TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS DIFERENTE A ESTROGENOS. CALCIO Y OSTEOPOROSIS

Renato Guzmán* * MD- Santafé de Bogotá

La osteoporosis es un problema real de Salud Pública si se entiende en su definición como caracterizada por una disminución real cuantitativa en la masa ósea lo cual confiere susceptibilidad incrementada para riesgo de fractura. En nuestro país, como a nivel mundial, hay enorme interés en su entendimiento lo cual redunde probablemente en políticas claras para su prevención.

En el abordaje de la osteoporosis existen medidas generales y específicas, resaltando la elaboración de una correcta historia clínica para identificar claramente aquellos factores de riesgo que puedan contribuir a su presentación.

El calcio es un elemento esencial para la supervivencia, tiene multiplicidad de acciones destacándose su papel en la conducción nerviosa, en procesos enzimáticos, en la cascada de la coagulación, en la fiisología cardiovascular, en la contracción muscular y en la integridad esquelética. En este último sistema actúa de manera equilibrada en conjunto con la Pth y con factores de crecimiento y citoquinas regulando la homeostasis interna celular entre los participantes de la unidad multicelular básica, (BMU), los osteoclastos y los osteoblastos. Al presentarse estados deficitarios de calcio se estimula la liberación de Pth que interviene como un potente agente resortivo óseo con acciones directas sobre receptores de células óseas, acciones indirectas a través de péptidos autacoides liberados por su estímulo y resultando en medidas que directamente afectan la absorción intestinal de calcio y su reabsorción tubular y /o excreción por intermedio de la vitamina D.

El entendimiento de la acción del calcio sobre el hueso va desde la perspectiva de Kanis hasta la de Nordin y Heaney, en la cual con el paso del tiempo se reconoce que definitivamente cumple un papel positivo a nivel del esqueleto actuando principalmente como agente antiresortivo, y si bien es cierto no es el factor más importante de la integridad ósea si es el más fácil de corregir.

Se considera que el calcio participa en el recambio celular óseo disminuyendo la actividad del osteoclasto, permitiendo una fase de formación ósea mejor, participando en los procesos de mineralización y en la regulación de citoquinas responsables de la presencia de osteoporosis relacionadas con propiedades fisicomecánicas del hueso como en los estados de sedentarismo o en la descalcificación de los astronautas.

Existen unas pérdidas obligadas de calcio en el humano que oscilan entre 200 y 300 mg diarios y que ocurren a través de la piel, del aparato grastrointestinal y los riñones. La mayor cantidad de calcio que se ingiere es absorbido en el intestino delgado y en su proceso intervienen factores como el pH gástrico, la presencia de comidas, su composición entre otras, lo cual directamente va a afectar su biodisponibilidad; se considera que del calcio suministrado sólo se absorbe realmente entre un 20 y un 35%.

El concepto de pico masa ósea es fundamental para entender por que Charles Dent conceptuó que la Osteoporosis involucional es una enfermedad pediátrica. Se ha demostrado por múltiples estudios, especialmente en prepúberes que la administración de suplementos de calcio en la infancia aumentan el pico de masa ósea y disminuyen el riesgo de osteoporosis del adulto; es bien sabido que la masa ósea depende en su mayoría de un componente genético pero un 20% es modificable manejando hábitos como el ejercicio y la nutrición. Se acepta que los requerimientos actuales para calcio oscilan de 1000 mg para las mujeres menopáusicas a 1500 mg en adolescentes y mujeres postmenopáusicas.

Existen diferentes tipos de sales de calcio en el mercado pero las más comunes y ampliamente aceptadas para su uso son el carbonato, los fosfatos y el citrato. De éstas probablemente la que mejor se absorben y brinda una mayor biodisponibilidad es la sal del citrato, la cual es cómoda de administrar y por su acción citraturica evita la precipitación de cristales de calcio en las vías urinarias; se recomiendan administrar con comidas y repartidas en varios intervalos del día.

Los suplementos de calcio son útiles en todas las edades, nunca es tarde para su inicio y hacen parte obligada de los esquemas terapéuticos para Osteoporosis en prevención y tratamiento; es tradicional su utilización en niños, en ancianos por la pobre absorción de calcio secundaria a bajos niveles de vitamina D y en los pacientes que reciben glucocorticoides. Debe utilizarse conjuntamente con la terapia de suplencia hormonal, con el fluoruro de sodio, con la calcitonina y con los bifosfonatos. La adición de vitamina D permite una mejor absorción intestinal del calcio administrado.

Existen diferentes estudios que podemos considerar como clásicos de la utilidad del calcio en la Osteoporosis postmenopáusica, la inducida por glucocorticoides y el riesgo de fractura. El trabajo de Dawson-Hughes y cols, en la cual demuestra que los suplementos de citrato-malato de calcio retardan la pérdida de masa ósea especialmente del hueso cortical en mujeres con ingestas menores de 400 mg al día, los de Reid y col que aumentan el beneficio de calcio a pacientes con ingestas menores de 400mg al día, los de Reid y col que aumentan el beneficio de calcio a pacientes con ingestas mayores de 750 mg al día y acción benéfica tanto a nivel axial como apendicular, el de Prince y colaboradores en Australia que revela la importancia del tratamiento combinado de calcio, hormonas y ejercicio en mujeres postmenopáusicas, el de Chapuy que resalta el efecto preventivo de sus suplementos asociado a vitamina D3 en el riesgo de fractura de mujeres ancianas y el de Tyliard y Adachi, entre otros, de sus grandes beneficios al combinarlo con calcitrol y bifosfonatos en pacientes con uso crónico de glucocorticoides a dosis altas.

De lo anterior deducimos que los suplementos de calcio elemental son útiles y necesarios en la prevención y manejo de la osteoporosis. Se ha discutido mucho sus reales beneficios en los estados de hipertensión inducidos por el embarazo y la aparición de pre-eclampsia aumentándose cada día más la controversia sobre su uso, a diferencia de su incuestionable valor en la patología ósea tipo Osteoporosis. En esta última se cuestiona la utilidad de su suplemento en etapas como el puerperio y la lactancia y el riesgo de urolitiasis pero definitivamente el balance de las investigaciones se inclina hacia un papel importante en su prescripción y a una carencia significativa de efectos colaterales.

Reconocemos pues que los suplementos de calcio si bien es cierto no son las medidas más importantes y efectivas en el manejo de la Osteoporosis si tienen un lugar preponderante asignado en su terapéutica. El avance en la biología molecular y la inmunogenética y la posibilidad de identificar precozmente a aquellos pacientes que eventualmente desarrollarán osteoporosis por la detección temprana de mutaciones de colágeno tipo I y los más recientemente descrito el fenotipo de individuos con polimorfismo del receptor de vitamina D permitirán esclarecer en un futuro, ojalá no muy lejano, el avizoramiento de medidas más específicas y eficaces en el manejo de tan desvastadora enfermedad

BIBLOGRAFIA

1. Broy S.A Whole patient approach to managing Osteoporosis. J Musculskel Med 1996; 13(2): 15-30.
2. Recker R. Current Therapy for Osteoporosis. J Clin Endocrinol Met 1993; 76: 14-16.
3. Charles P. Calcium absorption and calcium bioavailability. J Intern Med 1992; 231: 161-168.
4. Sakhaee K, Baker S, Zerwekh J et al. Limited risk of kydney stone formation during long-term calcium citrate supplementation in nonstone forming subjects. J Urol 1994; 152: 324-327.
5. Schuette SA, Knowles JB. Intestinal absorption of ca (H2PO4) 2 and Ca citrate compared by two methods. Am J Clin Nutr 1988; 47: 884-888.
6. Leverson Dim, Bockman RS. A Review of calcium preparations. Nutrition Rev 1994; 52: 221: 232.
7. Ott SM. Calcium and vitamin D in the pathogenesis and treatment of Osteoporosis. In Marcus R. Osteoporosis 2a. DE Boston Blackwell Scientiphic publ. 1994; 227-292.
8. Dawson-Hughes B, Dallal GE, Krall EA et al. A controlled trial of the effect of calcium supplementation on bone density in postmenopausal women. N Engl J Med 1990; 323: 878-883.
9. Reid IR, Ames RW, Evans MC et al. Effect of calcium supplementation on bone loss in postmenopausal women. N Engl J Med 1993; 328: 460-464.
10. Tilyard MW, Spears GFS, Thomson J et al. Treatment of menopausal osteoporosis with calcitriol or calcium. N engl J Med 1992; 326: 357-362.
11. Chestun CH. Osteoporosis and its treatment. N Engl J Med 1992; 326: 406-407.
12. Prince RL, Smith M, Dick Y et al. Prevention of menopausal Osteoporosis. A comparative study of exercise, calcium supplementation and hormone-replacement therapy. N Engl J Med 1991; 325: 1189-1195.
13. Rigss BL, Melton LJ. The prevention and treatment of Osteoporosis. N Engl J Med 1992; 327: 620-627.
14. Rigss BL, Melton LJ. III Involutional Osteoporosis. N Engl J Med 1986; 314: 1676-1686.
15. Johnson CC, Miller JZ, Slemenda Ch et al. Calcium supplementation and incease in bone mineral density in children. N Engl J Med 1992; 327: 82-87.
16. Matkovic V. Calcium intake and peak cone mass. N Engl J Med 1992; 327: 119-120.
17. Chapuy MC, Arlot M, Duboeuf F et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. N Engl J Med 1992; 327: 1637-1642.
18. Beliza JM, Villar J, González et al. Calcium supplementation to prevent hypertensive disorders of pregnancy. N Engl J Med 1991; 325: 1399-1405.
19. Curhan GC, Willer WC, Rimm EB et al. A prospective study of dietary calcium and other mutrients and the risk of symptomatic kydney stone. N Engl Med 1993; 328: 833-838.
20. Sambrook PN. Treatment of postmenopausal. Osteoporosis. N engl J Med 1995; 333: 1495-1496.
21. Manolagas SC, Jilka RL. Bone marrow cytokines and boned remodeling. Emerging insights into the pathophysiology of Osteoporosis. N Engl J Med 1995; 332: 305-311.
22. Guzmán RA: Osteoporosis: problema médico común. Acta Med Colomb 1994; 19: 381-383.
23. Notelovitz M. Osteoporosis: Screening prevention and treatment. Fertil Steril 1993; 59: 707-725.
24. . Guzmán RA: Osteoporosis: panorama actual. Galez 1995; 1: 12-16.

25. Zerwekh JE, Antich PP, Sakhaee K et al. Lack of deleterious effect of slow-release sodium fluoride treatment on cortical bone histology and quality in osteoporotic patient. Bone Miner 1992; 18: 65-76.
26. . Guzmán RA: Osteoporosis Tipo Y: Fisiopatología, aspectos imnunológicos, factores de crecimiento. Rev Colomb Reumatol 1994; 1: 85-89.
27. Brinton LA, Schairer C. Postmenopausal hormone-replacement therapy. Time for a reappraisal. N Engl J Med 1997; 336: 1821-1822.
28. Levine RJ, Hautth JC, Curet LB et al. Trial of calcium to prevent preeclampsia. N Engl J Med 1997; 337: 69-76.
29. Sainz J, Van Tournout JM, Loro L et al. Vitamin D receptor gene polymorphism and bone desnsity in prepubertal american gris of mexican descent. N Engl J Med 1997; 337: 77-82.
30. Riggs BL. Vitamin D-receptor genotypes and cone density. N Engl J Med 1997; 337: 125-126.
31. Adachi JD, Bensen WG, Brown J et al. Intermittent etidronate therapy to prevent corticosteroid induced Osteoporosis. N Engl J Med 1997; 337: 382-387.
32. Reid IR. Preventing glucocoticoid-induced Osteoporosis. N Engl J Med 1997; 337: 523-528.
33. Kalkwarf HJ, Specker BL, Bianchi DC et al. The effect of calcium supplementation on bone density during lactation and after weaning. N Engl J Med 1997; 337: 523-528.
34. Prentice A. Calcium supplementation during breast-feedings. N Engl J Med 1997: 337: 558-5445928.
35. Epstein S, Shane E, Bilezikian JP. Organ transplantation and Osteoporosis. Curr Op Rheumatol 1995; 7: 255-261.
36. Honasoge M, Rao DS. Metabolic bone disease in gastrointestinal hepatobiliary and pancreatic disorders and total parenteral nutrition. Curr Op Rheumatol 1995; 7: 249-254.
37. Sambrook PN, Jones G. Cortocosteroid osteoporosis Br J Rheumatol 1995; 34: 8-12.
38. Adachi JD, Bensen WG, Hodsman AB. Cortocosteroid-induced Osteoporosis. Sem Arthritis Rheum 1993; 22: 375-384.
39. Fleisch H. Bone and mineral metabolism. In Fleish H. Biphosphonates in bone disease. Third De. New York. The parthenon publishing group 1997; 11-31.

MUJERES EN LA PERIMENOPAUSIA Y LA ANTICONCEPCION

J. Urdinola*

Hasta que no se presente la menopausia como tal, la mujer no puede considerar que su vida reproductiva ha llegado a su fin. La Tasa Específica de Fecundidad x 1000 mujeres entre los 40 - 44 años (11% de todas las mujeres) es de 24 y entre los 45-49 años de 2 (8.7% de todas las mujeres)1. La probabilidad para que una mujer se embarace sigue siendo alta, a los 40 años puede ser de 50 - 60% (10% riesgo anual)2.

La anticoncepción en las mujeres durante los 15 años previos a la menopausia debe tener en cuenta:

1. Que el embarazo en este período tiene riesgos especiales como mayor mortalidad materna y anomalías fetales, tasas más altas de aborto y mortalidad perinatal, así como ciertas implicaciones sociales y psicológicas.

2. Que el uso de anticonceptivos después de los 35 años tiene riesgos y beneficios especiales, siendo muy importante el balance entre estos dos aspectos para la mejor selección dentro de las opciones anticonceptivas disponibles.

3. Que la mujer presenta antes de la menopausia síntomas y problemas especiales en salud, los cuales con algunos métodos pueden ser atendidos simultáneamente con la anticoncepción.

Existen diferentes opciones anticonceptivas para este grupo de edad, como la Esterilización quirúrgica voluntaria, que para el caso de la mujer en este grupo etáreo en Colombia es superior al 40%1.

Los Métodos de Barrera como los espermicidas pueden ayudar en los casos de sequedad vaginal, y como la fecundidad decrece con la edad, su baja efectividad llega a ser adecuada. El uso del condón puede representar alguna dificultad en los hombres con problemas de potencia y en aquellos sin experiencia previa con este método, pero protege de las enfermedades de transmisión sexual en esta época del SIDA.

Los Métodos Naturales son menos seguros debido a la irregularidad de las menstruaciones, a la anovulación y a la escasez del moco, pero mujeres con experiencia podrían usarlos con una asesoría adecuada3.

El DIU (Dispositivo Intrauterino) - especialmente el de cobre- se adapta a las necesidades de la mujer por su alta eficacia frente a la fecundidad reducida por la edad, aunque la desventaja es la hemorragia uterina. El que contiene LNG (Levonorgestrel) no se encuentra en el país, aunque su ventaja podría ser la de evitar la HUA (hemorragia uterina anormal)4.

De los Anticonceptivos inyectables combinados sólo está disponible en Colombia el que contiene 50 mg de NET (Noretindrona) y 5 mg de Valerato de Estradiol. No hay datos aún acerca de su uso en este grupo de edad, pero se acostumbra extrapolar la información acerca de su seguridad de la píldora combinada de microdosis.

Los Gestágenos Anticonceptivos se utilizan en mujeres con riesgo aumentado para complicaciones cardiovasculares si usan los Anticonceptivos Orales (AO) Combinados, e incluyen la minipíldora, las inyecciones de depósito y los implantes como el Norplantâ . Además de la ausencia de efectos estrogénicos, las dosis administradas o liberadas de esteroide son menores que en los AO combinados. Pueden aliviar síntomas climatéricos como las oleadas de calor, pero en algunas mujeres predispuestas pueden acentuar la tendencia a la depresión.

La eficacia de la Minipíldora es similar en las mujeres maduras y en las jóvenes, aunque algo menor que la de los Ao combinados. Su desventaja es la alta tasa de manchado irregular así como la de hemorragia por escape. La eficacia del Gestágeno inyectable es muy alta, pero frecuentemente se presenta la irregularidad menstrual, amenorrea o hemorragia irregular, que requerirán de más esfuerzos de diagnóstico para aclarar la situación y de consejería para disipar las preocupaciones.

El Norplantâ , implante con LNG tiene una eficacia comparable con la Esterilización Quirúrgica Voluntaria y su efecto a largo plazo por 5 años, pero puede presentarse irregularidad menstrual que preocupa hasta tanto se haga un diagnóstico. Al no causar hipoestrogenismo, no aumentan por lo tanto el riesgo de osteoporosis.

A mediados de los años 70 se limitó el uso de los AO combinados a mujeres menores de 35 años, debido a estudios epidemiológicos que mostraron a los AO combinados como factores causales de enfermedades tromboembólicas e infarto del miocardio. Esta afirmación perdió relevancia con el tiempo, ya que las dosis de estrógeno fueron disminuidas a la de microdosis, las de los gestágenos también fueron reducidas, así como la aparición de nuevos compuestos en este grupo que ya se encuentran en el mercado, ya que en esta época no se consideraba el hecho de fumar cigarrillo como factor de riesgo5-6. Los trabajos epidemiológicos recientes confirman el conocido aumento de las complicaciones tromboembólicas con la edad, pero con una incidencia muy baja y con un riesgo atribuible a los AO combinados muy pequeño7.

Los AO combinados alivian síntomas climatéricos como las oleadas de calor y los sudores nocturnos, mejoran la vida sexual al evitar sequedad vaginal y previenen la hemorragia uterina disfuncional, así como previenen el cáncer endometrial y ovárico.

Se pueden administrar a la mujer premenopáusica que no fume, sin riesgo familiar o enfermedad cardiovascular o hipertensión arterial presente, sin Diabetes mellitus ni dislipidemia, sin venas varicosas marcadas ni antecedente de trombosis venosa. Los preparados recomendados son aquellos con 20 a 35 ug de estrógeno, así la hemorragia uterina por escape o en forma de manchado sea más frecuente, y con la menor dosis posible de destágeno.

Frente a los beneficios de los AO combinados de evitar un embarazo no deseado así como para el manejo de síntomas climatéricos, y a los mínimos riesgos que se corren hoy con su uso juicioso, no existe razón que justifique la barrera médica de no prescribirlos en la mujer premenopáusica o por encima de los 35 años de edad, para de esta manera ponerle fin a la paradoja de proscribir los AO combinados en la mujer perimenopáusica pero formulando la THS (terapia hormonal de sustitución) en la postmenopáusica.

BIBLIOGRAFIA

1. Profamilia. Encuesta nacional de prevalencia, demografía y salud. DHS 1995.
2. Gray RH. Biological and social interactions in determination of late fertility. J Biosc Sci 1979; Suppl. 6: 97-115.
3. Flynn AM, Symptothermal and hormonal markers of potential fertility in climateric women. Am J Obstet Gynecol 1991; 165: 1987-1989.
4. Kozuh-Novak M, Andolsek L. IUD use after 40 years of age. Adv Contracept 1988; 4: 85-94.
5. Urdinola J. Anticoncepción hormonal en la perimenopausia. En Resúmenes del 1er. Curso de Actualización en Planificación Familiar. Editor J. Urdinola. Escuela Colombiana de Medicina y Hospital Simón Bolívar. Santafé de Bogotá, agosto de 1996.
6. Wiseman RA, MacRae KD. Oral contraceptives and the decline in mortality from circulatory disease. Fertil Steril 1981; 35: 277.
7. WHO Collaborative Study of Cardiovascula Disease and Steroid Hormone Contraception. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. Lancet 1996; 346: 1575-1582.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA MENOPAUSIA

Libardo Bravo Solarte, M.D*

Resumen

La menopausia se considera como el cese final de la menstruación y la terminación de la vida reproductiva de la mujer. Se intenta comprenderla desde la perspectiva biologista como "una enfermedad por deficiencia" que tiende a deteriorar el estado de bienestar psico-físico y que convierte a la mujer en un peso para sí misma, su familia y la sociedad. Por esta razón, en algunos círculos de escasa formación u orientación psicológica se piensa que la Menopausia como cosa endocrinológica sólo produce trastornos emocionales en aquellas mujeres con manifestaciones claras de trastornos de la personalidad, inmaduras o con graves dificultades neuróticas. En contraste, los médicos que trabajamos en el terreno de lo psíquico creemos que una posición más científica, humana y actual es considerada la menopausia como un fenómeno trascendental en el ciclo vital de la mujer y en cuanto a su significación emocional como una crisis psico-afectiva que incide sobre todas las mujeres independiente de su estado de salud mental y de sus circunstancias bio-sociales. El conocimiento de este ciclo humano es de capital importancia para una mejor comprensión de este período.

La crisis, como nosotros las visualizamos, son puntos nodales en la vida de una persona, que bajo condiciones favorables se convierten en pasos específicos de la maduración y desarrollo de los seres humanos que los preparan para enfrentar las metas y funciones de la fase vital siguiente. La menopausia, al igual que la pubertad y el embarazo, es un período de crisis durante el cual se producen cambios y desequilibrios psíquicos y somáticos importantes. Se presenta una activación de conflictos psicológicos inconscientes y una reorganización intrapsíquica ante el hecho de la terminación de la capacidad reproductiva y el inicio inexorable del envejecimiento. Los problemas individuales y los conflictos neuróticos se hacen más evidentes y es necesaria una nueva organización de las fuerzas psíquicas y de las emociones.

La crisis de la menopausia tiene sus fases y asume a la mujer transitoriamente en un espacio mental complejo, ambiguo, conflictivo y lleno de insatisfacciones, angustias y síntomas depresivos. Se ve afectada su autoimagen, estado psicológico, sexualidad, sus relaciones familiares, de pareja y su capacidad funcional. La reacción de la mujer ante la presencia de la menopausia depende de la forma de aparición, su edad, estrato socio-cultural, nivel de desarrollo psico-sexual alcanzado, estructura psicológica, experiencias vivenciales, factores familiares, ambientales y su estado de salud física. La manera como la mujer vivencie y resuelva las crisis es de gran significación, porque nos indica cómo va a enfrentar la fase siguiente de su ciclo vital. Cuando la mujer madura elabora y asume los cambios psico-somáticos producidos por este desequilibrio emocional transitorio entra en una fase de gran adaptabilidad y de liberación creativa, con oportunidad para experimentar nuevas emociones y funciones, y así entrar con tranquilidad a la aceptación del último tramo de la vida y el encuentro sereno con la muerte.

Por el contrario, cuando la salud psíquica es precaria, se produce una incapacidad para manejar el surgimiento de conflictos intra-psíquicos, personales, familiares, ambientales y se recurre con altísima frecuencia a comportamientos erráticos como el aumento en el consumo de tabaco, café, alcohol, drogas de abuso o se toman soluciones equivocadas que se traducen en conductas y síntomas que configuran los diferentes cuadros clínicos que se tipifican en los manuales de diagnóstico de las enfermedades mentales. Estos casos son la minoría y requieren un tratamiento especializado. Es importante anotar, que la mujer con historia de enfermedad mental está en alto riesgo de un nuevo estallido emocional como resultado de la crisis psicológica normal de menopausia. Para un manejo profesional de esta crisis, la mayoría de las veces, sólo es suficiente establecer una cálida relación de apoyo, ofrecer unas pautas claras de manejo y dar elementos educativos, pronósticos y preventivos en lo fisiológico, psicológico y social.

LA SEXUALIDAD MASCULINA DESPUES DE LOS 50 AÑOS

Alonso Acuña C.*

En 1948 Alfred Kinsey presentó a la comunidad mundial su revolucionario libro La Conducta Sexual del Varón. Allí señaló que los hombres alcanzaban su máxima capacidad sexual hacia los 25 años de edad, para después iniciar un lento descenso cuya graduación y variabilidad dependería de cada individuo, pues cada uno venía a representar un patrón aparte con todo un abanico de posibilidades en cada caso.

Para 1950 el profesor español Gregorio Marañón señaló que los hombres mayores, presentaban en su proceso de envejecimiento una fenomenología similar a la de la mujer preimenopáusica. Proceso que denominó como el climaterio masculino, término que levantó ampollas y originó acaloradas discusiones que periódicamente se reviven a la luz de los modernos conocimientos del momento. Para hacer una aproximación al tema del envejecimiento sexual, es necesario atender el proceso de envejecimiento en general.

El envejecimiento es un etapa de la vida que indica el inicio de la involución. Es el polo opuesto de la adolescencia, que es la etapa de la vida que marca los cambios evolutivos más importantes-físicos y psíquicos- en el paso de la niñez a la adultez. El envejecimiento marca una etapa que abarca todo el proceso de la involución de las personas que hacen su tránsito en la maduración a la vejez. Tal es parangón paradojal, desde el punto de vista psíquico entre adolescencia y envejecimiento, que se ha denominado también el envejecimiento como la segunda adolescencia. Puesto que similitudes paradojales evidentes también existen desde el punto de vista psicológico, ya que en la adolescencia se operan una serie de modificaciones en el comportamiento que tornan a la persona en incomprensible, llena de contradicciones y claroscuros, pues se halla en el momento de la búsqueda de su identidad como persona: necesita ser y hacer. En el envejecimiento, de igual manera llena de claroscuros e incomprensiones, la persona también tiene una crisis de identidad, en el sentido que ahora no quiere dejar de ser ni dejar hacer, como pareciera que la sociedad se lo tratara de imponer.

El envejecimiento está caracterizado por una serie de cambios que suelen operarse durante una larga etapa que por convencionalismo se iniciaría a los 40 años para asentar estos cambios en forma definida entre los 60 y 65 años. Son 20 a 25 años en los cuales se operan una serie de cambios en los diversos aparatos y sistemas del cuerpo humano; en la piel y faneras, cardiovascular y pulmonar, digestivo, urinario, sensorial, sistema nervioso y aparato musculoesquelético y locomotor, y en el sexual y genital.

Los cambios que se operan en los diversos aparatos y sistemas del cuerpo humanos son paulatinos, subintrantes e intermitentes y dependen de diversos factores como son: genéticos y hereditarios de una parte y género de vida por el otro. Dentro de estos influyen factores como los psicógenos, laborales, sociales y familiares.

Cuando el hombre ha asomado a la cincuentena, se encuentra con una serie de modificaciones y cambios que alteran en forma importante el género y estilo de vida que hasta el momento ha llevado; deja de ser padre para volverse abuelo, deja de ser jefe de familia para pasar al retiro, deja de ser trabajador activo para pasar a la pensión, deja en fin, muchas cosas que le significan en general una pérdida de poder, que se inicia precisamente, cuando ha estado en la cúspide de él.

Cuando se operan los cambios genitales y sexuales, se experimenta también en la realidad o en la posibilidad, la sensación de la pérdida de poder o la inminencia de producirse.

Después de los 50 años, los cambios en la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo) pueden ser lentos o relativamente bruscos. El deseo sexual puede disminuir lentamente o conservarse incólume. Y he allí uno de sus problemas: que el resto de la respuesta sexual (erecciones, orgasmos) disminuyen en mayor proporción. Tal como dijo Freud "una de las tragedias del hombre es que su deseo sexual persiste mucho más allá del momento en que terminan sus erecciones". La fase de excitación, representada por la erección, sufre modificaciones lentas o relativamente prontas, consistentes en la disminución de la rapidez y firmeza. El período refractario se alarga. La posibilidad de reerectar se alarga a horas, días, semanas y aún meses. Las eyaculaciones pueden disminuir y los orgasmos bajar de intensidad y duración o en ocasiones estar ausentes. Los actos sexuales en forma inexorable se espacian en forma lenta o evidente.

En todos estos cambios hay variantes individuales y cada persona constituye un modelos aparte. Los factores de riesgo para que estas modificaciones se presenten, son evidentes luego de los 50 años; la edad está señalada por los estudios de la U. De Boston como el primer factor, el cual siguen la arterioesclerosis y la patología cardiovascular, la hipertensión, la diabetes, los trastornos metabólicos y hormonales.

Cada hombre deberá adaptarse a todas estas circunstancias o sucumbir entre ellas. El estilo y tipo de vejez dependerá de todo este síndrome de adaptación donde

entra en consideración el síndrome del stress crónico descrito por Hans Slye.

Todo esto puede llevarlo al retraimiento, el aislamiento y la depresión (años grises) o a entender el proceso, captarlo, aceptarlo y vivirlo de manera adecuada y adaptarse a las circunstancias físicas, psicológicas, laborales, familiares y sociales que se presentan (años dorados).

Así pues, existe en realidad el climaterio masculino y podría equipararse a la ¿menopausia femenina? Habría que analizar entonces las similitudes y las diferencias.

Similitudes

Desde el punto de vista familiar, social y aún laboral, existen una serie de cambios de status que son innegables. Muchas veces, el hombre tendrá más dificultad que la mujer para adaptarse a estos cambios, es más psicolábil tal vez porque ha tenido mayor poder en los años precedentes. Pero en la medida que la mujer ha irrumpido al campo laboral. Tal vez los significados serán con el tiempo cada vez más parecidos en ambos sexos.

Desde el punto de vista físico las modificaciones corporales pueden ocasionar estrechez estética en forma variable, unas veces más acusada que en la mujer o menos, según muchas circunstancias personales y ambientales concomitantes.

Diferencias

Las modificaciones en el aparato circulatorio son más evidentes en el hombre, quien está más expuesto que la mujer a los accidentes cardiovasculares y cerebrales, aunque luego de los 65 años esta posibilidad se nivela, por razones hormonales ya conocidas.

La mayor y más evidente diferencia está en el aspecto endocrino y de reproducción; la mujer, una vez desaparecidas las menstruaciones termina aquí su época reproductiva. El hombre en cambio mantiene esta capacidad -así sea en menor cantidad y calidad- además de tener producción de andrógenos testiculares y de espermas.

Conclusión

Así pues, desde el punto de vista hormonal y reproductivo, el hombre no tiene menopausia o climaterio. Desde el punto de vista psicológico, ambiental, laboral, familiar y social, el hombre como la mujer, tiene climaterio, una involución, un paso hacia la vejez, la vejez misma y la ancianidad, etapas lógicas del devenir humano, que no significan otra cosa, al haber llegado a estas avanzadas edades, que un triunfo sobre la enfermedad, puesto que los menos fuertes han quedado en el camino.