

7. Feldman J.M. Postlethwaite R. W. Hot Flashes and sweats in men with testicular insufficiency arch internal Medicine 1976; 136: 606-608.
8. Palacios S. Climaterios y menopausias. Fascículo 2. De. Grefol-Madrid. 1993.
9. Menopausia. Segundo Simposio Nacional. Santiago de Cali. Mayo 7-9 de 1993.
10. Arcila J. L. Trastornos urológicos en la menopausia. Primer

Simposio Nacional de Menopausia. Medellín. Imprenta U. De Antioquia 1992; 53-61.

11. Master Y Johnson. La función sexual Humana. 1966.
12. Kaplan H. La Nueva Terapia Sexual.
13. Giraldo O. Explorando las sexualidades humanas. Desarrollo sicossexual. De. Trillas. México 1988'111-140.
14. Kolodny R. C. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Editores. Barcelo 1985.

VIDA SEDENTARIA Y SUS PELIGROS. PAPEL DEL EJERCICIO EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD DURANTE LA MENOPAUSIA

Domingo Caraballo Gracia, MD

Profesor titular de Fisiología

Miembro del Programa de Rehabilitación Cardíaca

Universidad de Antioquía. Hospital San Vicente de Paúl

A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son una importante causa prematura de morbilidad y mortalidad que deberían evitarse por su alto costo humano y económico.

En los Estados Unidos, más de 1 de cada 5 personas tiene enfermedad cardiovascular. A pesar de la disminución de la tasa de mortalidad debido a esta patología observada desde 1950, 43% de todas las muertes se atribuyen a enfermedad cardiovascular¹.

Antes de los 60 años de edad, solamente una de cada 17 mujeres en los Estados Unidos han tenido un evento coronario, comparado con uno de cada 5 hombres. Sin embargo, después de los 60 años, 1 de cada 4 mujeres así como 1 de cada 4 hombres, muere por enfermedad coronaria, constituyendo ésta la principal causa de muerte en este grupo de mujeres².

Puesto que algunos factores de riesgo coronario no son modificables (edad, historia familiar, sexo y anomalías congénitas de vasos coronarios), la mayoría de los esfuerzos primarios se han centrado en corregir los principales factores de riesgo modificables (hábito de fumar, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, vida sedentaria). También se ha estudiado la modificación de otros factores de riesgo como son la obesidad, la diabetes y el stress. Recientemente se ha centrado la atención en los posibles beneficios de la terapia estrogénica en la mujer postmenopáusica, y en la profilaxis con bajas dosis de aspirina en personas aparentemente sanas.

El ejercicio físico es una parte importante de programas destinados no sólo a mantener buen estado de salud sino que también se utiliza en la recuperación de pacientes coronarios y prevención de la recurrencia de esta enfermedad.

Varios estudios prospectivos han demostrado, que mantener un estilo de vida físicamente activo, está asociado con una reducción sustancial en la incidencia de enfermedad coronaria siempre y cuando la actividad física se realice en for-

ma adecuada. Sin embargo, cuando el ejercicio se realiza en forma inadecuada, sin previa evaluación ni supervisión médica, éste puede llegar a provocar en algunas personas muerte súbita de origen coronario.

A pesar de que trabajos recientes informan el incremento en la realización de actividad física en la población norteamericana, se ha estimado que el 60% de los adultos son sedentarios.

La reducción estimada en el riesgo de presentar un infarto del miocardio manteniendo una vida físicamente activa, comparada con una vida sedentaria, oscila entre un 35%-55%. Si comparamos esta reducción estimada de riesgo de infarto de miocardio, con otros factores de riesgo observamos:

Reducción estimada de riesgo de infarto del miocardio al:

1. Realizar ejercicio: 35% - 55%
2. Dejar de fumar: 50% - 70%
3. Controlar el colesterol total: 2%-3% por cada 1% de reducción del colesterol sérico.
4. Controlar la hipertensión arterial: 2%-3% por la disminución de cada 1 mm Hg en la presión diastólica.
5. Controlar la obesidad: 35% - 55%
6. Hacer reemplazo estrogénico en mujeres post menopáusicas: 44%
7. Uso profiláctico de aspirina: 33%³.

Se ha establecido una relación inversa entre actividad física y la enfermedad coronaria. La Asociación Americana de Cardiología ha reconocido el sedentarismo como un factor de riesgo para enfermedad coronaria^{4,5}.

La realización de un programa de ejercicio dinámico o isotónico en forma regular, incrementa la capacidad funcional del paciente y juega un papel fundamental en la prevención

primaria y secundaria de enfermedad cardiovascular, mientras no se conoce que la realización de ejercicio estático o isométrico disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular⁶.

En el College Alumni Study se observó una disminución de riesgo de enfermedad coronaria al realizar actividad física en la cual el consumo energético fue tan bajo como de 500 kilocalorías/semana. Este riesgo disminuyó más cuando el consumo energético fue mayor de 2.000 kilocalorías/semana. En este estudio quienes eran inicialmente sedentarios, posteriormente iniciaron un programa de actividad física, demostraron una disminución significativa de riesgo cardiovascular, comparada con aquellos que permanecieron sedentarios. Más aún, un alto nivel de estado físico detectado mediante una prueba de esfuerzo, se ha asociado con una disminución significativa de mortalidad cardiovascular.

Aún cuando el nivel óptimo de ejercicio dinámico para alcanzar una mejoría del sistema cardiovascular no ha sido definido en forma precisa, los resultados de este estudio sugieren que la actividad física debe ser consistente y de por vida. Además, niveles moderados de ejercicio y condicionamiento físico, parece ser que protegen contra una mortalidad temprana.

El mecanismo exacto para disminuir la morbilidad y mortalidad mediante la realización de ejercicio dinámico es incierto. Sin embargo, se han observado cambios favorables asociados con la realización de ejercicio dinámico los cuales pueden ayudar a la prevención primaria y secundaria de enfermedad coronaria, tales como: disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, lo cual ocasiona a su vez una disminución en las demandas miocárdicas de oxígeno; disminución de la obesidad; aumento de las HDL; disminución de la agregabilidad plaquetaria y aumento de la actividad fibrinolítica en respuesta a un estímulo trombótico; aumento de la sensibilidad a la insulina; alteración en la función de los basoreceptores lo cual puede resultar en una disminución a la susceptibilidad de arritmias ventriculares. En animales de experimentación también se ha demostrado aumento del tamaño de los vasos coronarios, aumento de la circulación colateral coronaria y disminución de vasoespasmo coronario después de un programa de entrenamiento físico.

El ejercicio físico puede tener también un efecto sobre el estilo de vida, ayudando a cambios en el hábito de fumar y en la dieta, lo cual puede tener efectos benéficos en la obesidad, la hipercolesterolemia, la diabetes y la hipertensión arterial,^{1,7,8}.

Estudios epidemiológicos realizados en mujeres, indican que aquellas físicamente activas tienen entre un 60%-75% menor riesgo de enfermedad coronaria que las sedentarias.

En el climaterio el cual incluye las fases premenopáusicas, menopáusica y postmenopáusica, las principales causas de morbilidad y mortalidad son las enfermedades cardiovasculares. Con base en las razones mencionadas anteriormente, es lógico pensar que el mejor tipo de ejercicio físico para lograr la prevención primaria o secundaria de enfermedad cardiovascular en esta población es el dinámico, como es el caminar o pedalear en un cicloergómetro.

Cada sesión de ejercicio debe tener una duración aproximada de 30 minutos, repartidos en 3 períodos: 5 minutos de calentamiento, 20 minutos de acondicionamiento y 5 minutos de enfriamiento.

La frecuencia de sesiones de ejercicio puede variar un poco, pero experiencias a partir de programas grandes informan que una frecuencia de 3 veces por semana es la mínima que puede esperarse que genere un incremento en la capacidad funcional. Aún cuando el ejercicio diario no es peligroso, se recomienda siempre descansar uno o dos días a la semana para evitar fatiga.

Es necesario dar instrucciones a las personas sobre la intensidad del ejercicio recomendada. La fuente más común de confusión es entre la intensidad de ejercicio y la cantidad del mismo. Mientras que la intensidad de ejercicio se refiere a si el ejercicio es moderado como es la caminata o vigoroso como es el trote, la cantidad de ejercicio se refiere al aumento total de calorías quemadas (unas 100 calorías/milla o 62,15 calorías/km). Los mejores datos disponibles sugieren que la cantidad de actividad tiene mayor importancia en la conservación de la salud que la intensidad. Por ende, independientemente de si se camina o se trota 20 millas (32,180 km), las 2.000 calorías de actividad parecen conferir los mismos beneficios. No hay pruebas de que duraciones más prolongadas sean peligrosas en tanto la intensidad permanezca moderada. Por otro lado, las complicaciones se hacen más frecuentes conforme aumenta la intensidad del ejercicio.

También es conveniente tener en cuenta estas otras pautas para realizar un programa de ejercicio:

- * Solo haga ejercicio cuando se sienta bien.
- * No haga ejercicio poco después de comer.
- * Use ropa y calzado adecuado.
- * Conozca su ritmo. El ejercicio es individual.
- * No olvide las fases de calentamiento, acondicionamiento y enfriamiento.

Suspenda el programa de ejercicio y hable con su médico en caso de presentar: dolor precordial; dificultad respiratoria; dolor; inflamación o rigidez de articulaciones o espalda.

* Si tiene cualesquiera de los siguientes signos o síntomas, puede estar realizando ejercicio demasiado fuerte. Disminuya la intensidad del entrenamiento o tome un día de descanso adicional o ambos, incapacidad para conversar durante el ejercicio, desmayo después del ejercicio, fatiga durante el resto del día, insomnio, dolor muscular o articular⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balagry Gary y colaboradores. Cardiac Rehabilitations Programs. A Statement for Healthcare Professionals From the American heart Association. Circulation. 1994; 90: 1602-1610.
2. Rich-Edwards J.W y colaboradores. The primary prevention of coronary heart disease in women. N Engl J Med 1995. 332: 1758-1766.
3. Mnason J.E. y colaboradores. The primary Prevention of Myocardial Infarction. N Engl J Med 1992; 326: 1406-1416.
4. Lakka timo y colaboradores. Relation of Leisure. Time Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness To The Risk of Acute Myocardial Infarction in Men. N Engl J Med 1994; 330: 1549-1554.
5. Blair Steven y colaboradores. Physical Inactivity Workshop V. Circulation. 1993; 88: 1402-1404.
6. Fletcher G.F. y colaboradores. Statement on Exercise. Benefits and Recommendations for Physical Activity Programs for All americans. Circulation. July 1992; Vol 86, No. 1, p. 340-344.
7. Ward Ann y colaboradores. Exercise and Exercise Intervention. Chapter 10. Prevention of Coronary Heart disease. Book Edited by Ira Ockenne and Judith Ockenne. Little, Brown and Company. Boston 1992.
8. Hartley L..H. Exercise for the Cardiac Patient. Long-Term Maintenance Phase. Cardiology Clinics. Exercise Testing and Cardiac Rehabilitation. Volumen 11. Number 2. May 1993. pp: 277-284.

INTERRELACIONES FAMILIARES DURANTE LA MENOPAUSIA DE LA MUJER

Rosa Ofelia Álvarez de S.

Médica Cirujana. Universidad de Antioquía.

Especialista en Familia. Universidad Pontificia Bolivariana.

Cuando la mujer llega a la quinta década de la vida se aproxima al período de la menopausia, momento vital que obliga a mirarlo no sólo desde el punto de vista personal (físico y síquico) sino desde el proceso de la dinámica familiar y social.

Es necesario analizar cómo se relaciona la mujer consigo misma, valorar su potencial intelectual, emocional, afectivo y su responsabilidad laboral, su seguridad social, la recreación, como también la vida social.

Desde el punto de vista personal hay un cambio importante en su funcionamiento orgánico, los ovarios dejan de producir las hormonas propias del período reproductivo tal como los estrógenos y la progesterona, lo que induce el cese definitivo de la menstruación y la esterilidad definitiva, exceptuando la producida por la reproducción asistida. Este déficit hormonal produce cambios a nivel de casi todo el organismo, debido a que son sustancias importantes mediadoras o facilitadoras en el metabolismo cerebral, sistema cardiovascular, lípidos, aparato genitourinario, digestivo, piel y mucosas, distribución de la grasa.

El tema de la mujer en menopausia ha adquirido mucha importancia debido a que la expectativa de vida de la mujer a partir de esta época alcanza aproximadamente de 25 a 30 años, tiempo que corresponde a una tercera parte, y en algunos casos puede llegar a ser la mitad de su vida, en ausencia de toda actividad ovárica. Más aún en la población general mayor de 50 años se encuentra morbilidad, así como aproxi-

madamente 2/3 partes de ellos presentan alguna enfermedad crónica tal como artritis, diabetes, enfermedad cardiovascular, pulmonar de las cuales la mujer no está exenta; enfermedades que exigen un mayor acompañamiento por los seres que se encuentran a su alrededor.

En Colombia sólo un 15% de la población mayor de 60 años tiene algún tipo de seguridad social, situación que crea una gran incertidumbre por el futuro económico, el cuidado de la salud y el manejo de las enfermedades en la vejez.

En la familia es necesario analizar su organización, estabilidad económica y emocional, sus interrelaciones, afinidades, grado de respeto de cada uno de sus miembros, la solidaridad y apoyo que se brindan en las dificultades, o por el contrario los estados disfuncionales que obligan a la familia a establecer nuevos replanteamientos en los estados de crisis que en ocasiones generan un porcentaje alto de separaciones.

¿Qué está sucediendo en la familia cuando la mujer llega al climaterio o mitad de su vida?

I. Al mirar la RELACIÓN PAREJA, se puede apreciar como muchas parejas han madurado, se han fortalecido y han construido a través del tiempo una relación armónica y placentera, con la participación y el compromiso de ambos. El hombre al igual que la mujer también presenta cambios significativos en este momento vital a nivel de la salud, situación laboral y económica que no sólo lo afecten a él, sino a su pareja, a su interrelación y a su familia.

El tiempo que pasan como pareja es mucho mayor que lo que ocurría en otras épocas, como consecuencia de varios factores: mayor expectativa de vida de ambos, demora para tener el primer hijo, número escaso de hijos, disminución en la natalidad, lo que da como resultado que la pareja tenga un menor tiempo ejerciendo la función de padres.

Tanto el hombre como la mujer, durante esta época hacen balance de lo realizado en la vida, en forma implícita o explícita, miran los logros y las frustraciones, y si el resultado es positivo se fortalece la integridad de la pareja y se aumenta la confianza para emprender nuevas etapas; sin embargo, cuando es negativo se tiene la posibilidad de hacer los cambios necesarios para mejorar y poder así obtener gratificación en los años venideros, lo que exigiría un mayor esfuerzo personal, y poder dar un sentido a la vida, o en caso contrario muchas parejas optan por separarse.

Cuando la mujer y su pareja laboran fuera de la casa, al llegar a este período, se encuentran próximos o ya se han jubilado, lo que exige elaborar una serie de ajustes tanto a nivel individual como en la relación de pareja, y en su vida familiar. En esta época se dispone de un mayor tiempo libre que es necesario utilizar en forma adecuada y creativa, para que redunde en una mayor satisfacción, tiempo que puede ser utilizado individualmente o en pareja, lo que permita autonomía y libertad u optar por una compañía gratificante.

Para aquellas mujeres que han trabajado en su casa al cuidado de los hijos, también entran en un período que podríamos llamar de jubilación, pues éstos ya no necesitan el tiempo y la dedicación de otros años, han crecido y muchos se han ido de la casa para construir su propio mundo.

Otro cambio que se presenta en este período es el aumento en el número de separaciones y divorcios, en aquellas parejas quienes no han logrado hacer las negociaciones y acuerdos necesarios para fortalecer su relación, y no han encontrado espacios suficientes que les permitan una construcción satisfactoria y armónica de su vida de pareja, en un momento en que se encuentran solos sin la presencia de los hijos, pues han dedicado todo su tiempo en cumplir con la función parental, exclusivamente, y descuidando la relación de pareja. Ahora cuando los hijos se van, la pareja se encuentra como dos extraños, sin nada en común que los una, es por ello que algunas deciden separarse.

El poder hacer una relación de pareja sea una experiencia placentera y se fortalezca a través del tiempo es un compromiso y una responsabilidad de ambos.

La viudez, que generalmente le corresponde enfrentar a la mujer, como consecuencia de la mayor expectativa de vida en ella, y debido al alto índice de violencia es nuestro medio en donde mueren más hombres. Esto, junto con las separaciones, el divorcio y el aumento del madresolterismo llevan a la mujer a ser cabeza de hogar, por lo tanto se aumenta el número de familias con menores ingresos, producto en parte de la menor preparación intelectual y la baja remuneración económica que aún se presenta para la mujer en nuestro medio, desventaja económica comparada con las familias en donde ambos padres están presentes, situación que genera alta

inestabilidad y crisis, lo que obliga a la familia a reacomodar sus roles para poder adaptarse y salir airoso de este trance.

A nivel de la sexualidad se puede ver cómo van cambiando los conceptos culturales que limitaban este ejercicio en la mujer madura, la sociedad había establecido que la sexualidad tenía una función reproductiva, cuando en este período se pierde esta función no había razón para continuar ejerciéndola, pero se olvidaban del papel tan importante que tiene la sexualidad a nivel del placer, de la gratificación personal y de la autoestima.

Se ha descrito que algunas mujeres durante esta etapa incrementa el deseo sexual, pues disponen de mayor tiempo libre, no tiene el temor de nuevos embarazos, ni la presencia permanente de los hijos, lo que posibilita un aumento en la libido, que unido a una adecuada y gratificante relación de pareja y facilitada por la terapia de sustitución hormonal, permitiría un ejercicio de la sexualidad muy placentera y con mayor acercamiento de la pareja, siendo lo más importante para el ejercicio de la sexualidad el bienestar personal acompañado de una vida en pareja gratificante.

Las dificultades de tipo orgánico producidas por el hipoposterogenismo en la mujer y la disfunción eréctil en el hombre pueden ser manejadas médicamente.

2. Al observar la RELACIÓN PADRES-HIJOS durante este período se puede apreciar como la mayoría de los hijos están en la adolescencia, o saliendo del hogar bien sea para prestar el servicio militar, estudiar en otros lugares o conformar nuevas familias, y ocasionalmente vivir independientemente; el tener una adecuada relación de pareja facilita el crecimiento y la salud de los hijos.

La mujer vive en promedio, como madre, 55 años de su vida; y 2/3 partes del tiempo viven padres e hijos juntos como adultos, estas nuevas adaptaciones producen un cambio radical en la relación parento-filial puesto que padres e hijos tienen una relación más fraternal, más como amigos, que la relación filial como sucedía en el pasado.

Los hijos de las familias uniparentales, hoy en aumento, generalmente tienen un menor nivel educativo que los que viven con ambos padres.

3. La FAMILIA EXTENSA se aumenta con la llegada de nuevos miembros: yernos, nueras y nietos, producto de la conformación de nuevas familias. En este momento los hijos al asumir su papel de esposos necesitan trabajar para poder satisfacer las necesidades básicas, es menor por lo tanto el tiempo que dedican a la crianza de los hijos y en muchos casos es necesario que los abuelos (la mujer en menopausia y su compañero), los apoyen, acompañen y se conviertan en verdaderos recursos naturales para las nuevas familias, por lo tanto es necesario negociar las funciones, definir clara y abiertamente los límites tanto para sus hijos como para los nuevos miembros para así disminuir las posibles fuentes de conflicto.

Los padres de la pareja y a su vez abuelos de sus hijos, son fuente importante de la transmisión de la cultura, ofrecen a su nietos un amor incondicional, experiencia que aumenta la autoestima y el sentido positivo de la vida, pues sus padres disponen de poco tiempo para ello. Los abuelos que aún viven generalmente están ya muy viejos y algunos muy enfermos,

con incapacidades físicas y mentales, con pocos o ningún recurso económico, por lo tanto exige de la familia ser fuente de afecto y apoyo.

Actualmente se empieza a ver cada vez más a estos abuelos siendo parte de familias multigeneracionales, por lo que es necesario redefinir espacios y roles para lograr la armonía necesaria en sus últimos años, bien sea que vivan dentro o fuera de la familia extensa.

Por último, los amigos de la pareja durante esta época, comparten los mismo riesgos y dificultades, son seres queridos irremplazables, que les permiten mantener una vida social activa; algunos de los amigos han muerto, por lo tanto la pareja necesita encontrar nuevas amistades, con el fin de

evitar largos períodos de soledad y aislamiento que los llevan a estados depresivos.

Para concluir, se aprecia cómo la menopausia sorprende a la mujer en plena capacidad física y mental, con un cúmulo de experiencia y conocimientos adquiridos a lo largo de su vida y por lo tanto con un potencial invaluable para la sociedad. Es por ello que se debe mirar a la mujer en menopausia no sólo desde el punto de vista biológico exclusivamente, sino en una forma integral que permita conocer todas las situaciones de cambio y crisis y así poder darles un manejo adecuado que redunde en una actitud positiva hacia la vida y una mayor proyección familiar y social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez de S., R. O. La pareja y la familia en la plenitud de la vida. En: Resúmenes del 1er Simposio Internacional y V Colombiano de Menopausia. Santafé de Bogotá. Julio 28 al 30 de 1995. Publicado por Laboratorios Wyeth Inc. p. 20-25.
2. Álvarez de S., R. O. El proceso de la familia en torno a la menopausia de la mujer. En: Supl. Rev. Colomb. Obstet. Y ginecol. 1994; 45(4): 41-45.
3. Angel A. F. Oquendo, A. et al. Familia y Ecología Humana. Una invitación a mirar la familia con nuevos ojos. Centro de Familia. Ed. Universidad Pontificia Bolivariana. 1a. Edición. 1994; 27-115.
4. Bachmann, Gloria A. Sexual function in the perimenopause. Perimenopausal health care. En: Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 1993; 20(2): 379.
5. Cadavid de G., I., Oquendo M., A. La familia humana. Un marco conceptual para el trabajo educativo preventivo con familias desde el enfoque sistémico. Tesis de grado. Facultad de Trabajo social. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. 1987; 103.
6. Echeverry A., L. Familia y Vejez. Realidad y perspectivas en Colombia. Tercer Mundo Editores. Santafé de Bogotá. Colombia. Junio 1994; 174.
7. Echeverry A., L. Tendencias o rupturas de la familia colombiana. Una mirada retrospectiva y prospectiva. 29 P. En: Congreso latinoamericano de familia siglo XXI. Medellín. Abril 19-22 de 1994.
8. Florenzano U., R. Valdés C, Macarena. Cambios en el ciclo vital de las familias, ¿Qué consecuencias tendrán en los jóvenes del siglo XXI? En: Memorias del Congreso Latinoamericano de Familia siglo XXI. Hacia la construcción de una vida cotidiana diferente. 19-22 abril de 1994. Medellín 351-391.
9. Iddendenden, D.A.. Sexualidad durante la menopausia. En : Clínicas Médicas de Norteamérica. España, Ed. Interamericana. 1987; 71(1): 83-88.
10. López de E, O. L. Comunicación humana en la familia. Ed. FUNLAM. 2a. Edición. 1994: 78.
11. López de E, O.L. Acercamiento histórico y teórico a la familia . De. FUNLAM. 2a. Edición. 1994; 138.
12. Ravnkar, V.A.. Diet, Exercise, and lifestyle in preparation for menopause. Perimenopausal health care. En: Obstetrics and Gynecology Clinics of North América. 1993; 20(2): 365-378.
13. Sánchez, C.D. el envejecimiento de la familia: Perspectivas futuras. En: Memorias del Congreso Latinoamericano de Familia siglo XXI. Hacia la construcción de una vida cotidiana diferente. 19-22 abril de 1994. Medellín. p 393-409.
14. Satir, V. Relaciones Humanas en el núcleo familiar. De. PAX. Méjico. 1987; 299.