el 0,4% de las mujeres de esta edad eran bebedoras excesivas, aunque el 44% de mujeres lo consume de forma ocasional. En Cataluña, un 3,4% de mujeres son bebedoras altas[16].
En general, los efectos de la ingestión de alcohol son más importantes en la mujer que en el hombre a igualdad de cuantía ingerida, tanto más cuanto mayor sea la edad. Ello se debe a la mayor capacidad de absorción del alcohol en la mujer, así como a su más lenta eliminación. Además, el alcohol llegado a la sangre tarda más en distribuirse en los tejidos de la mujer, debido al menor contenido en agua y mayor contenido en lípidos de su organismo, hecho que se acentúa con la edad[13].
Estudios recientes otorgan a los compuestos fenólicos del vino propiedades beneficiosas para la salud y acreditan su papel en la prevención de las enfermedades cardiovasculares[17]; pero estos mismos estudios indican que los efectos protectores se ajustan a un consumo moderado y sostenido de vino y que el exceso supone la disminución o incluso la pérdida de estos efectos. La ingestión diaria no debe superar el intervalo de 30-60 mL de alcohol (el equivalente de alcohol puro); a partir de estas dosis, el riesgo supera ya al beneficio[18].

Cafeína

El consumo de café es un hábito común en la mayor parte de la población. También el té es de consumo variable entre la población femenina de esta edad.

La cafeína ha sido motivo de discusión por su posible «dependencia». Es un estimulante nervioso que puede incrementar signos neurovegetativos y psíquicos del climaterio. Se considera un factor de riesgo para la osteoporosis debido a que incrementa la pérdida de calcio por orina. Por tal motivo, hay que limitar su consumo a dos, máximo tres cafés al día[19]. Se puede utilizar el café descafeinado o sustituirlo por infusiones.

Drogas y automedicación

El consumo de otras drogas en las mujeres en edad climatérica es muy bajo; generalmente, se asocia a mujeres más jóvenes y se suele presentar asociado a tabaquismo, malnutrición, enfermedades de transmisión sexual[13], etc. Se cree que el consumo de drogas puede acelerar la edad de aparición de la menopausia, si bien sus efectos no han podido ser suficientemente evaluados. Sin embargo, sí que puede ser importante a esta edad el efecto de la automedicación. Existen fármacos de prescripción útiles e imprescindibles para la salud, pero algunos pueden tener efectos colaterales muy significativos en la época del climaterio. Determinados fármacos acentúan la osteopenia, entre ellos los antiácidos con aluminio, los antihipertensivos, antidepresivos y sedantes ansiolíticos, así como algunos diuréticos[20]. También es importante tener en cuenta que ciertos fármacos bastante utilizados en estas épocas, como las benzodiacepinas, los tranquilizantes y algunos antidepresivos, disminuyen el deseo sexual. El calcio farmacológico tomado en exceso puede ser origen de hipercalcemias, nefrolitiasis, etc.

MANTENERSE ACTIVA

El mantenimiento de una adecuada actividad física y mental es importante a lo largo de toda la vida. Durante el climaterio, como época crucial en la vida de la mujer, es especialmente recomendable.

Practicar ejercicio físico

Cuando la persona es joven, nadie pone en duda los beneficios del ejercicio; sin embargo, éste es especialmente interesante en las mujeres de mediana edad, puesto que propicia cambios hemodinámicos importantes, disminuye el tono simpático y la frecuencia cardiaca en reposo, y, por tanto, previene o mejora problemas de hipertensión. El ejercicio físico mejora la circulación venosa de retorno y el bombeo muscular. Las personas que practican ejercicio físico tienen un riesgo coronario tres veces menor que las sedentarias y presentan, asimismo, una mejor relación entre masa muscular y tejido graso[4].

En cuanto a los problemas osteoarticulares, numerosos estudios[21, 22] relacionan el aumento de masa ósea con el ejercicio; en el caso de la osteoporosis, seis semanas de entrenamiento muscular aumentan la fuerza muscular y el contenido mineral óseo.

La cafeína se considera un factor de riesgo para la osteoporosis debido a que incrementa la pérdida de calcio por orina

Sin embargo, el ejercicio debe ser moderado, regular y mantenido. Se aconseja que no se realice un ejercicio demasiado intenso y las pulsaciones no deben superar los 120-130 latidos por minuto. El ejercicio debe integrarse en los hábitos diarios, aunque, si ello no es posible, es aconsejable realizarlo al menos unas dos o tres veces por semana, en sesiones de unos 30 minutos. Se aconseja acabar la sesión de ejercicio con un periodo de relajación[4, 23].

El ejercicio físico influye de forma relevante en el bienestar psicológico, pues mejora la autoestima y la funcionalidad y aumenta de esta forma la capacidad para realizar las actividades diarias[24]. Se ha demostrado cierta relación entre la práctica de ejercicio y la secreción de endorfinas que actúan en la disminución del umbral del dolor[25].

El ejercicio incrementa la agilidad física y favorece la mental, y si se realiza en grupo favorece la sociabilidad. Se ha comprobado que en grupos de personas de mediana edad que participan en programas de ejercicio físico disminuye el consumo de fármacos del tipo: analgésicos, antiálgicos, ansiolíticos y antidepresivos[4].

Antes de empezar un programa de ejercicio es importante tener en cuenta[26]:

- La edad de la persona.
- Si es sedentaria o realizaba ya ejercicio de forma habitual.
- Si ha padecido o padece enfermedades que puedan contraindicar ciertos ejercicios.

En general y cuando no hay contraindicaciones, existen una serie de deportes recomendados a esta edad. Entre los deportes a practicar destacan:

Andar

Es uno de los ejercicios físicos más recomendables. La marcha combina el impacto mecánico de la columna y las extremidades inferiores con la contracción intermitente de los músculos y constituye un excelente tónico cardiaco[4]. Además de quemar calorías, evita el anquilosamiento de las articulaciones y previene la osteoporosis. El ritmo de la marcha debe ser algo superior al del paseo normal. Se debe andar un mínimo de 30 minutos diarios[26].

En aquellas mujeres que no practicaban ningún tipo de ejercicio previo se aconseja que se empiece caminando primero en tandas de unos 20 minutos y, al cabo de aproximadamente una semana, se puede aumentar a

30 minutos para, de esta forma, hacer un incremento gradual en la práctica del ejercicio físico.

Gimnasia

Cada vez son más las mujeres de esta edad que deciden apuntarse a algún gimnasio donde suelen realizar ejercicios gimnásticos o natación.
La gimnasia desarrolla la musculatura y aumenta la agilidad corporal, pero es importante que sea dirigida por un experto. En su práctica deben tenerse en cuenta una serie de principios; entre ellos, que el programa de ejercicios sea individualizado, teniendo en cuenta si la mujer ya practicaba deporte de forma habitual, o si es la primera vez. En caso de osteoporosis, estarán contraindicados los ejercicios con saltos y torsiones. Los ejercicios de flexión de espalda no son recomendables porque pueden producir tensión en la columna vertebral y, con ello, incrementar el riesgo de fractura por compresión de los cuerpos vertebrales[26].
Son recomendables, en cambio, aquellos ejercicios que favorezcan la extensión muscular; los estiramientos o *streeching*.

Natación

La natación mejora y mantiene la capacidad cardiorrespiratoria y el sistema neuromuscular, por lo que favorece la prevención de los problemas posturales, además de mejorar la elasticidad. El estilo más recomendable es espalda, pues es el que actúa más favorablemente sobre la postura de la columna vertebral. Al realizarse en medio acuático, la natación no favorece el incremento de masa ósea[3, 26].

Baile o danza

Algunas parejas son especialmente aficionadas al baile, en el que se movilizan todas las articulaciones y músculos del cuerpo[4]. Como todos los ejercicios gravitatorios en los que se ejerce presión sobre una superficie dura, en este caso el suelo, favorece la masa ósea. Además, es una actividad divertida que puede practicarse en pareja.

Mantenerse ocupada mentalmente

Existen muchos estereotipos socioculturales relacionados con la mujer de esta edad. Se ha hablado mucho del síndrome del nido vacío[27], caracterizado por aquella mujer, ama de casa, que ha dedicado toda su vida al cuidado de su familia y que en esta época descubre que, debido a la marcha de los hijos, su función entra en declive.
En la actualidad, los hijos se van de casa a unas edades mucho más avanzadas y, debido al aumento de la esperanza de vida, la mayoría de mujeres de 45-65 años tienen todavía sus progenitores o los de su pareja con vida. Además, muchas mujeres trabajan fuera del hogar y está en aumento el número de ellas que viven solas durante este periodo de sus vidas[28].
La época del climaterio puede considerarse una etapa del ciclo vital de la mujer en la que suelen coincidir ciertos acontecimientos vitales estresantes que pueden ser clasificados en tres apartados[4]:

- Acontecimientos que implican cambios importantes en la vida: enfermedad grave, muerte de un ser querido, desempleo, separación, divorcio.
- Ajetreos y tensiones propios de la vida diaria que pueden llegar a ocasionar estrés, porque en esta época pueden manifestarse más intensamente: conflictos con los hijos, esposo, enfermedades leves, etc.
- La menopausia y sus cambios asociados.

Generalmente, los dos primeros apartados son los más importantes como generadores de estrés en esta época. Ante ellos, no todas las mujeres responden de la misma forma, pues depende de los recursos personales y ambientales para poder hacer frente a los acontecimientos.
Al realizar educación sanitaria, los consejos deberán individualizarse a cada caso concreto, aunque, en general, puede aconsejarse[26]:

- Descubrir y potenciar al máximo las cualidades personales, para poder sentirse útil.
- Mantener la autoestima personal.
- Cultivar las relaciones sociales. Las mujeres bien integradas en su medio presentan menos alteraciones psíquicas que aquellas más cerradas en sí mismas o aisladas.
- Ocupar el tiempo de ocio y no dejarse abatir por el aburrimiento.

Es importante hacer una detección de las mujeres que presentan antecedentes de personalidad vulnerable al estrés, puesto que son las que pueden desarrollar sintomatología psicológica con más facilidad.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Como consecuencia de la deprivación estrogénica que tiene lugar en la posmenopausia, pueden ir apareciendo a medio y largo plazo distintos problemas de salud, entre los que pueden destacarse los derivados de la atrofia genitourinaria, así como la osteoporosis y los problemas cardiovasculares[29].
Existen, sin embargo, otras enfermedades no directamente relacionadas con los cambios hormonales de esta época que pueden beneficiarse de una adecuada prevención. Entre ellas cabe citar la prevención del cáncer ginecológico y de mama, así como de la obesidad y la hipertensión. De éstas vamos a hablar en el apartado siguiente.

Cáncer ginecológico y de mama

Si bien la menopausia no está considerada como un factor de riesgo para la mayoría de patologías malignas del aparato genital o de la mama, no debe olvidarse que la frecuencia de la mayoría de dichas entidades aumenta con la edad.

Cáncer de cérvix

Aunque suele presentarse en épocas anteriores de la vida, debe continuarse efectuando la citología cervicovaginal de Papanicolaou para su detección precoz. El Pla de Salut de Catalunya[16] recomienda la realización de la prueba de Papanicolaou cada 5 años a las mujeres de 35 y 65 años, que anteriormente se habían realizado citologías asiduamente con resultado normal. El Pla recomienda efectuar dos citologías con un intervalo anual a mujeres de más de 50 años que no se hayan realizado cribados con anterioridad; en caso de normalidad, puede seguir con la pauta de cada 5 años. Después de los 65 no es imprescindible seguir con las citologías, si se ha llevado un seguimiento anterior.

Cáncer de endometrio

El cáncer de endometrio es más frecuente después de la menopausia, entre los 55 y los 65 años, especialmente en aquellas mujeres obesas, diabéticas o hipertensas. Es importante controlar las posibles pérdidas de sangre «menstrual» después de la menopausia, puesto que si los estrógenos que se producen en el cuerpo no están compensados por la progesterona, el endometrio continúa proliferando y puede degenerar. Cualquier pérdida hemática genital que suceda después de la menopausia debe estudiarse[30].

Cualquier pérdida hemática genital después de la menopausia debe estudiarse

Cáncer de mama

El cáncer de mama es la primera causa de muerte en las mujeres de entre 35 y 64 años; por esto, es importante conseguir un diagnóstico lo más precoz posible. El Pla de Salut de Catalunya[16] recomienda la realización de una mamografía cada 2 años como medida de prevención secundaria a todas las mujeres de entre 50 y 64 años. Para aquellas mujeres de riesgo (historia familiar de primer grado de cáncer de mama) se aconseja la realización de este control de forma anual a partir de los 40 años. Asimismo, se indica que cuando se haya conseguido atender a las mujeres de esta edad, el programa deberá extenderse a aquellas entre 65 y 69 años y a las de 45 a 50.

Obesidad

En la edad adulta, las necesidades de crecimiento han sido superadas, y con los años disminuyen tanto la producción total de energía como los requerimientos basales. Al inicio de la menopausia, las mujeres suelen presentar una tendencia a engordar, incluso aquellas que nunca habían tenido problemas con su peso[4]. En este aumento de peso intervienen factores relacionados con la edad que se entremezclan con aquellos propios de los cambios hormonales del climaterio.
Se afirma que no sólo ocurre un cambio en la cantidad de grasa sino también en la distribución de ésta[31].
En las mujeres posmenopáusicas la obesidad suele localizarse en abdomen y cintura frente a la obesidad localizada en caderas, en mujeres más jóvenes. El exceso de peso predispone a un aumento de los riesgos cardiovasculares (enfermedades coronarias, hipertensión), metabólicos (hiperlipidemia, diabetes, colelitiasis) y osteoarticulares (artrosis y artritis)[4].
La Encuesta Nacional de Salud, llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1997, determinó que un 17,9% de mujeres de entre 45 y 54 años presentan un IMC superior a 30 y, por tanto, obesidad; asimismo, también presentan un IMC superior a 30 un 24,1% de las mujeres comprendidas entre 55 y 64 años[14].
Es especialmente importante el control de peso, el mantenimiento de una dieta adecuada, como ya se ha mencionado, y la realización regular de ejercicio físico. En las mujeres que presenten obesidad habrá que efectuar un seguimiento especializado.

Hipertensión

La hipertensión es un factor de riesgo importante de la enfermedad cardiovascular.

La educación sanitaria es un elemento clave en la promoción de la salud en el climaterio

La evolución de la presión arterial con la edad es diferente en el hombre y en la mujer; las cifras tensionales son más elevadas en los hombres de menos de 40 años, entre los 40 y 50 años se cruzan las curvas y, a partir de los 50, son las mujeres quienes presentan tensiones más elevadas[32]. En esto influyen varios factores: el déficit estrogénico, la dieta y los factores genéticos[33].
En la Encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo padecían hipertensión arterial el 14,1% de las mujeres en edad de climaterio, y en un estudio de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), la padecían el 17,9%[33].
Para intentar prevenirla es recomendable llevar una dieta adecuada, no abusar del alcohol, controlar el peso, evitar el tabaquismo, así como las situaciones de estrés. Es importante mantener una actividad física adecuada y controlar periódicamente los niveles de colesterol.

PROGRAMAS DE SALUD ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN AL CLIMATERIO

El periodo del climaterio constituye una etapa larga en la vida de la mujer, ya que puede alcanzar un tercio de su vida. Por esto, es importante la existencia de una estructura sanitaria capaz de llegar al mayor número posible de mujeres de esta edad, tanto para facilitarles la mayor información posible con el fin de promocionar la salud, como para detectar los posibles factores de riesgo o enfermedades existentes.

La mayoría de comunidades autónomas desarrollan planes asistenciales específicos o programas concretos referidos directamente a la mujer menopáusica y atendiendo al Plan de Salud de la Mujer definido por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1996.
En Cataluña, en al ámbito de la asistencia primaria de salud, existe el subprograma de atención al climaterio comprendido en el seno del Programa de Atención a la Mujer[34].
El objetivo de los programas sanitarios de atención al climaterio se centra en promocionar la salud de las mujeres de entre 45 y 64 años consideradas dentro del periodo perimenopáusico y climatérico.
Este programa se basa en una asistencia individualizada en la que los profesionales sanitarios (ginecólogo y matrona), conjuntamente con la mujer, elaboran un plan de cuidados individualizado, una vez realizada la correspondiente valoración de su estado físico y psicosocial.
Un segundo punto importante es la actividad de educación sanitaria grupal. Se organizan grupos conducidos por una matrona, a los que asisten un número variable de mujeres. La duración de los programas suele ser de entre 8 y 12 semanas; en ellos se realizan charlas y sesiones de información y educación para la salud. Suelen tratarse temas relacionados con los cambios propios de esta época: alimentación, ejercicio, factores de riesgo cardiovasculares, osteoarticulares, cáncer ginecológico y de mama, así como la forma de prevenirlos. Todo ello se completa con sesiones de ejercicio físico dirigido y relajación. Cobra especial importancia la existencia del grupo y, a menudo, las mujeres participantes organizan actividades sociales y culturales complementarias, una vez han finalizado las sesiones. La existencia de los grupos suele dar como resultado una mejor percepción de la calidad de vida por parte de las mujeres después de la asistencia a los mismos[18].
Algunos hospitales poseen unidades de atención a la menopausia, que controlan a aquellas mujeres que presentan complicaciones en esta etapa de la vida.

EL PAPEL DE LA MATRONA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CLIMATERIO

La educación sanitaria es un elemento clave en la promoción de la salud en el climaterio. La matrona tiene una importante función profesional como educadora; para ello, debe aportar conocimientos, capacitación y estímulo para mantener y aumentar, si es posible, la salud y la calidad de vida de la mujer.

La educación sanitaria realizada en los programas de atención al climaterio irá enfocada a generar en la mujer actitudes y comportamientos saludables y a capacitarla para desarrollar prácticas de autocuidados preventivos y de mejora de la salud.
Pero hay que tener en cuenta que todo proceso de educación sanitaria supone el establecimiento de una comunicación bilateral entre la matrona y la mujer. Por tanto, los consejos no pueden darse de forma indiscriminada, sino que deben tenerse en cuenta las características y necesidades de conocimientos, actitudes y comportamientos de la persona a la cual se dirigen. Para que esta tarea educativa sea realmente eficaz, la matrona debe pactar los objetivos a conseguir con la propia mujer, ya que cualquier propuesta de cambio de hábitos debe conjugar la obligación de procurar el máximo beneficio para la persona interesada con un adecuado respeto a su autonomía y capacidad de decisión sobre su propia vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro J, Calaf J, Comino R, Ferrer J, Magnani E, Parrilla JJ y cols. El climaterio. Barcelona: Masson, 1999.
2. OMS. Investigaciones sobre la menopausia. Serie de Informes técnicos n.º 670. Ginebra: OMS, 1981.
3. Lalonde M. Promoción de la salud: una antología. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1996.
4. Sánchez Cánovas J. Menopausia y salud. Barcelona: Ariel, 1996.
5. NIH-Consensus Development Panel on Optimal Calcium Intake. JAMA 1994; 272(24): 1.942-1.948.
6. Sociedad Española de Reumatología. La Osteoporosis. Online. http//www.ser.es/pacientes/osteoporosis. Online.html. Consulta 17-05-2002.
7. Associació Catalana de Llevadores. La menopausia, una etapa de la vida. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores, 1996.
8. Segura R, Webb S, Tovar JL, Gausí C. Los minerales y la salud. Barcelona: Plaza & Janés, 2000.
9. Mataix J. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Nutrición y dietética, aspectos sanitarios. Girona: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1993.
10. Quiles Izquierdo J. Consejos y cuidados nutricionales en el climaterio. Alim Nutri Salud 2000; 7(2): 37-50.
11. Aranda J, Gabaldón J. Alimentación saludable para la mujer de 45 a 64 años. Guía del Programa de Atención Integral a la mujer climatérica. Valencia: Generalitat Valenciana, 1993.
12. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Consenso Español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. Med Clin (Barc) 1996; 107: 782-787.
13. Caballero Gordo A. Hábitos tóxicos y menopausia. Acta Ginecológica 1997; 54: 324-332.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Dirección General de Salud Pública, 1997.
15. Enquesta d'hàbit tabàquic a la població catalana. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999.
16. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999.
17. Edwards G, Anderson P, Babor TF y cols. Alcohol y salud pública. Barcelona: Prous, 1997.
18. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Programa de atención integral a la mujer climatérica. Valencia: Generalitat Valenciana, 1992.
19. LeMone P. Vitamins and Minerals JOGNN 1999; 28: 520-533.
20. Cordón Gutiérrez R, Martín Reyes A. Profilaxis y tratamiento de la osteoporosis. Online http://www.cofaran.es/oro9596/tema4-2.html. Consulta 24-04-99.
21. Dilsen G, Oral A, Gökmen E. Papel de la actividad física en la prevención y tratamiento de la osteoporosis. Rev Clin Esp 1991; 188: 59-64.
22. Zylstra S, Hopkins A y cols. Efecto de la actividad física sobre la densidad ósea de la columna lumbar y cuello del fémur. International Journal of Sports Medicine 1989; 10: 181-186.
23. Danforth DN. Tratado de obstetricia y ginecología (8.ª ed.). Barcelona: Interamericana McGraw-Hill, 2000.
24. Flores Álvarez JC, Chulvi Alabort V. Climaterio y ejercicio físico: la experiencia de 6 centros de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria 1997; 20: 137-140.
25. Marín Torrens RM, Pastor Villalba E, Quiles Izquierdo J, Bueno Cañigral FJ. Programa de atención integral a la mujer climatérica en la Comunidad Valenciana. Evaluación preliminar. Matronas Profesión 2000; 2: 26-34.
26. Jiménez de Luque MP. Menopausia. Educación para la salud. Pamplona: Eunsa, 1995.
27. Gergen M. Talking about menopause: A dialogic analysis. En: Thomas L (ed.). Research an adulthood and aging: The human science approach. Albany State: University of New York Press, 1989.
28. Goberna Tricas J. ¿Qué es la menopausia? Hormonología, sintomatología física y aspectos psicosociales. ROL 1997; 230: 72-77.
29. Palacios S, Menéndez C. Guía de la menopausia. Madrid: Pirámide, 1998.
30. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales en ginecología y esterilidad. Madrid: Comunicación y servicio, 1994.
31. Wing RR, Matthews KA, Kuller LH, Meinlahn EN, Plantiga PL. Weight gain and the time of menopause. Arch Intern Med 1991; 151: 97-102.
32. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Libro Blanco de la Menopausia en España. Madrid: EMISA, 2000.
33. Aranda Lara P, Aranda Lara F. Hipertensión arterial en la mujer menopáusica. En: Cabero Roura A, ed. Postmenopausia y enfermedad vascular. Barcelona: Graf. Soler, 1998.
34. Institut Català de la Salut. Servei d'Atenció Primaria. Programa d'Atenció a la Dona. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1987.

Correspondencia
Josefina Goberna Tricas
Unidad Docente de Matronas de Cataluña
Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona
e-mail: jgoberna@bell.ub.es