*Hablemos de menopausia**

Adriana Gómez

Cambio de vida, la edad crítica, la edad peligrosa, son sólo algunas de las formas con que se designa a la etapa de la menopausia. Pero es difícil reflejar en pocas palabras la profunda transformación que experimenta la mujer, tanto en el aspecto físico como en lo psicológico. ¿Cuándo se produce? No hay una edad fija para todas las mujeres. En algunas llega tempranamente, al principio de los 40 o aun antes (menopausia precoz). Otras dejan de menstruar bien pasados los 50. Pero la edad promedio en que acontece la última menstruación es entre los 48 y los 52 años. Cuando se realiza una histerectomía y se retiran también los ovarios junto con el útero, sobreviene una menopausia instantánea.

En la literatura médica se distinguen tres periodos: premenopausia, perimenopausia (cuando comenzamos a notar los cambios) y postmenopausia (después que los periodos menstruales han terminado). En total, transcurren alrededor de 20 años de la vida de la mujer, diez años antes del cese del ciclo y diez años después.

Como la tendencia a medicalizar la menopausia es muy fuerte, no es raro que se identifiquen "síntomas" propios de este periodo como si se tratara de una enfermedad. Sin embargo, hablar de signos es más correcto, y son tres los más característicos: cese de las menstruaciones, cambios vaginales y bochornos. Aunque de una mujer a otra hay grandes variaciones en la intensidad, frecuencia y momento en que aparecen, sólo uno se presenta en forma universal: la finalización de los ciclos menstruales. Los cambios en la regla comienzan a notarse mucho antes de la menopausia propiamente tal y es lo que primero advierte la mujer.

Cambios en el ciclo menstrual

Aunque tampoco hay modelos fijos en este aspecto, la gran mayoría de las mujeres experimenta alteraciones de su periodo antes del cese definitivo. En general, a partir de los 40 años se producen modificaciones en la extensión, volumen y frecuencia de la menstruación. No es raro que existan ciclos muy abundantes, que pasen dos o tres meses sin flujo menstrual o que por el contrario se extiendan durante semanas.

*Tomado de la *Revista de la Red de Salud* / Isis Internacional, número 1, 1993.

Cuando la hemorragia es severa y se repite con frecuencia puede darse el caso de que se recomiende como solución una histerectomía, intervención quirúrgica mayor donde se quita el útero, y en ocasiones también los ovarios. Esto conlleva importantes riesgos operatorios y consecuencias en el aspecto psicológico. Antes de aceptar este camino es preferible pedir una biopsia del tejido uterino para descartar la presencia de células cancerosas y postergar cualquier operación mayor hasta consultar varios especialistas. Si se detecta anemia a causa de la continua pérdida de sangre, es recomendable la ingestión de suplementos de hierro bajo supervisión médica.

La irregularidad de los periodos incrementa asimismo el riesgo de embarazo, que no siempre es deseado en esta etapa de la vida. Por esta razón, se recomienda adoptar precauciones anticonceptivas hasta que hayan pasado 24 meses después de la última regla.

Más que calor

Los bochornos son otro signo asociado con la menopausia. En algunos casos son accesos de calor moderados, en otros, provocan grandes molestias y una sensación de sofocación en quien los sufre. Muchas mujeres transpiran profusamente después del bochorno, empapando incluso toda su ropa. Este cuadro varía en intensidad, duración y frecuencia, aunque pareciera repetirse más en la noche provocando problemas para conciliar el sueño. Se supone que el ochenta por ciento de las mujeres experimenta este problema, pero sólo el diez por ciento de ellas manifiesta gran incomodidad o molestias.

No hay claridad en cuanto a su origen, pero se supone que al ocurrir los bochornos, los vasos sanguíneos se dilatan y contraen irregularmente, provocando el flujo sanguíneo hacia la piel y el aumento de la temperatura externa. El estrés, el exceso de alcohol y la dieta (cafeína, condi-



mentos, chile), han sido relacionados con una mayor frecuencia de este fenómeno.

Otros cambios que también han sido atribuidos a la menopausia son el debilitamiento de la visión, adelgazamiento y caída del pelo, problemas para conciliar el sueño, vellos faciales, encanecimiento, sobrepeso, problemas emocionales como accesos de llanto, inestabilidad, irritabilidad, disminución del deseo sexual, etcétera. Es difícil, sin embargo, asegurar que todas las mujeres menopáusicas presentan estos problemas. En algunos casos puede tratarse de síntomas de alguna enfermedad que no ha sido diagnosticada, de estilos de vida inadecuados o signos de envejecimiento.

Se ha llegado incluso a decir que en la menopausia las mujeres "se vuelven locas", mito que ha persistido en ciertos sectores durante muchos años. Pero lo cierto es que el problema mental en las mujeres es más frecuente en otras edades; la depresión, irritabilidad y la falta de concentración pueden ocurrir en la madurez cuando los niveles hormonales fluctúan, pero se trata de un fenómeno temporal y no generalizado y habitualmente se supera cuando el organismo se readapta. También puede contribuir a ello la actitud misma de la sociedad que permanece indiferente e incluso rechaza a quienes envejecen, desconociendo los roles que aún pueden desempeñar.

Otra prueba de la descalificación de que son objeto las mujeres maduras sucede en la consulta médica, cuando algunos doctores califican su sintomatología como el "síndrome de la vieja latosa", término musitado entre colegas mientras se acoge con desgano las quejas de la paciente.

Sí al deseo sexual

La disminución de la líbido, específicamente, puede tener múltiples causas, entre ellas, el dolor en el coito por la sequedad de la vagina. La baja hormonal produce el adelgazamiento de dichos tejidos de tal forma que es frecuente la irritación a raíz de la penetración, desarrollándose con mayor frecuencia infecciones diversas. La mujer puede requerir, entonces, de alguna crema lubricante y un mayor tiempo de preparación para el acto sexual. Esto implica una comunicación con la pareja en el plano afectivo que no siempre existe.

Pero no puede dejar de mencionarse tampoco el hecho de que la sociedad en general desconoce el derecho a la sexualidad de la mujer madura y le niega la posibilidad de expresarse en este aspecto. Como consecuencia, ella cuestiona y oculta sus deseos porque ha sobrepasado "cierta edad".

No obstante, libre del temor a nuevos embarazos y con mayor autonomía personal, la mujer debería encontrar en la menopausia nuevas y mejores alternativas para su expresión erótica. Su sexualidad le pertenece, tiene derecho al placer y al goce, y puede lograrlos como ella desee, con una pareja heterosexual, con alguien de su mismo sexo o sola. Para ello debe aprender a querer y respetar su propio cuerpo y reclamar su derecho al disfrute.

¿Más riesgos que ventajas?

Después de la menopausia el organismo de la mujer entra en un proceso de readaptación y todos estos signos o "síntomas" que parecen acompañar el proceso comienzan a ser superados. Se dice incluso que del diez al quince por ciento de las mujeres no siente ninguna alteración en su vida, aunque un porcentaje similar experimenta grandes molestias.

Lamentablemente, la conducta generalizada de los médicos ha sido considerar la menopausia como una enfermedad que requiere intervención especializada en todos los casos. La Terapia de Reemplazo de Estrógeno (TRE) ha sido el tratamiento más importante, y aunque ha beneficiado a muchas mujeres también ha puesto en

¿Cómo retardar el envejecimiento?

Si nos detenemos a observar las envolturas de cosméticos, geles y cremas reestructurantes nos daremos cuenta de que entre sus componente se encuentran principalmente el colágeno y la vitamina E. El efecto de estos productos consiste en retardar el envejecimiento.

Cuando un organismo envejece en realidad es el resultado del envejecimiento de todas y cada una de las células que lo constituyen. Esto se manifiesta de manera muy distinta en una célula nerviosa que en una célula epidérmica. Los cambios asociados al envejecimiento se asocian a la acumulación de los llamados radicales libres.

Los radicales libres son compuestos altamente reactivos que oxidan a las moléculas que forman a las células, dando como resultado su deterioro y, por consecuencia, una aproximación a su muerte. Las sustancias antioxidantes son aquellas que captan o transforman a los radicales libres, protegiendo a las células de sus efectos nocivos.

El colágeno es una proteína que forma parte del material en el que descansan las células y su estabilidad determina la elasticidad y resistencia de los tejidos. La presencia de compuestos oxidantes modifica a esta proteína y el tejido pierde consistencia. La vitamina C, que es un antioxidante, favorece la estabilidad del colágeno. De ahí que la adición de colágeno "nuevo" y su estabilización con vitamina C sea de gran utilidad para mejorar las condiciones de un tejido.

La vitamina E, por su parte, es un antioxidante que se ha puesto de moda sobre todo en aquellos que practican fisicoculturismo, *aerobics*, etcétera, y que acompañan el ejercicio con el consumo programado de vitaminas E, A y C (todas ellas antioxidantes). Aunque esto puede resultar exagerado, en realidad durante el trabajo muscular intenso el metabolismo se incrementa y genera gran cantidad de radicales libres o componentes oxidantes, por lo que suena lógico que quienes realizan sesiones de ejercicio prolongadas complementen su dieta con este tipo de vitaminas.

No sólo el ejercicio y el envejecimiento natural van acompañados de procesos de oxidación; la contaminación ambiental favorece la acumulación de ozono en la capa de aire cercana a la superficie terrestre, lo que representa una fuente generadora de radicales libres. De este modo, la alteración ecológica acelera el proceso de envejecimiento de los tejidos vivos. ♦

Esperanza García
(CUIB)

riesgo a muchas otras. El doctor Sidney Wolfe, autor del artículo "Estrogen, breast cancer, heart disease" (Estrógeno, cáncer de mama y enfermedad cardiaca), publicado en *A friend indeed*, señala que "la comercialización de la menopausia, un evento normal en la vida de todas las mujeres, por la promoción masiva de estrógenos conjugados [...] tiene el potencial de hacer más daño que beneficio".

Efectivamente, la epidemia de cáncer a la mama que ha afectado a la población femenina mayor de 50 años en Estados Unidos en las últimas décadas ha sido relacionada con el estrógeno. También se ha señalado que exacerba la tendencia a fibromas uterinos, incrementando el riesgo de histerectomías. Del mismo modo se ha mencionado el riesgo de cáncer al endometrio, aunque esto podría disminuir con los productos que combinan estrógeno y progesterona. Sin embargo los peligros de tomar progestín (progesterona sintética) son aún desconocidos.

Por otra parte, el organismo de la mujer es capaz de adaptarse a la declinación de la función ovárica y lo hace naturalmente en el curso de los años. Los ovarios continúan produciendo estrógeno, aunque en menor cantidad, y esto es especialmente cierto en la mujer que tiene un poco más de grasa en su cuerpo. Quien llega a la menopausia muy delgada puede tener más molestias. Tomar estrógenos, por lo tanto, interfiere con ese proceso de readaptación. Por último, ingerir hormonas puede producir deficiencias vitamínicas.

Otras dudas

La posible protección contra enfermedades cardiacas (una de las principales causas de muerte en las mujeres mayores) al tomar terapia de reemplazo hormonal, es algo que aún no está esclarecido. Algunos estudios (por ejemplo el realizado en enfermeras que usaban estrógeno, "Nurses Health Study") señalan que ayuda en la prevención de problemas cardiacos por su acción contra el colesterol, pero parece ser que la reducción del riesgo no es significativa. Otras investigaciones han señalado que al usar terapia combinada de estrógeno con progestín, tal ventaja desaparece. Otro estudio advirtió que el estrógeno en forma de píldoras anticonceptivas (estrógeno más protestágeno), fórmula utilizada por alrededor de un tercio de las mujeres que usan terapia hormonal en la menopausia, puede incluso determinar un incremento en el riesgo cardiovascular.

El artículo ya citado de Sidney Wolfe señala, por otra parte, que la evidencia de la prevención de las enfermedades cardiacas con el estrógeno es poco clara y que los riesgos de cáncer de mama y útero superan las ventajas de esa supuesta protección. Recomienda, por el contrario, un cambio en los estilos de vida —ejercicio, pérdida de peso, comer menos grasas y comidas ricas en colesterol, dejar el cigarro y vigilar la presión alta— para reducir en un noventa por ciento el riesgo cardiaco en mujeres menopáusicas, sin incrementar los peligros de desarrollar un cáncer a través del uso de estrógenos.

Por el contrario, la prevención y tratamiento de la osteoporosis parece estar directamente relacionada con la ingestión de estrógeno en la menopausia y en la postmenopausia. Se ha determinado una reducción del sesenta por ciento en la tasa de fractura a la cadera al tomar TRE, lo que es muy importante si se considera que a la edad de 90 años, 32 de cada 100 mujeres sufren fracturas de este tipo con una tasa de mortalidad de 12 a 20 por cada cien [Toronto Women's Health Network Newsletter, agosto-septiembre, 1992].

La osteoporosis, de alta frecuencia en la gente anciana, es la pérdida de densidad de los huesos. Éstos se vuelven tan frágiles que pueden fracturarse ante cualquier caída leve o movimiento habitual (tender camas, abrir puertas, caminar, etcétera). En muchos casos los resultados son la invalidez total o parcial. Diversos factores inciden en el desencadenamiento de esta enfermedad que tarda años en manifestarse: escasa ingesta de calcio en la dieta, problemas de absorción, desbalance hormonal, insuficiente exposición al sol, tabaco y alcohol, exceso de cafeína, fosfatos y otros aditivos, mucha proteína en la dieta, etcétera.

La incidencia de esta enfermedad es considerable. Sólo en Estados Unidos se calcula que existirían alrededor de 25 millones de adultos maduros con osteoporosis. Otras cifras señalan que el 26% de las mujeres iberoamericanas mayores de 45 y el 18% de los hombres sufren el padecimiento. En México se calcula que existen 3.6 millones de personas afectadas (hombres y mujeres). Brasil, Argentina y Chile también tienen altas cifras de la enfermedad.

Los estudios e investigaciones realizados hasta ahora sobre la terapia de hormonas no han arrojado resultados definitivos. El National Institute of Health (Instituto Nacional de Salud) de Estados Unidos próximamente entregará conclusiones de un estudio de tres años sobre la toxicidad y riesgos a corto plazo de dichos tratamientos. Posteriormente se iniciará una extensa y exhaustiva investigación de 14 años —un proyecto llamado Women's Health Initiative (Iniciativa por la salud de la mujer)— que comprenderá el seguimiento de 150 mil mujeres y que explorará lo que realmente sucede en el último tercio de sus vidas. Entre otras cosas, se

analizará la incidencia y factores desencadenantes de diversas enfermedades que afectan a la mujer menopáusica (ataque al corazón, embolias, cáncer y osteoporosis). También se estudiarán los efectos psicológicos.

Lo que queda claro es que la utilización de la TRE no puede ser descartada *a priori*, pues puede ayudar a muchas mujeres a tener una mejor calidad de vida, pero tampoco puede ser recetada sin tomar en cuenta las condiciones de salud de cada persona, su historial clínico, los riesgos a que puede estar expuesta y los beneficios, y sobre todo, su decisión personal.

Nuestras alternativas

La menopausia en forma natural es el principal mensaje de las mujeres y las médicas que creen que las terapias alternativas bien pueden ayudar a sobrellevar las molestias de este periodo sin recurrir a tratamientos con drogas.

La doctora Sadja Greenwood, autora de *Menopause, naturally*, señala que la relajación es un buen instrumento de sanación en esta etapa de la vida. Ayuda a recobrar la calma después de episodios de tensión y mantiene el balance interior. Existen diferentes métodos: meditación, oraciones silenciosas, respiración yoga, baños tibios.

El ejercicio regular, combinado con una dieta equilibrada baja en grasas y rica en fibras, tiene un efecto directo en el mejoramiento de la función cardiaca y también ayuda a la prevención de la osteoporosis. Como en la menopausia existe una tendencia a subir de peso, esto también puede ser controlado con un programa de ejercicios y alimentos seleccionados. Tabaco, exceso de alcohol, comidas ricas en grasas, estrés, son factores que deben ser desterrados.

Las vitaminas y minerales son, por otra parte, buenas alternativas a los medicamentos. Según el folleto *La menopausia*, editado por el Instituto de la Mujer de España, existen recomendaciones para cada molestia específica:

Para la depresión, cansancio, irritabilidad

- Vitamina B6 (pan integral, levadura, nueces, germen de trigo, carne y salvado)

Para la osteoporosis

- Calcio (leche y yogur, queso, pescado, huevos, pan integral y blanco, frutos secos, naranjas, verduras y hortalizas)
- Vitamina D (mantequilla, aceite de hígado de bacalao, yema de huevo)

Para los bochornos

- Vitamina E (mantequilla, aceite de trigo, huevo, soya, cacahuate, coco)
- Infusiones de romero y hojas de ruda

Para los sudores nocturnos

- Infusiones de salvia

Para el insomnio

- Infusiones de tila, hojas de naranjo, manzanilla, lavanda, azahar, valeriana, melisa y menta

Para la depresión

- Infusiones de melisa, verbena, extracto de gingseng, valeriana, romero, lúpulo y hojas de ruda

Y nada mejor que los grupos de apoyo y las conversaciones entre mujeres para comprender que la menopausia es de todas. Las alternativas son muchas y las expectativas mejores. ♦