VIVIR CON PLENITUD Y CALIDAD EN LA MADUREZ DE LA VIDA

Fabio Sánchez Escobar. Especialista en Ginecología y Ginecología Endocrina.
Profesor Titular Ad-honorem. Universidad de Antioquia.
Rosa Ofelia Alvarez de S.Médica Cirujana. Especialista en Familia

En el presente siglo sucediendo una serie de hechos y adelantos en la medicina y principalmente en el campo de la protección de la salud, la tecnología y en el medio ambiente, lo que ha permitido el aumento en la expectativa de vida, es así como en los países industrializados alcanza a los 80 años y en los en vía de desarrollo de 70; ese aumento en los últimos 100 años, equivale a la mitad de los años obtenidos hasta 1900 cuando el promedio de vida era sólo 40 a 45 años. Incremento que ha sido universal, por lo que ha incidido en modificaciones en la pirámide poblacional, aumentando no sólo el número de personas adultas sino principalmente en el climaterio y en la ancianidad en ambos sexos.

Ha habido un cambio dramático en la población mundial, es así como para 1950 habían 2.518 millones de habitantes; 50 años después, año 2000, se espera un aumento 2,5 veces: 6.261 millones; y en 100 años, en el año 2050, el incremento será de 4 veces: 10.019 millones1. Tabla 1.

Tabla 1. Crecimiento de la población mundial y su proyección futura.

En millones de habitantes

1.950	2.518
2.000	6.261
2.025	8.504
2.050	10.019
2.150	11.000

Para 1995 se tenía una población mundial de 5.700 millones de habitantes de los cuales 2.800 corresponde a mujeres y la mitad de ellas, 1.400 millones corresponde a mujeres y la mitad de ellas, 1.400 millones son mayores de 49 años. En Latinoamérica para 1989 la población de mujeres mayores de 50 años era de 29'200.000.

No sólo ha habido un incremento en la población mundial sino que el porcentaje de personas mayores de 65 años va en aumento, es así como para el año de 1990 se tuvieron los siguientes datos para los diferentes países industrializados: Tabla 2.

Tabla 2. Porcentaje de personas mayores de 65 años en algunos países industrializados

País	%	País	%
Suecia	17.7	Canadá	11.4
Inglaterra	15.5	Japón	11.4
Alemania	15.5	Australia	11.1
Francia	13.8	Argentina	10.2
Estados Unidos	12.2		

Con una relación hombres/mujeres de 73:100.

El incremento de la población mayor en los países se refleja en los diferentes continentes, crecimiento que será superior en el futuro, es así como el porcentaje estimado para el año 2030 de personas mayores de 65 años con relación a 1990 se aprecia en la:2 Tabla 3.

Tabla 3. Incremento esperado de la población mayor de 65 años para el año 2030, en losdiferentes continentes.

Continentes	1990 %	2030 %
Europa Occidental	18.2	30.7
Europa Oriental	15.3	22.7
Australia	11.1	29.6
Latinoamérica	6.9	16.0
Norte y Oriente de Africa	3.7	9.8
Asia	7.4	16.3
Centro y Sur de Africa	4.7	5.9

En Colombia también se puede apreciar un crecimiento de la población que va a la par con el aumento en la expectativa de vida1. Tabla 4.

Tabla 4. Población colombiana y expectativa de vida esperada

Año	Población ajustable	Expectativa al nacer
1985	29'879.330	67.16
1990	32'978.170	69.26
1995	36'181.860	70.23
2000	39'397.190	72.05
2015	48'647.060	74.29

Boletín del Instituto Nacional de Salud. DANE. 1993.

Según informe de la Asociación Colombiana de Menopausia, para 1993 habían 32'871.993 habitantes de los cuales 16.693.000 eran mujeres, y el 22% de ellas por encima de los 40 años y en donde menos del 5% de mujeres mayores de 50 años han tenido una evaluación y manejo adecuado de su menopausia. Según informes de la OMS en la actualidad existen en el mundo 750 millones d mujeres en postmenopausia1.

Este crecimiento poblacional ha ido exigiendo cambios en muchos países para que se modifique su legislación, tal como sucede con la edad de jubilación de su población laboral, por ejemplo en Australia se elevó a 60 años para las mujeres y 65 para los hombres y en Colombia la legislación actual según la ley 100 de seguridad social se amplió la jubilación a partir del año 2014 a 57 años para las mujeres y 62 para los hombres además hay proyectos para reformar esta ley y aumentar la jubilación a 60 años para las mujeres y 65 para los hombres, como sucede en Australia, sin embargo es necesario otros cambios en la ley laboral para adecuarse a las necesidades que se derivan de este crecimiento demográfico cada vez más acelerado y lograr así tener una población económica e intelectualmente activa durante el mayor tiempo posible y evitar que se vuelvan una carga para la familia y la sociedad.

En el momento actual la mujer vive una tercera parte de su vida después de la menopausia y es necesario que se le eduque sobre cómo evitar los factores de riesgo tales como la ingesta de alcohol, consumo de cigarrillo o fármacos sicoactivos, la vida sedentaria y la obesidad entre otros, estimular cambios en sus comportamientos a través de adquirir hábitos de vida, nutrición y ejercicio, el manejo adecuado de las dificultades individuales y de relación para que logren no sólo una mayor expectativa de vida, sino mayor calidad y productividad para que cuando lleguen al climaterio y senectud continúen siendo autónomos, independientes, con capacidad de liderazgo y de generación de ideas, y además es necesario que la sociedad le posibilite expectativas más positivas en la época de la madurez y la vejez, se valore y aprecie su experiencia y conocimientos adquiridos a lo largo de la vida y se convierta estas personas en recursos naturales tanto a nivel laboral como intelectual, semejante a lo que sucede en los países orientales en donde los ancianos son respetados y acogidos y sus conceptos y consejos tenidos en cuenta.

a. Menopausia y sus consecuencias

La menopausia en la mujer es un hecho biológico, natural y esperado y no se puede considerar como una enfermedad en sí, sin embargo la privación estrogénica se asocia a signos y síntomas secundarios que se presentan en porcentajes elevados de la población y que alteran su bienestar: efectos como las soleadas de calor, sudoración profusa, trastornos del sueño e inestabilidad sicoemocional, además de sequedad de piel, mucosas y genitales como resultado de la atrofia de los epitelios, generan aveces en las pacientes, disminución de su autoestima y dificultades en la relación consigo mismo, con su pareja, la familia y su entorno social.

Los trastornos que se presentan durante esta época se pueden clasificar en nueve grupos.

1. Neurovegetativos: oleadas de calor, sudoración y palpitaciones.
2. Sicológicos: depresión, irritabilidad y ansiedad.
3. Del sueño: insomnio y fragmentación del sueño.
4. Urinarios: incontinencia y urgencia.
5. Manifestaciones articulares: artralgias y lumbalgias.
6. De piel y mucosas: atrofias y sequedad.
7. Cambios en el peso: aumento y alteraciones en la distribución de la grasa.
8. Alteraciones en los lípidos y enfermedades cardiovasculares.
9. Osteoporosis

Estos trastornos alcanzan porcentajes muy elevados, tanto en la población que asiste a los servicios médicos como en poblaciones no clínicas, las investigaciones efectuadas en nuestro país así lo demuestran. Por esto se afirma que la menopausia tiene consecuencias patológicas al convertirse en un factor de riesgo para las enfermedades crónicas, principalmente dislipidemias, enfermedad cardiovascular, hipertensión, accidente cerebrovascular, osteoporosis, obesidad, enfermedades mentales, además de los múltiples síntomas y signos que se presentan a corto y mediano plazo, aumentado su morbilidad y mortalidad3.

ES natural y esperado que con la mayor edad se aumenta la morbilidad en la población, es así como la enfermedad cardiovascular se incrementa en la mujer en forma acelerada con la edad, para los Estados Unidos la incidencia de eventos coronarios en la población menor de 60 años es de una por cada 17 mujeres y uno por cada 5 hombres, en tanto en los mayores de 60 años esta relación se iguala alcanzando proporciones de una de cada 4 mujeres y uno de cada 4 hombres presentan esta patología; este hecho se reproduce en nuestro país, en donde se estudiaron 832 mujeres, estudio dirigido por la Asociación Colombiana de Menopausia en varias ciudades del país, apreciándose un 40% de mujeres hipertensas4.

Estas entidades clínicas tienen una base multifactorial y se agravan con el sedentarismo, la malnutrición, la obesidad, el cigarrillo, el alcohol, etc., y en donde la pérdida de los estrógenos inducen una aumento en los factores de riesgo como es el incremento en el colesterol y en especial en las lipoproteínas de baja densidad (LDL) que son las que facilitan la formación

de placas de Aretoma en los vasos sanguíneos produciendo la arterioesclerosis, se disminuyen las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que son las lipoproteínas que "barren" las LDL de la sangre y por lo tanto se consideran como protectoras, se aumentan los factores procoagulantes que producen mayores posibilidades de trombosis e infartos. A nivel óseo el hipoestrogenismo precipita la pérdida del tejido y aumenta su fragilidad, riesgos que se agravan con la debilidad muscular, la pérdida del equilibrio, la visión, la audición, procesos que se asocian al envejecimiento además de problemas ambientales y del entorno familiar en donde la planeación y organización de las viviendas tienen limitaciones importantes, pues no tienen en cuenta las limitaciones el anciano.

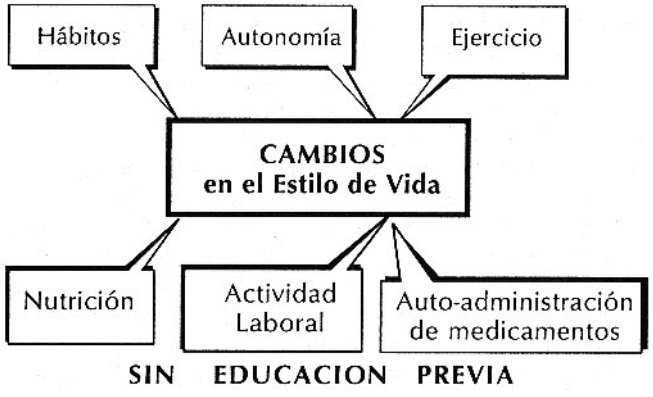
Igual proceso ocurre con respecto a la osteoporosis en donde el 25% de las mujeres la presentan por ser perdedoras rápidas de calcio, tener una masa ósea muy baja al inicio de la menopausia, además de otros factores de riesgo asociados, tales como ser una mujer blanca, tener vida sedentaria, mala alimentación e ingesta pobre de calcio, etc.

Uno de los objetivos de la atención primaria es considerar la salud como un compromiso de la persona, la familia y la sociedad y en donde el médico es sólo un eslabón de esa cadena que tiene como fin evitar al máximo la enfermedad.

La enfermedad hace al paciente débil, sintomático con mayor dependencia y a veces incapacidad, y genera costos extras para tratamiento de su enfermedad, lo limita laboralmente, además induce cambios en su estilo de vida, modificaciones en sus hábitos, autoadministración de medicamentos, limitaciones en la nutrición y en la actividad física, gastos económicos y en muchas ocasiones lo obliga a depender de su familia por sus limitaciones físicas e intelectuales, por lo cual se hace necesario hacer ajustes en la dinámica familiar para adaptarse a la nueva situación de estrés, ajustes que se tienen que hacer sin una educación o preparación previa del paciente sobre la enfermedad y sus cuidados.

Figura 1.

La Enfermedad en el paciente y su familia



Manejo integral de la mujer en climaterio

La atención y el manejo que se debe dar a la mujer durante y después del climaterio exige un enfoque integral donde se tengan en cuenta los aspectos biológicos, sicológicos, laborales, recreativos, familiares y sociales, que posibiliten una mejor calidad en la atención al paciente y mayor gratificación al médico.

Con respecto a los aspectos biológicos, la prevención primaria sería el pilar fundamental de éste enfoque integral, de tal manera que el paciente evite o retarde la aparición de ciertas patologías esperadas durante y después de la menopausia de acuerdo a sus factores de riesgo.

La morbilidad en el climaterio no sólo es inducida por la edad, la raza y sexo (factores de riesgo no modificables), sino por la sumatoria de éstos y otros factores de riesgo prevenibles que inducen la presencia o el agravamiento de determinadas enfermedades.

Para ello es necesario evaluar el estado de salud al momento de la consulta, preferiblemente desde su juventud ya que sus efectos a largo plazo serían más positivos, conocer los factores de riesgo personales y familiares modificables, a la actividad física que desarrolla, la calidad de la nutrición, contactos con tóxicos y adicciones a nivel familiar o laboral; de tal forma que se eduque al paciente para que asuma el control y evite las consecuencias que tendrían en el futuro en el caso de no suspenderlos o evitarlos.

Las investigaciones han demostrado que los ajustes en el estilo de vida están dirigidos a disminuir el riesgo estimado, por ejemplo en la enfermedad cardiovascular el control de los factores de riesgo disminuyen la morbilidad así5-7.

	Disminuye (%)
Dejar de fumar	50-80
Dejar el alcohol	50
Control de la obesidad	35-60
Actividad física	50-60
Descenso del colesterol en 1%	2-3
Hipertensión arterial 1 mm P. Diastólica	2-3
Ingesta de aspirina	33
Terapia hormonal de sustitución	44

La menopausia, como consecuencia del hipoestrogenismo, genera una serie de síntomas que actúan como bola de nieve, generando o agravando problemas biológicos y sicológicos en las personas, en su bienestar y en su vida familiar y social, es por ello que la Terapia Hormonal de Sustitución (THS) aunque es sólo una pequeña solución al problema, coadyuvará en dar una mayor estabilidad a la persona y por ende a su entorno, al ejercer un efecto no sólo sobre los síntomas y signos, sino a nivel general, en donde la presencia de oleadas de calor y frecuencia descienden con la THS, de un 80 a un 40% en el primer mes y a un 20% al ano, y la severidad de las oleadas tienen una rápida respuesta hasta llegar

a desaparecer al final del tercer mes, efecto que también se aprecia en los demás síntomas y signos, además que ejercen un factor protector para al enfermedad cardiovascular y la osteoporosis.

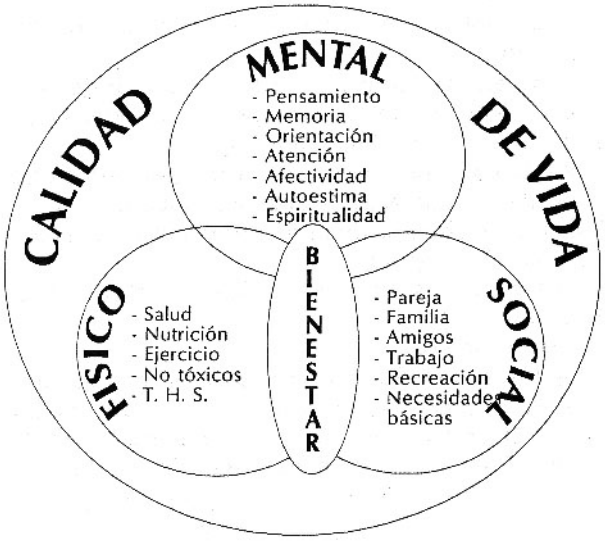
Cuando se administran estrógenos, estos tienen un efecto sistémico, pues se han descrito receptores en el SNC, en el hipotálamo, hipófisis, sistema límbico (amígdala e hipocampo) y en la corteza cerebral, en el sistema cardiovascular: corazón, endotelio y músculo liso, aparato genital: útero, trompas, vagina y vulva, sistema urinario: riñón, vejiga y uretra, aparato digestivo: en hígado e intestino; sistema hemoatológico; piel, hueso y glándula mamaria, tiroides, etc. siendo su papel más importante sobre el colágeno tipo I y II, el cual representa el 25% de las proteínas del organismo y participa en la estructura de cada uno de los órganos y tejidos y en el organismo. En general.

Aunque no hay una definición sobre lo que es calidad de vida, lo más aproximado sería la extrapolación de la definición de salud por la OMS, cual es "el completo bienestar físico, mental y social de una persona o una comunidad" en donde.

1.El bienestar físico está dado por la ausencia de enfermedad, para ello es necesario que la persona se comprometa con al protección de su salud.

2.El bienestar mental equivale a un correcto pensamiento, orientación, atención, afectividad y memoria bien dirigidos y complementados con la espiritualidad y una adecuada calidad de vida.

3.El bienestar social se refiere a la buena relación con su pareja, con la familia y con los amigos; integración y eficiencia en el campo laboral y también capacidad de suplir sus necesidades básicas de lo físico, mental y sico socio familiar brindando tanto a la mujer como al hombre bienestar, mejorando su autoestima y calidad e interés en la vida.



Es por esto que se debe trabajara por mejorara la autoestima de la paciente, analizar sus alteraciones emocionales, programas su actividad física y recreativa, orientar y promover ajustes en su campo familiar, laboral y social, enfoque que debe estar orientado a mejorar la calidad de vida de las personas y principalmente en aquellas que se encuentran en el climaterio y en la senectud.

Durante el climaterio la persona se debe preparar para vivir bien sea en forma individual o en pareja. Cuando vive como pareja madura es el momento en que podrían pasar juntos el mayor tiempo posible, como consecuencia de la jubilación o de las limitaciones de uno o ambos, situación que puede ser o no gratificante dependiendo de cómo sea su relación con el otro y de la forma como se readecúen los espacios y los nuevos roles, acuerdos que son necesarios elaborar tanto para el que se jubila como para quien ha permanecido en el hogar, además es necesario que el jubilado pueda mantenerse en actividad, sintiéndose útil y apreciado.

Estos cambios que se han generado en la población y en la mujer también se acompañan con otros procesos a nivel de la familia tal como la ausencia de los hijos por su educación o matrimonio, lo que da como resultado que la pareja permanezca sola durante un mayor tiempo de su vida, proceso que exige mayores ajustes para lograr una vida plena en pareja y con mayores ajustes para lograr una vida plena en pareja y con mayor autonomía.

Cuando la pareja no se ha responsabilizado conjuntamente en crear espacios suficientes para compartir, que les permita crecer y fortalecerse, rutiniza su sexualidad y la cotidianidad, y no han podido manejar adecuadamente sus dificultades pasadas y actuales, frecuentemente deciden divorciase o separarse.

Día a día las relaciones de pareja se hacen menos duraderas, hay un notable aumento en el índice de separaciones durante este período de la vida, según investigaciones de Lucero Zamudio y Norma Rubiano10 la tercera parte de las uniones que se vienen produciendo en Colombia en las últimas décadas se rompen, además como las mujeres viven más, por este motivo, ellas exceden en número a los hombres en la población mayor, y donde el número de mujeres viudas constituyen el principal grupo pobalcional10-12.

La educación a la comunidad

En nuestro medio, la educación en salud a la comunidad es liderada por los medios de comunicación y en menor rango por el profesorado, en tanto el médico y aún los padres de familia, tienen un papel muy secundario, con el agravante de que los medios de comunicación no tienen el personal preparado, ni el interés en participar en los programas masivos de educación y, en varias oportunidades deseducan pues están orientados por intereses económicos y experiencias personales, en tanto los profesores y maestros no tienen la preparación necesaria, el tiempo y mucho menos el liderazgo para ejercer la educación en salud y los padres no tienen los medios para llegar a sus hijos, siendo la mayoría de las veces dirigidas a criticar y reprender, por lo cual no es posible que orienten su familia en los cuidados de la salud, es por ello que es necesario que el cuerpo médico recupere su liderazgo en los programas de prevención primaria y educación a la comunidad13.

Debe haber un plan educativo dirigido a la población añosa, el cual debe orientarse desde la niñez y la adolescencia, en la familia y a nivel de escuelas y colegios y con la participación decidida del personal de la salud, con el fin de que vayan introyectando hábitos a través de la vida y evitar así los factores de riesgo.

En el climaterio y en la senectud se recoge en parte, el cuidado que hayamos tenido de la salud, a través de la vida, la adecuada nutrición, el ejercicio, el no fumar, el bajo consumo de licor, el manejo adecuado del trabajo y del estrés, metas importantes para demorar o reducir la morbilidad que acompaña esta etapa.

Es importante y necesario llamar la atención sobre lo que está sucediendo en el sexo masculino, quien también comparte con la mujer el aumento de la expectativa de vida, esta situación conlleva las mismas implicaciones de morbimortalidad, lo cual es un reto para que la medicina moderna le dedique un interés especial para su estudio y manejo.

Relación Médico-Paciente

También es necesario cambios en la relación médico-paciente la cual ha venido sufriendo modificaciones a través del tiempo, es así como anteriormente el médico diagnosticaba, ordenaba, prescribía y el paciente obedecía pasivamente sus planes; actualmente la paciente ya tiene mayores conocimientos en salud y desea saber más sobre su enfermedad, su historia natural y su tratamiento, es por esto que el papel del médico actual ya no es sólo el de prestar asistencia a sus pacientes en forma individualista, encerrado en un consultorio u hospital, sino que son necesarios cambios en la relación médico-paciente en donde el médico oriente y eduque, en tanto el paciente participa activamente en el cuidado de su salud, prevención y recuperación de las enfermedades, en la toma de decisiones en conjunto con el médico y aún comparta responsabilidades, es necesario que la relación se haga más horizontal. El médico debe covertirse en un verdadero líder que intervenga en los programas de educación masiva a la comunidad.

En conclusión todas y cada una de las personas, incluyendo al médico, la familia y la sociedad, tienen la responsabilidad de cuidar la salud para llegar a la edad madura con la máxima capacidad física y mental que les permita vivir este período con calidad y plenitud.

El climaterio y la educación médica actual

Si se tiene en cuenta la expectativa de vida de la mujer en Colombia que es aproximadamente 70 años, su duración se puede dividir en varias etapas y porcentajes así:

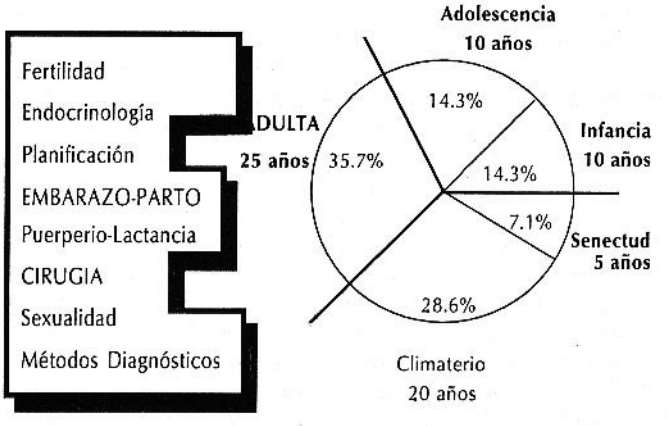
Etapas	Años	%
Infancia	10	14.3
Adolescencia	10	14.3
Edad adulta	25	35.7
Climaterio	20	28.6
Senectud	5	7.1

Cuando se evalúan los programas educativos en medicina y principalmente en las especialidades de Obstetricia y Ginecología se aprecia cómo el problema es aún más grave debido a que la mayor preparación de médicos y especialistas está dirigida al estudio y tratamiento de la mujer adulta y principalmente en su etapa reproductiva y sus complicaciones lo que equivale al 35.7% de la vida de la mujer, que aunque es la patología más frecuente, se olvidan del 64.3% que compromete la niñez, adolescencia, climaterio y senectud, etapas de alta morbilidad.

Es por ello, que considero necesario una reevaluación en los pénsum educativos de las diferentes facultades de medicina con el fin de preparar a los médicos y en especial a los gineco-obstetras en una forma más integral, en donde además de prepararse ampliamente en el manejo de las diferentes etapas del ciclo vital de la mujer, se integren a otras disciplinas con el fin de adquirir una visión holística del paciente, de su familia y del medio social, máxime que se está presentando una mayor longevidad en la población que es atendida que es por el médico general y en especial por el gineco-obstetra.

CICLO VITAL FEMENINO

De acuerdo a su Expectativa de Vida



Estos cambios en la población mundial y la necesidad que se tiene de proteger la salud por largo tiempo y de controlar los factores de riesgo, hacen necesario un cambio de actitud en el médico con el fin de que ocupe un papel de liderazgo en la comunidad, trascendiendo el espacio físico de su consultorio, es así como se deben ordenar los objetivos del acto médico así:

1. Promover y proteger la salud
2. Identificar factores de riesgo
3. Prevenir la enfermedad
4. Diagnosticar precozmente la enfermedad
5. Tratar la enfermedad
6. Prevenir las complicaciones
7. Tratar las complicaciones

Siendo los cuatro últimos el objetivo primario de la educación y del ejercicio actual de la medicina, la que discurre alrededor de personas enfermas en consultorios y hospitales;

en tanto la prevención y el cuidado de la salud dirigido a personas sanas comprende los cuatro primeros objetivos, y que no han sido prioritarios en las escuelas de medicina.

Los altos costos que genera la medicina curativa en donde tanto los métodos de diagnóstico como el tratamiento de la enfermedad, son onerosas y la mayoría de las veces con objetivos paliativos y de orientación individualista, es un papel poco trascendente para una población que envejece y que tiene la necesidad de recibir orientación y educación sobre el cuidado de su salud y evitar la mayor morbimortalidad de esta época, es por ello que le médico debe de estar preparado para atender, es por ello que el médico debe estar preparado para atender, orientar y motivar a pacientes sanas para que protejan su salud, además debe estar capacitado para liderar la educación y la proyección de la salud en la comunidad, orientarla con miras a evitar factores de riesgo y crearle hábitos dirigidos a la protección de su salud.

BIBLIOGRAFIA

1.Jaramillo R. Tratamiento Hormonal de la Menopausia. Rev Colomb Menopausia. 1996; 2: 11.

2. Wren B. Consecuencias sociales del incremento de la longevidad femenina En: Crónica del Congreso. 1er. Congreso Latinoamericano de Climaterio. Flascym 1995; 13-14.

3. European Menopause Society. European concensus development conference on menopause. Women Reprod 1996; 11: 975-979.

4.Onatra W, Sánchez J, Acuña G. Epidemiología de la menopausia en Colombia. Estudio cooperativo. Rev Colomb Obstet Ginecol 1994; 45: 20S-28.

5. Samaan Sa, Crawford MH. Estrogen and Cardiovascular function after menopause. J Am Coll Cardiol 1995; 26: 1403-1410.

6.Rich-Edwards JW, Manson JE, Henekens CH etal. The primary prevention of coronary heart disease in women. N Engl J Med 1995; 332: 1758-1766.

7. Manson JE, Tosteson H et all. The primary prevention of coronary infartion. N Engl J Med 1992; 326: 1406-1416.

8.Sánchez F. Terapia de sustitución hormonal. En: Supl Rev Colomb Obstet Ginecol 1994; 45(4): 10-19.

9.Sánchez CD: El envejecimiento de la familia: perspectivas futuras. En: Memorias del Congreso Latinoamericano de Familia Siglo XXI. Hacia la construcción de una vida cotidiana diferente. Medellín 19 a 22 de abril 1994; 398.

10. Henao DH. Familias que se conforman por segunda vez. Análisis de 20 familias clínicas. Prólogo. Persona y Familia. Investigación, Educación y Asesoría a la Familia. Medellín 1994; 3.

11. Sierra de Jaramillo M. La crisis en la pareja y uno de sus síntomas: La infidelidad. Ponencia presentada en la Jornada de Reflexión: Vida en pareja: Amor y Conflicto. Organizado por el Centro Persona y Familia. Medellín 17 y 18 de mayo de 1995.

12.Pittman F.S. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. De. Paidos. Buenos Aires, 1a edición 1990; 275.

13.Vera AH, Rentería S, Sánchez F, Morales LF. Conceptos y creencias sobre menopausia, estduio en 240 mujeres distribuidas en dos grupos de edades. Rev Colomb Menopausia 1996; 2: 51-56.