

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia

Social and psychological aspects of climaterium and menopause

Dra. Dayana Couto Núñez y Dr.C. Danilo Nápoles Méndez

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

El climaterio y la menopausia adquieren mayor trascendencia con el transcurso del tiempo. Al respecto, el concepto de calidad de vida se ha ido convirtiendo en un aspecto importante cuando la mujer climatérica se presenta ante el especialista, en busca de un mayor bienestar posible. En la edad mediana, el organismo se torna más frágil como consecuencia de las variaciones fisiológicas naturales del climaterio y la repercusión del contexto social sobre la persona, cuya sobrecarga física y mental favorece la aparición de procesos que deterioran la salud femenina y hacen más crítico el cuadro sintomático en este período, todo lo cual puede agravarse si existen un trastorno psicogénico previo y algunos elementos desfavorables del medio circundante.

Palabras clave: mujer, climaterio, menopausia, edad mediana.

ABSTRACT

Climaterium and menopause acquire higher transcendancy with the passing of time. In this respect, the concept of life quality has been transforming into an important cuban aspect when the climateric woman visits the specialist, searching a wider possible well-being. In the mean age, their body becomes more fragile as a consequence of the natural physiologic variations of climaterium and the impact of the social context on the person, whose physical and mental overload favors the emergence of processes which deteriorate the female health and make more critical the symptomatic pattern in this period, all these can be worsened if a previous psychogenic disorder and some unfavorable elements of the surrounding environment exist.

Key words: woman, climaterium, menopause, median age.

INTRODUCCIÓN

Durante el ciclo de vida de la mujer se tienen en cuenta varias etapas del desarrollo, con el fin de definir el fenómeno de la madurez y el envejecimiento, el cual va desde la niñez, pasa por la juventud, la edad adulta, el climaterio y finalmente la senectud. Por tanto, el envejecimiento es un proceso continuo, dependiente de factores genéticos y ambientales, que tiene sus bases en las etapas previas de la vida, entre las cuales se encuentra inevitablemente el climaterio. El estudio de esta etapa supone adentrarse en una fase del desarrollo humano en la que se genera una importante transformación: el tránsito de la capacidad reproductiva a la carencia de esta, moldeada por factores personales, ambientales y culturales y en el que ocurre un evento fundamental: la menopausia.^{1,2}

El problema del climaterio y la menopausia adquiere mayor importancia con el transcurso del tiempo y el concepto de calidad de vida se ha ido convirtiendo en un elemento importante cuando la mujer climatérica se presenta ante el especialista, con el objetivo de que su vida tenga la mayor calidad posible. Esto fundamenta la necesidad de atenderla no solo como organismo biológico, sino también en armonía con su entorno cultural y social.³

El aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances terapéuticos a lo largo del siglo XXI ha determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcance el climaterio y que pasa al menos un tercio de su vida después de la menopausia. En esta etapa de la vida de la mujer es importante diferenciar qué síntomas y problemas de salud están asociados con el cese de la función estrogénica y cuáles no.⁴

La mujer, por su sexo, va a tener un "condicionamiento de género", histórico y económico, en el cual concommitan responsabilidades biológicas y sociales que pueden producir una sobrecarga física y mental que favorecen el curso de los procesos psicobiológicos hacia estados no saludables. En ese sentido, las mujeres asumen una doble jornada laboral cuando se incorporan al trabajo y, específicamente en Cuba, hoy día a la carga doméstica normal se agrega la adecuación de patrones de convivencia entre varias generaciones en un mismo hogar o vivienda.⁵⁻⁷

Por ello, la mujer sintomática no diagnosticada ni atendida forma parte de una población demandante en la atención médica, por lo que se hace necesario contar con una información actualizada, con recomendaciones basadas en la evidencia científica, que permitan atender las necesidades de la población femenina con calidad.

EDAD MEDIANA

Durante la edad mediana, la que se corresponde con mujeres entre 45 y 59 años, resulta difícil para ellas la asimilación del proceso de envejecimiento debido al temor a la pérdida de belleza, juventud y atractivo sexual, lo que ocasiona muchas veces la disminución de su autoestima y del valor social.^{8,9}

En la edad mediana, la población femenina mayor de 45 años, se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar; asimismo, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros, ahora convertidos en adultos mayores, así como de los nietos. Por otra parte, la doble jornada es más agresiva, hay recarga de las actividades domésticas, se incrementan las responsabilidades familiares y sociales y una inadecuada dinámica familiar recrudece la gravedad de los síntomas climatéricos. Todos estos factores, unidos a los cambios fisiológicos propios de la edad, generan una sobrecarga física y mental que favorece la aparición de procesos deteriorantes de la salud femenina y hace más críticos los síntomas en este período, todo lo cual puede agravarse si existe un fondo psicogénico alterado previamente y/o elementos desfavorables socioeconómicos y del entorno social.^{6,7}

En esta etapa la mujer se siente triste, irritable, deprimida, ansiosa, necesitada de apoyo y comprensión, en lo cual inciden los factores sociales relacionados con preocupaciones de índole económica y laboral.

Aunque tanto la mujer como el hombre se enfrentan a similares presiones, la primera experimenta susceptibilidades específicas asociadas con su organismo.⁸

Las características del sistema reproductor femenino conducen a que los procesos fisiológicos como la menstruación, el embarazo y el climaterio pueden tornarse elementos deteriorantes bajo condiciones adversas. Si se compara el entorno social de la adulta joven y de edad mediana, se puede observar que en la primera existe un estado biológico óptimo (EBO) que le permite asumir en mejores condiciones el trabajo y el cuidado de los hijos, los padres o suegros que son de edad mediana. La pareja, por lo general, es contemporánea en edad con EBO y, aunque resulta el centro de la actividad familiar, sus condiciones son más favorables que en etapas posteriores del ciclo de vida. Cuando se atraviesa la frontera de la edad mediana y la mujer se acerca a la quinta década de la vida, su estado biológico tiende a ser más lábil (EBL) debido a las variaciones fisiológicas del climaterio.⁹⁻¹¹

Dicha etapa de la vida exige una preocupación especial para la mujer que debe vivir plenamente de 30-35 años posteriores a la menopausia y no ser una simple espectadora de la vida; sin embargo, el mayor interés no consiste en alcanzar una mayor longevidad, sino que debe estar acompañada de bienestar físico, mental y social, o lo que es igual, calidad de vida.¹²⁻¹⁴

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Entre las hipótesis que tratan de explicar las alteraciones psicosociales del climaterio, está la que señala que el estrés psicosocial puede afectar los valores de los esteroides gonadales durante el climaterio y la menopausia e influir en el estado de ánimo. El tránsito por esta etapa dependerá, en parte, del valor que la cultura o el medio asignen a la fertilidad y la maternidad, así como a la belleza y juventud de la mujer. Así, las féminas de niveles socioeconómicos y culturales más bajos parecen tener más síntomas afectivos en la perimenopausia.¹⁵⁻¹⁷

Se plantea que los síntomas más frecuentes en la etapa climatérica son de origen psicológico y aunque esto no genera un problema de salud mental grave, puede disminuir la satisfacción personal e influir en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sexuales y laborales. Se ha encontrado que el aumento de los episodios de depresión mayor que ocurren en este momento están ligados a los cambios hormonales de la transición a la menopausia, es decir, concentraciones elevadas de hormonas foliculoestimulantes, más que a desencadenantes sociales o ambientales, aunque los cambios en factores valiosos del estilo de vida, asociados con la maternidad, la familia, la fertilidad o el rigor y el atractivo físico, pueden precipitar estados depresivos en mujeres predispuestas o vulnerables.^{18,19}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró que la depresión es una de las causas de salud que provoca mayor discapacidad y es la segunda causa de enfermedad en los EE.UU. Se calcula que aproximadamente 20 millones de americanos y 19 millones en la Comunidad Europea la padecen.

Los factores de riesgo para padecer una depresión en la edad adulta son 5 veces mayores cuando se ha presentado en la juventud. Cuando existe un segundo episodio, este riesgo aumenta en casi 50 %; en más de 2 episodios, en 70 % y en más de 3, en 90 %.

La depresión es más frecuente en la perimenopausia y en la posmenopausia, por los cambios hormonales y se ha asociado con los bochornos.^{3,17}

Depresión y menopausia

Aproximadamente 10 % de las mujeres en el climaterio atraviesan por una depresión, lo cual provoca que la mujer experimente sentimientos de desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional, disminución del apetito sexual (libido) y nerviosismo.¹⁵

Existen factores de riesgo que pueden causar los trastornos depresivos durante esta etapa, entre los cuales figuran: antecedentes de depresión, de disforia relacionada con anticonceptivos orales, de trastornos disfóricos premenstruales y de depresión posparto, así como síntomas vasomotores severos, mala calidad del sueño, perimenopausia prolongada (más de 2 años), menopausia quirúrgica (doble ooforectomía), disfunción tiroidea, bajo nivel educacional, pérdidas significativas y afecciones crónicas de salud.²⁰

Algunos autores²¹⁻²⁴ señalan que la disminución de las hormonas sexuales durante la menopausia, afecta el estado de ánimo y predispone a los trastornos depresivos; otros afirman que la menopausia natural, a diferencia de la quirúrgica, no aumenta el número ni la intensidad de los trastornos depresivos severos. Sin embargo, estudios realizados en Santiago de Cuba han mostrado que en la menopausia quirúrgica las alteraciones psicológicas son más severas por ser muy brusca; mientras que en la natural, los ovarios continúan produciendo andrógenos que son aromatizados a estrógenos.^{1,19}

La "teoría del dominó" plantea que los síntomas depresivos estarían causados por los fenómenos vasomotores, lo que causaría afectación del sueño con la consecuente fatiga, irritabilidad y disminución del rendimiento diurno. La mayoría de los autores coinciden en señalar que los sudores nocturnos desempeñan una función relevante en los síntomas climatéricos en general, particularmente, en la depresión, y le conceden un valor especial como predictivas de trastornos depresivos en la perimenopausia.¹⁵

Otros estudios han demostrado que la depresión en las mujeres climatéricas estaba significativamente influenciada por la ocupación, el estatus económico, la armonía matrimonial y la menopausia.^{16,25}

Parry²⁰ considera que las mujeres perimenopáusicas en particular, están en riesgo de padecer episodios de depresión mayor recurrentes o de reciente inicio. La depresión no tratada puede exacerbar la enfermedad cardíaca, la diabetes y la osteoporosis, así como contribuir con el aumento de riesgo de suicidio y con un curso más debilitante de la depresión que es más resistente a las intervenciones.

La declaración de Consenso de la Sociedad Norteamericana de Menopausia indica que es razonable prescribir terapia hormonal de reemplazo a mujeres sintomáticas en la perimenopausia y hasta 10 años después de la menopausia, puesto que los beneficios pueden superar los riesgos.

Irritabilidad

La irritabilidad es uno de los problemas del ánimo que con mayor frecuencia presentan las mujeres durante el climaterio y la menopausia y está presente hasta en 70 % de estas. Se plantea que 23 % de la irritabilidad se acompaña de síntomas depresivos y se manifiesta por enojo, tensión, comportamiento hostil, sensibilidad, intolerancia, frustración y por síntomas físicos, tales como: disforia, tristeza, vulnerabilidad y alteraciones en la autoestima. Es uno de los síntomas que más afecta a las mujeres en

sus actividades sociales.^{16,22}

Insomnio

El insomnio se define como la dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, presentar despertares nocturnos o tener sueños no reparadores en el último mes. Usualmente, de origen multifactorial, se ha correlacionado con alteraciones del estado físico y mental, así como reducción significativa en la calidad de vida y con pobre percepción de salud.²⁶

Se asocian con insomnio, despertar temprano con incapacidad de volverse a dormir (21 %), apnea del sueño, hipopnea y privación total del sueño.

Las mujeres posmenopáusicas tienen de 2,6 a 3,5 veces más problemas para dormir que las premenopáusicas. Existe una correlación muy alta entre los bochornos y los problemas en el sueño. Al respecto, un sueño no reparador e inadecuado tiene sus consecuencias, es decir, si la causa es la sudoración nocturna y los bochornos, se afecta el estado de alerta durante el día, hay menor actividad mental y, de hecho, disminuye la productividad, hay cansancio e irritabilidad, lo que puede afectar las relaciones familiares y sociales.^{1,2,16}

Autoestima

Esta constituye un marco de referencia para interpretar la realidad externa y las propias experiencias, las cuales influyen en el rendimiento, condicionan las expectativas y la motivación, así como también contribuyen a la salud y al equilibrio psíquico.²

Un estudioso del tema enfatiza así su importancia: "Díganme cómo juzga una persona su autoestima y les diré cómo actúa esa persona en el trabajo, en el amor, en el sexo, como madre, en cada aspecto importante de su existencia... y hasta dónde puede ascender en la vida. La reputación que nos forjamos ante nosotros mismos -nuestra autoestima- es el único factor de fundamental importancia para alcanzar la plenitud".²

Es obvio que aquellas mujeres que tienen una personalidad equilibrada, una autoestima adecuada, evidente satisfacción con su vida sexual, familiar y personal, experimentan un climaterio menos sintomático y asumen estos cambios positivamente. Efecto contrario se observa en las pacientes con disminución de la autoestima, quienes expresan con mayor severidad el síndrome climatérico, de manera tal que en la baja autoestima influye el deterioro de la imagen, el no logro de las metas trazadas y la realización personal disminuida.

En términos de relaciones de pareja, pueden presentarse variadas situaciones:

- Si la pareja es estable, pero la comunicación es inadecuada, la mujer siente disminuida su condición de "femineidad", con temor a la pérdida de la pareja o a no encontrarla cuando se carece de ella.

- En algunos casos el esposo (contemporáneo en edad) busca compañía en mujeres más jóvenes, lo que afecta la autoestima y la satisfacción personal de la mujer, la familia y el matrimonio.

Tal situación conduce a desequilibrios en la esfera psíquica, expresados fundamentalmente en síntomas como la depresión, la tristeza y la irritabilidad. Cuando la autoestima es adecuada, la mujer busca solución a estos problemas.

El no tener una autoestima positiva impide un adecuado crecimiento psicológico. Cuando se posee, actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Si es baja, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida. Mientras más sólida es la autoestima, mejor equipado se estará para poder enfrentar las pruebas que surgen en nuestra vida laboral, social y personal.

Disfunción sexual y menopausia

La menopausia representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo o la acentuación de los problemas relacionados con la sexualidad. Un número importante de mujeres manifiesta durante el climaterio una disfunción sexual femenina, la cual aumenta con la edad, es progresiva y altamente frecuente. Entre estas se destacan las alteraciones en el deseo/interés sexual, en la excitación sexual y en el orgasmo, además de la dispareunia y el vaginismo.

En las mujeres posmenopáusicas, las alteraciones de la sexualidad más frecuentemente encontradas son: disminución del deseo sexual, sequedad vaginal, dispareunia (molestias al coito) e hipoorgasmia.²⁷

Las disfunciones sexuales son probablemente la causa más frecuente de salud que tienen las mujeres en las clínicas de menopausia. Por ello, existe la hipótesis de que la disminución de estrógenos y andrógenos durante la menopausia natural o quirúrgica, puede ser la responsable de alterar la función sexual; sin embargo, se sabe que existen una serie de factores que también pueden afectar la función sexual, como son: el abandono de las relaciones sexuales, la edad, los problemas físicos o mentales, la salud deteriorada o la pérdida de la pareja y el empleo de algún medicamento que afecte la sexualidad. En fin, muchos problemas psicosociales que pueden afectar la vida sexual durante esta etapa.²⁸

Repercusión social

Basado en estudios antropológicos, se señala que el ser humano depende en todos los momentos de tres procesos de organización complementarios:

1. Un proceso biológico que envuelve la organización jerárquica de los sistemas vivos, orgánicos y de desarrollo fisiológico: soma
2. Un proceso psíquico que envuelve las experiencias individuales: psique
3. Un proceso ético-social que envuelve la organización cultural, ética y espiritual de las personas y la sociedad: ethos.

Estos tres procesos se conjugan en una visión del ciclo vital que conforman los procesos psicosexuales y psicosociales, enlazados de tal manera que permiten considerar a la persona como un sistema.^{29,30}

En cuanto a la percepción cultural y social, el proceso de la menopausia constituye, junto con la adolescencia, los dos hitos más significativos del desarrollo biológico de la vida de la mujer, dado que marcan el inicio y el fin de la función reproductiva; sin embargo, el tratamiento social es diferente, ya que mientras el segundo tiene la connotación de desarrollo y vitalidad, la menopausia, en el marco de la cultura occidental lleva implícita la idea de envejecimiento y pérdida de la funcionalidad.^{6,11,31}

En el plano social, la mujer climatérica de edad mediana, se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros (adultos mayores), así como de los nietos. La doble jornada es más agresiva cuando se exigen respuestas iguales a diez años precedentes, pero estas no son idénticas, puesto que aumentan las responsabilidades familiares y sociales.³²

En cuanto a la mujer trabajadora, está expuesta a sobrecargas laborales estresantes que se convierten en elementos deteriorantes de la salud, lo cual se expresa en síntomas más severos. Al mismo tiempo, se da la contradicción entre posición y condición, pues la mujer alcanza un determinado nivel educacional, pero no accede a los puestos de dirección que estima como un espacio necesario a ocupar, lo que contribuye a disminuir su autoestima y su satisfacción personal, a percibir con mayor severidad el síndrome climatérico. Cuando se acerca la edad de la jubilación, se siente menos competitiva en el espacio público, tanto desde el punto de vista físico como intelectual y aparece entonces el miedo a la inseguridad económica y a la soledad.^{5,6,8}

Se ha constatado que aquellos factores sociales que concurren en esta etapa de la vida y que están relacionados directamente con preocupaciones económicas, laborales o psicoconductuales, pueden potenciar sinérgicamente los síntomas psicológicos referidos durante el periodo climatérico.³³

La experiencia de la menopausia es distinta en cada mujer y lleva la impronta de las diferentes culturas. No todos los sentimientos vinculados con esta etapa son negativos, pues hay mujeres que expresan un completo bienestar relacionado con expectativas personales, sociolaborales y familiares cumplidas; asimismo, la satisfacción marital y el buen tratamiento durante la menopausia, aumentan la calidad de vida de la mujer en esta etapa.³⁴

La incorporación de la mujer al trabajo, su participación en el desarrollo económico del país y su rol directriz en el sostén y desarrollo de la familia, plantean que desde el punto de vista social y económico se debe asegurar la atención médica de la mujer climatérica de edad mediana, para que los cambios biológicos que se producen por la disminución en la producción de estrógenos en su organismo, no convierta esta etapa de transición en una enfermedad.^{4,5,35}

La OMS define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado a la sexualidad. Por ello, el mantenimiento de la calidad de vida es aspecto fundamental para una buena salud.³⁶⁻⁴⁰

CONCLUSIONES

La menopausia no es una enfermedad, simplemente es un evento significativo encuadrado en una etapa de la vida, influenciada por los contextos sociales y culturales; sin embargo, la representación mental que se tiene de esta y la valoración, ya sea positiva o negativa, depende del contexto social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. MEDISAN. 2012 [citado 5 Jun 2014]; 16 (8).
2. Casas JA, Couto Núñez D. Aspectos psicosociales más relevantes de la mujer de edad mediana. Santiago. 2003 [citado 5 Jun 2014]; (101).
3. Asociación Guatemalteca de Climaterio y Menopausia. Guía práctica de manejo de la mujer climatérica. REVCOG. 2009;14(1):24-31.
4. Guía de práctica clínica. Atención del climaterio y la menopausia. México: Secretaría de Salud; 2009
5. Santisteban Alba S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 [citado 5 Jun 2014]; 37(2).
6. Navarro D, Fontaine Y. Síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(2):169-76.
7. Navarro D, Duany A, Pérez T. Características clínicas y sociales de la mujer en la etapa climatérica. Rev Cubana Endocrinol. 1999;7(1):10-4.
8. Lugones M, Valdés S. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 27(1):16- 1.
9. Archer DF, Sturdee DW, Baber R, De Villiers TJ, Pines A, Freedman R, et al. Actualidad inmediata: bochornos y sudoraciones nocturnas en la menopausia ¿Dónde estamos ahora? (Parte I) [citado 5 Jun 2014].
10. Archer DF, Baber R, Barlow D, Birkhäuser MH, Brincat M, Cardozo L, et al. Recomendaciones actualizadas sobre terapia hormonal de la Pposmenopausia y estrategias preventivas para la salud de la mediana edad (Parte II) [citado 5 Jun 2014].
11. Artilles L, Navarro D. Género, categoría de impacto en la criticidad del síndrome climatérico. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;14(6):527-32.
12. Deeks AA, Gibson Helm M, Teede H, Vincent A. Premature menopause: a comprehensive understanding of psychosocial aspects. Climateric. 2011; 14(5):565-72.
13. Valdés Rodríguez Y, Otaño Fabelo Y, Peña Remigio A, Carreño Cuador J. Reflexiones sobre climaterio y menopausia. Rev Ciencias Med. 2005 [citado 5 Jun 2014]; 9(2).
14. Sturdee D, de Villiers T. Menopause redefined. Climateric. 2011;14:3-4.
15. Bochino S. Aspectos psiconeuroendocrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. Trastornos depresivos y cognitivos. Aspectos clínicos y terapéuticos. Rev Psiquiatr Urug. 2005;70(1):66-79.

16. Rondon MB. Aspectos sociales y emocionales del climaterio Evaluación y manejo Simposio de Climaterio y Menopausia. Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:99-107.
17. Estudio y tratamiento de mujeres en el climaterio y la posmenopausia Punto de vista de la Asociación Mexicana para el estudio del Climaterio en el año 2010. Ginecol Obstet Mex. 2010; 78(8):423-40.
18. Mann E, Ringer D, Pitkin J, Panay N, Hunter S. Psychosocial adjustment in women with premature menopause: a cross-sectional survey. Climateric. 2012 [citado 5 Jun 2014]; 15(5).
19. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Menopausia inducida quirúrgicamente. MEDISAN. 2012 [citado 5 Jun 2014]; 16(12).
20. Parry BL. Manejo óptimo de la depresión perimenopáusicas. Rev Climat. 2011 [citado 12 Abr 2014]; 15(85):26-36.
21. Nappi RE, Martini E, Terreno E, Albani F, Santamaria V, Tonani S, et al. Manejo del trastorno de deseo sexual hipoactivo en mujeres: tratamientos actuales y nuevos. Rev Climat. 2010 [citado 12 may 2014]; 14(79):20-30.
22. Nappi RE. New attitudes to sexuality in the menopause: clinical evaluation and diagnosis. Climateric. 2007; 10(suppl 2):105-8.
23. Hernández Valencia M, Córdova Pérez N, Basurto L, Sancedo R, Vargas C, Ruiz M, et al. Frecuencia de los síntomas del síndrome climaterio. Ginecol Obstet Mex. 2010; 78(4):232-37.
24. Yanes Calderón M, Chio Naranjo I. Intensidad del síndrome climatérico y su relación con algunos factores socioambientales. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009; 25(4):30-42.
25. Basavilvazo Rodríguez MA, Fuentes Morales S, Puella Támara ER, Torres Arreola LP, Orozco Vázquez G, Bedia Sánchez LM, et al. Guía de práctica clínica. Atención del climaterio y menopausia. Evidencias y recomendaciones. México: Secretaría de Salud; 2009.
26. Monterrosa-Castro A, Carriazo-Julio SM, Ulloque-Caamano L. Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en postmenopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el Caribe colombiano. Rev Colombiana Obstet Ginecol 2012; 63(1)
27. Jiménez Chacón MC, Enríquez Domínguez B, Puentes Rizo EM. Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36(2):160-72.
28. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Canarias: Gerencia de Servicios Sanitarios; 2009.
29. Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. Taller Nacional de Revisión y Actualización. La Habana: CIMEQ; 2006.

30. Lugones Botell M, Valdés Sánchez S, Pérez Piñero J. Climaterio, familia y sexualidad. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999; 15(2):134-49.
31. Anaya Gutiérrez A, Urrutia Soto MT, Cabieses Valdés B. Climaterio y posmenopausia Aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. *Ciencia y Enfermería.* 2006; (1): 19-27.
32. Gómez Martínez A, Mateos Ramos A, Lorenzo Díaz M, Simon Hernández M, García Núñez LI, Cutanda Carrión B. Representaciones socio-culturales sobre la menopausia. Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). *Index Enferm.* 2008 [citado 5 Jun 2014]; 17(3).
33. Heredia Hernández B, Lugones Botell M. Entorno familiar, laboral, manifestaciones clínicas y enfermedades crónicas en mujeres de edad mediana. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2009 [citado 5 Jun 2014]; 25(2).
34. López AF, Soares de Lorenzi DR, d'Andretta AC. Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la Menopausia Rating Scale (MRS). *Rev Chilena Obstet Ginecol.* 2010; 75(6): 375-82.
35. Aldana CE, Gómez LM, Morales CFA, Gaviño GF. Síntomas psicológicos en un grupo de mujeres en etapa del climaterio, antes y después de un proceso psicoterapéutico. *Ginecol Obstet Mex.* 2007; 75:268-76.
36. Palacios S. Calidad de vida en las mujeres posmenopáusicas. *Rev Iberoam Menop.* 2005; 7(1): 2-3.
37. Lugones M, Quintana T, Cruz Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención a nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000; 13(5): 494-503.
38. Pines A, Sturdee W, MacLennan AH. Quality of life and the role of menopausal hormone therapy. *Climateric.* 2012; 15(3): 213-6.
39. Nappi RE, Davis SR. The use of hormone therapy for the maintenance of urogynecological and sexual health post WHI. *Climateric.* 2012; 15(3): 267-74.
40. Yanikkerem E, Oruc Koltan S, Goker Tamay A, Dykayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of live. *Climateric.* 2012; 15(6): 552-62.

Recibido: 12 de septiembre de 2014.

Aprobado: 12 de septiembre de 2014.

Dayana Couto Núñez. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: dayana.couto@medired.scu.sld.cu