Manejo integral de la mujer y el hombre en el climaterio

Fabio Sanchez Escobar*,
Rosa Ofelia Alvarez de Sanchez**

RESUMEN

La evaluación y manejo de la mujer y del hombre durante la época del climaterio requiere de la organización y equipos de salud que trabajen en forma interdisciplinaria alrededor de las Clínicas de Climaterio para que los orienten en forma integral, no sólo como personas sino en su medio familiar y social.

Es importante manejar la parte biológica, en la evaluación de los factores de riesgo, en el diagnóstico y manejo adecuado de sus enfermedades, tratamiento farmacológico y no farmacológico, terapia de apoyo, como también orientados en sus problemas familiares, laborales y sociales en forma integral como un ser bio-sico-social que es.

Alrededor de este manejo debe haber políticas macroeconómicas para las personas de mayor edad, orientadas por el gobierno en donde se comprometan la industria, el comercio, los medios de comunicación y diferentes líderes de la comunidad, que den apoyo y reconozcan la importancia de este grupo etáreo.

Palabras claves: climaterio femenino, climaterio masculino, menopausia, andropausia, manejo integral, clínicas de climaterio, terapia Hormonal de sustitución (THS), gobierno, industria, comercio, medios de comunicación, líderes comunitarios.

SUMMARY

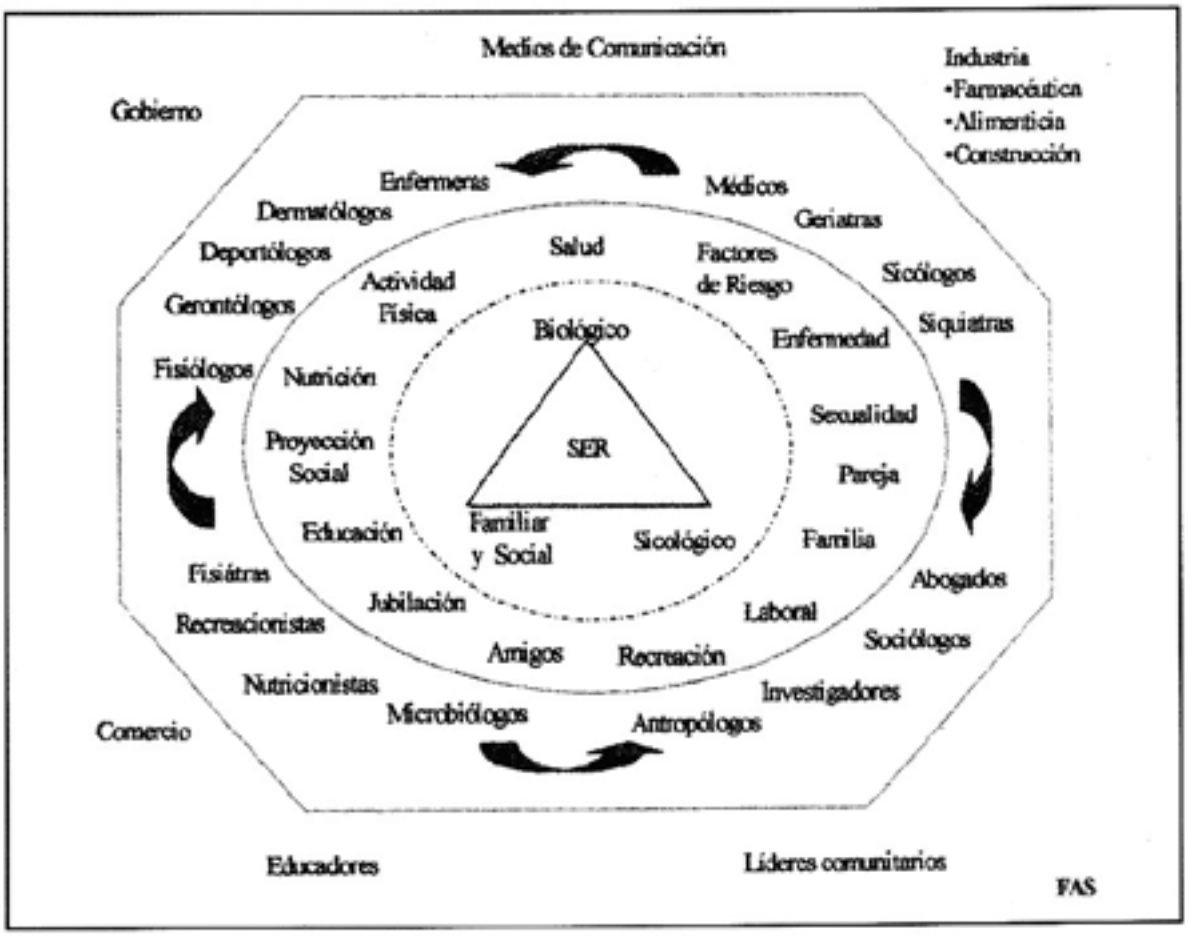
Evaluation and support for both men and women during their climateric period requires interdisciplinary health teams, ideally organized as Climateric Clinics, to orient them in an holistic way, not just as individuals, but considering their family and social enviroment, as well.

Likewise, it is very important to consider their biological aspects for the evaluation of risk factors in the adequate diagnosis and treatment of their pathologies, for the pharmacologic and non-pharmacologic treatment, for support therapy, as well as to guide therm through their family, work and social problems is an integral way, as for the bio-psycho-social being he is.

In agreement with such management, macroeconomical, government oriented policies for the older must exist, with the commitment of industry, commerce and community leaders, to give them support and to acknowledge the importance of that age group.

Key words: Female Climateric- Male Climateric- Menopause- Andropause- integral management- Climateric Clinics- Hormone Replacement Therapy (HRT)- Government Industry- Commerce- Community Leaders.

Figura 1. Manejo integral del Climaterio masculino y femenino



El enfoque del paciente en climaterio debe hacerse en tal forma que se evalúe y oriente integralmente, para ello es necesario la participación de médicos que tengan amplios conocimientos del proceso del envejecimiento, capacitados en el manejo de este grupo depacientes, en el concepto biosico-social, motivados por los programas de promoción y prevención, además deben tener el concepto de trabajo interdisciplinario con profesiones afines: sicólogos, nutricionistas, terapistas de familia, geriatras etc. Fig. 1.

Desde el punto de vista del médico es importante tener claro el concepto de lo que es el manejo integral del proceso Biológico en el climaterio, unas mujeres consultan más por el interés de control y prevención (población asintomática), otras lo hacen para el manejo de sus síntomas menopáusicos, y un porcentaje elevado para el tratamiento de sus enfermedades (población sintomática o clínicamente enferma), en tanto que en el hombre se desconoce mucho de lo que le sucede en este período, poco se le ha investigado y sólo se han manejado sus patologías existentes, pocas veces se hacen controles de tamizaje o consultas de prevención; por lo tanto la educación y prevención de la salud de este grupo poblacional está en pañales; se tiene mayor conocimiento, experiencia e investigación en la mujer.

El plan de manejo en la mujer y en algunos aspectos en el hombre, debe estar orientado a:

Tabla 1. Manejo Biológico durante el Climaterio y la Senectud

I. Evaluación Médica General:
II. Evaluación y Control de Factores de Riesgo
III. Terapia No Farmacológica, que comprende principalmente: 1. Programa nutricional 2. Actividad física 3. Exposición al sol 4. Terapia de apoyo
IV. Terapia específica de las enfermedades concomitantes
V. Terapia Hormonal de Sustitución (THS)

Este programa integral desde el punto de vista BIOLOGICO comprende:

I. Evaluación Médica General

Debe estar representada en la Historia Clínica, la cual debe ser elaborada por personal médico motivado, orientado y entrenado en estas disciplinas.

La historia debe comprender anamnesis completa, historia personal y familiar, evaluación de los factores de riesgo y de protección para las enfermedades que se presentan mas frecuentemente en esta etapa de la vida, examen físico completo, que incluya presión arterial, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), mamas y examen pélvico en la mujer y además en el hombre evaluación de genitales y tacto rectal.

Se debe complementar la evaluación con una serie de exámenes básicos necesarios para conocer el estado de salud y los factores de riesgo que presenta la persona y que consideramos como obligatorios para la evaluación inicial de todo paciente, por los mayores riesgos que se presentan y que posibilitarían hacer prevención primaria tal como hemoleucograma y sedimentación, perfil lipídico completo, glicemia basal, tirotropina (TSH), sangre oculta en materias fecales, evaluación del estado óseo mediante una prueba de tamizaje como la ultrasonografía o densitometría ósea, cuando se tienen uno o más factores de riesgo o la prueba de tamizaje alterada, citología cervico-vaginal, mamografía en la mujer y en el hombre además antígeno específico de próstata y ecografía de la misma.

Otros exámenes de solicitud especial de acuerdo con las enfermedades asociadas, a los hallazgos en la historia clínica y a los factores de riesgo personales y familiares tal como electrocardiograma, prueba de esfuerzo, cateterismo, endoscopia digestiva, tránsito intestinal, colon por enema, Rx. de columna lumbar, ecografía abdominal y pélvica, biopsia de endometrio, y en ocasiones marcadores séricos de destrucción ósea como los N telopéptidos.

II. Evaluación y Control de Factores de Riesgo

La medicina actual está orientada a detectar y controlar precozmente los factores de riesgo de las principales enfermedades que se presentan durante esta época, con el fin de disminuir o evitar la morbilidad y mortalidad, en especial lo relacionado con la enfermedad cardiovascular, osteoporosis, cáncer y enfermedad de Alzheimer; es por ello que el médico debe motivar al paciente en efectuar consultas periódicas, con el fin de evitar o al menos aminorar los riesgos, que lo llevan a sufrir uno de estos padecimientos.

1) Es importante controlar el (peso corporal, sobre peso, obesidad y bajo peso) que agravan o aumentan el riesgo de la enfermedad cardiovascular, diabetes y osteoartritis y el bajo peso incide en la osteoporosis así:

Este riesgo se evalúa utilizando el índice de masa corporal (IMC), que se obtiene de la fórmula: peso (Kg) / talla2 (m) y se interpreta según modificación de la OMS:

IMC	Clasificación	Riesgo de Co-morbilidad
< 18.5	Bajo peso	De pérdida ósea
18.5 - 24,9	NORMAL	
25 - 29,9	Pre-obeso	Aumentado
30 - 34.9	Obesidad I	Moderado
35 - 39,9	Obesidad II	Severo
40 ó más	Obesidad III	Muy Severo

También se debe tener en cuenta la relación cintura / cadera (C/C), la cual debe ser en la mujer, menor de 0.8; cuando esta relación se altera por encima de 0.85 se convierte en alto riesgo, por incremento del diámetro de la cintura por mayor depósito de grasa abdominal (distribución androide), fenómeno que está en relación con el aumento de triglicéridos, resistencia a la insulina y trastornos hormonales como consecuencia de la menor aromatización de los andrógenos circulantes, siendo mayor el riesgo de enfermedad cardiovascular, tanto en hombres como en mujeres.

En tanto la disminución importante del peso, en donde el IMC está por debajo de 18,5 se asocia a mayor riesgo de osteoporosis, por disminución del estímulo físico sobre el hueso.

2) Control de lípidos: durante la menopausia como efecto secundario de la pérdida estrogénica, se incrementa la concentración de colesterol total y LDL como también el índice aterogénico colesterol/HDL por disminución de éste último, lo que provoca daño vascular por la mayor formación de ateromas, fenómeno que se agrava por otras causas tales como alteración en la relación tromboxano / prostaciclina, mayor adhesividad plaquetaria y mayor tono vascular.

3) La vida sedentaria, tanto en hombres como en mujeres, disminuye los niveles de HDL, se incrementa la pérdida de masa ósea, aumenta la obesidad, se pierde la elasticidad de los ligamentos y el tono de la masa muscular indispensables en el equilibrio y soporte necesarios para evitar caídas y fracturas; y predispone a artrosis y anquilosis. La falta de ejercicio también influye en el metabolismo cerebral, disminuyendo endorfinas, importantes para el bienestar del individuo, su ánimo y capacidad de concentración.

4) Sin diferencia de género se debe disminuir o atenuar las noxas, especialmente la dependencia de tóxicos, tales como el alcohol, hipnóticos, sedantes y cigarrillo.

5) Disminuir la ingestión de sustancias que alteran la absorción del calcio, como medicamentos ricos en aluminio y la ingesta concomitante con el hierro y folatos, hábitos alimenticios que aumenten la excreción renal como dietas hiperproteicas, ricas en fosfatos o el abuso de sal, tanto en mujeres como en hombres.

6) Abuso de Medicamentos que alteran masa ósea como los glucocorticoides, antimetabolitos, anticoagulantes, anticonvulsivantes y sedantes que afectan el equilibrio y la fuerza muscular en ambos sexos.

III. Terapia No Farmacológica

Comprende todos aquellos hábitos y comportamientos de la vida que contribuyen al bienestar de la persona y que son la expresión de vida sana.

1) Programa Nutricional

Es necesario que el médico proporcione información clara y motive a todos los pacientes para que tengan una nutrición adecuada, o si es del caso buscar una asesoría nutricional, en donde se tenga en cuenta el control en grasas y carbohidratos, como también la ingesta de minerales, siendo uno de los más importantes el calcio, debido a que se disminuye su absorción gastrointestinal a sólo un 25% en la menopausia, a diferencia de lo que ocurre en la niñez en donde su absorción alcanza un 75% y en la edad adulta un 30 a 50%5. Zinc para mejorar inmunidad, hierro, magnesio, selenio y otros como los folatos y Vitamina B6.

Es necesario aumentar en estas pacientes la ingesta de vitamina D, por medio de alimentos enriquecidos, incrementando la síntesis a nivel de piel por la exposición al sol, o administrando los requerimientos diarios, que es de 200 UI en personas sanas y 800 a 1000 UI en pacientes con osteoporosis. Las personas de mayor edad alcanzan a tener un déficit vitamina D o sus metabolitos, como consecuencia de un déficit de la 1 µ hidroxilasa a nivel renal, escasa exposición al sol o una ingesta pobre de vitamina D, en cuyo caso es necesario la administración de los metabolitos de la vitamina D, tales como el 1 µ 25(OH)2, vitamina D3 o el 1 µ 25(OH)2 vitam. D3.

Las siguientes son las recomendaciones elaboradas por el Departamento de Agricultura en los Estados Unidos para la nutrición de las personas en edad avanzada:

• Tener una alimentación variada que comprenda los cuatro grupos siguientes:

• a) Frutas y verduras, b) granos y cereales, c) leche y derivados y d) proteínas.

• Evitar alimentos con mucha grasa, especialmente las saturadas ricas en colesterol; las cuales sólo se deben ingerir en cantidades limitadas.

• Comer alimentos con cantidades suficientes de almidón y fibra.

• No comer demasiada azúcar refinada.

• No comer cantidades exageradas de cloruro de sodio.

• Moderar la ingestión de bebidas alcohólicas.

• Mantener el peso adecuado para cada persona. (Peso saludable)

2) Actividad Física

Se necesita elaborar programas de actividad física orientada en 2 sentidos:

a. Fortalecimiento osteomuscular y b. Mejorar la capacidad cardiorespiratoria.

Toda persona mayor de 50 años, antes de empezar un programa de actividad física, debe tener una evaluación cardiovascular, idealmente una prueba de esfuerzo, especialmente en aquellas personas que aún estando sanas presentan uno o más facto

res de riesgo, con el fin de conocer la reserva cardíaca y prescribir el ejercicio individualmente, esta prueba nos permite conocer:

a) El electrocardiograma
b) La capacidad funcional la cual está representada por el volumen máximo de oxígeno (VO2 max).
c) Frecuencia cardíaca y presión arterial máxima individualizada en cada paciente.
d) El ritmo cardíaco.
e) Signos o síntomas limitantes.

Toda persona debe consultar o buscar orientación médica en cualquier edad, si la actividad física le provoca opresión precordial, fatigabilidad excesiva, dolores osteoarticulares u otro síntoma anormal; es por esto que el ejercicio debe prescribirse en forma individual, el cual debe ser periódico, aproximadamente 3 a 4 veces a la semana, de una duración no menor de 30 minutos y con una intensidad moderada, en tal forma que permita alcanzar una frecuencia cardíaca máxima que corresponda al 70 a 80% de la frecuencia esperada, siempre y cuando no haya ninguna contraindicación, si esto no es posible, al menos se recomienda caminar así sea sólo 10 a 15 minutos diarios.

Para obtener la frecuencia cardíaca máxima, durante la fase de entrenamiento siempre y cuando la persona no tome medicamentos que afecten la actividad cardiovascular y de acuerdo con la edad de la persona, se utiliza la fórmula:

220 - edad x 80%

Es importante enfatizar a las personas de mayor edad, que cuando van a iniciar su actividad física deben recibir una orientación adecuada, utilizar vestidos adecuados y confortables, de colores claros que eviten el sobre calentamiento y los haga más visibles para evitar accidentes y por último pero no menos importante zapatos cómodos.

El ejercicio debe iniciarse en forma progresiva, hacer estiramiento y calentamiento, luego iniciar con intensidad variable para cada persona y al final hacer ejercicios de relajación.

El ejercicio aeróbico tal como caminar, subir escalas, bailar, nadar y pedalear en bicicleta estática tiene como interés, mejorar la capacidad cardiorespiratoria, capacidad que se disminuye en 5,5% por cada 10 años a partir de los 35 años, independiente de la menopausia.

Estudios prospectivos han demostrado que el mantener un estilo de vida que comprenda algún grado de actividad física, fundamentalmente con la realización de ejercicios dinámicos, se asocia a reducción sustancial en la incidencia de enfermedad coronaria y sobre el sistema osteomuscular, control de peso y el estado emocional de la persona, lo cual redunda en una mayor capacidad física e intelectual.

El ejercicio estimula la síntesis de matriz osteoide actuando sobre los osteoblastos y la mineralización efecto que se debe complementar con una ingesta adecuada de calcio.

En conclusión el ejercicio ejerce un papel importante:

• Aumentando la masa ósea,
• Mejora la fuerza muscular, lo que protege de las fracturas.
• Aumenta la capacidad cardiopulmonar y la oxigenación sistémica:
• Aumenta el diámetro y número de las arterias coronarias, la circulación colateral y periférica.
• Modifica las lipoproteínas al disminuir colesterol, las LDL y triglicéridos y aumenta la HDL.
• Mejora el metabolismo de los carbohidratos y la resistencia a la insulina.
• Si el ejercicio se hace a la luz del día se obtiene además el efecto positivo que ejercen los rayos del sol, al estimular la síntesis de vitamina D.
• Controla el peso corporal,
• Mejora el sueño.
• Mejora el equilibrio y el estado de alerta.
• Da sensación de bienestar y dinamismo por liberación de endorfinas.
• Estimula en la persona cambios en el estilo de vida, suspensión o disminución de hábitos tales como fumar, alcohol, vida sedentaria,
• Cuando se hace en grupo, favorece las interrelaciones y evita el aislamiento y por lo tanto la depresión
• Mejora la autoestima

La inactividad física tiende a incrementar factores de riesgo que aumentan la incidencia de infarto del miocardio; tales como hemoconcentración, y aumento de la viscosidad sanguínea por elevación del hematocrito y hemoglobina, fibrinógeno, y adhesividad plaquetaria, además mayor pérdida de masa ósea que induce a la osteoporosis y disminución de la masa muscular, fenómeno que es mayor en mujeres que en hombres.

3) Exposición al sol

En un país como el nuestro se ha manejado el sofisma de que no existe déficit de vitamina D debido a que tenemos sol casi todos los días del año, concepto que es válido, sin embargo las personas mayores de 60 ó 65 años requieren suplementación por varias causas:

a) La mayoría del tiempo las personas adultas permanecen recluidas dentro de sus casas y oficinas evitando la exposición directa al sol.

b) En ocasiones cuando se exponen al sol, se someten a la aplicación de cremas protectoras solares que impiden la penetración de rayos ultravioleta, los cuales son necesarios para la transformación del 7 hidroxi-colesterol en colecalciferol o vitamina D.

c) La exposición al sol es menor en personas de mayor edad como consecuencia de sus problemas a nivel de piel: Melasma y carcinomas o a que permanecen enclaustradas.

d) En la senectud hay déficit de calcitriol (vitamina D3), metabolito de la vitamina D, debido al déficit de la 1 alfa hidroxilasa a nivel renal, además hay déficit de receptores de la vitamina D3 en el tracto gastrointestinal surgiendo la resistencia a la vitamina D3. Este metabolito es el que verdaderamente actúa a nivel gastrointestinal, renal y en especial en el hueso.

Por todas estas alteraciones se presentan en el anciano el déficit de vitamina D3, razón por la cual induce con los años el agravamiento de la osteoporosis cortical u osteoporosis tipo II.

Para evitar el déficit de vitamina D3, es necesario que todas las personas tengan un mínimo de 30 minutos por semana de exposición al sol, y en ancianos es necesario complementaria con la administración de los metabolitos de la vitamina D.

4) Terapia de Apoyo

En ocasiones es necesario que el médico le brinde a los pacientes algún tipo de terapia de apoyo, los oriente en sus dificultades, los motive a hacer cambios en su estilo de vida, proteger su salud y aumentar su autoestima, pero en los casos en que se

presenten estados depresivos, ansiedad, pérdida de la autoestima, es necesario solicitar la ayuda de profesionales capacitados en el área de la psiquiatría y la sicológica o en ocasiones incluirlos en programas de terapia de familia.

IV. Terapia Específica de las Enfermedades Concomitantes

En esta edad, se sabe que cerca del 70% de las pacientes padecen alguna enfermedad crónica, concomitantemente con el proceso del climaterio, y con el agravante de que el hipoestrogenismo aumenta la morbilidad, es así como entidades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis, enfermedades osteoarticulares, Alzheimer, cáncer, enfermedades pulmonares, incontinencia urinaria y fecal e infecciones urinaria, várices, glaucoma, cataratas, artritis y artrosis son muy frecuentes, por lo que se requiere el manejo adecuado de las enfermedades de base.

El hombre comparte estas patologías y en especial la enfermedad cardiovascular principal causa de muerte en los mayores de 35 años, la osteoporosis que de acuerdo con la National Osteoporosis Foundation, 20 a 25 por ciento de todas las fracturas en los Estados Unidos ocurren en hombres; y el cáncer, siendo el de próstata el segundo mas diagnosticado después del de piel en USA; uno de cada 5 hombres desarrolla este cáncer y cerca del 3% mueren por esta causa.

V. Terapia Hormonal de Sustitución (THS)

La terapia de sustitución hormonal en el climaterio (THS), consiste en la administración medicamentos a base de estrógenos y progestágenos con el fin de alcanzar las concentraciones basales de estrógenos por encima de los 30 pg/ml.

El papel protector de estas hormonas es bien conocido, al disminuir en más de un 50% el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular, el riesgo de fracturas, el cáncer de colon, y retardar la aparición de la enfermedad de Alzheimer. El médico tiene un papel importante para instruir a las mujeres sobre el efecto protector que tiene la THS y por lo tanto garantizar la adherencia al tratamiento.

Cada vez más se conoce la importancia de la THS en la prevención primaria y secundaria, sinembargo el cumplimiento o adherencia al tratamiento por parte de la paciente es bajo, es así como se calcula que el 50% de las mujeres han abandonado el tratamiento a los 6 meses de la prescripción y el número de mujeres con terapia hormonal es muy bajo con relación a la población de mayor edad, en Colombia se calcula en un 4%.

A diferencia de la mujer, en los hombres, los niveles de testosterona caen gradualmente en pequeñas concentraciones a través de la vida, con un rango de edad tan amplio como 30 a 70 años y cuyo nivel puede llegar a un tercio o la mitad de la testosterona de un hombre joven. Esta disminución se asocia con elevación del colesterol, enfermedad cardiovascular, debilidad muscular, osteoporosis, aumento de peso, cambios sicosexuales, y en raros casos oleadas de calor.

En hombres jovenes con deficiencia patológica de testosterona pueden mejorar de su sintomatología con la THS. Los hombres mayores que presentan patologías concomitantes tales como desnutrición, diabetes mellitus y enfermedad cardíaca tienen más severa disminución de testosterona que los hombres sanos y quizás se podrían beneficiar de la terapia de reemplazo previo estudio de la próstata, sinembargo la terapia hormonal de sustitución para el hombre se encuentra en el campo de la investigación, aunque parece ser beneficiosa es necesario de mayores estudios.

Otros componentes del climaterio que requieren del manejo integral y asesoría interdisciplinaria en situaciones especiales

Esfera sico-socio-laboral

Es importante considerar en las personas otros aspectos vitales, además del manejo puramente biológico; es así como se debe tener en cuenta factores que influyen en su bienestar en la esfera sico-socio-laboral, facilitar su interrelación y orientación, animarlos para que asuman en forma funcional las dificultades que se les presentan, estimularlos a pensar y programar su vida futura, de modo que ella puedan hacer los cambios que le permitan vivir situaciones más placenteras y acordes con sus expectativas, tanto en sus hábitos.

Es necesario la participación de los medios de comunicación para hacer difusión e información clara, objetiva y verídica sobre el cuidado de la salud, libre de fantasías y opiniones empíricas, que sólo crean desinformación.

Los líderes en salud deben asumir papeles de liderazgo en educación en salud además deben establecer programas dirigidos a detectar o modificar factores de riesgo como también diagnosticar precozmente algunas enfermedades por medio de exámenes como: medición periódica de la presión arterial, glicemias, perfil lipídico, mamografías, ultrasonidos, etc, mediciones que se deben efectuar a jóvenes con factores de riesgo, a personas mayores de 40 años y a todas aquellas que son sintomáticas.

Desde una visión macro, están comprometidos el gobierno, la industria y el comercio, estando el gobierno obligado a dar una orientación con beneficio social para una franja de personas cada vez más olvidada debido a que no hacen parte de la producción del país, pero con un valor muy importante, cual es el de conservar las costumbres y el poder ético del mismo.

Le corresponde al gobierno promover no sólo la aprobación de leyes que beneficien a estas personas sino crear insti-

tutos y centros, empresas que promuevan la actividad laboral y aún integre a las personas con capacidades de liderazgo e interesadas en una proyección social, creación de hogares de día y hogares de reclusión para aquellas personas que tienen limitaciones físicas, mentales y económicas.

Debe establecerse beneficios económicos en los programas culturales y de diversión masivos no sólo para los niños sino para las personas de mayor edad.

La industria en esta concepción integral tiene un compromiso importante en la calidad de vida de este grupo de personas. Es así como en la construcción se deben planear viviendas cómodas, iluminadas con superficies antideslizantes, sin escalas, ni niveles o con la debida seguridad, con facilidades de acceso a todas las habitaciones, cocinas y sanitarios. En las viviendas se deben integrar todos los módulos de comunicación y diversión: teléfono, Fax, TV, computadores, etc que les permita una mejor interacción con el mundo exterior. En las unidades de vivienda se deben integrar los lugares de diversión y esparcimiento, con jardines, parques, vías para caminar y aún gimnasios.

La industria alimenticia tiene la necesidad de elaborar alimentos enriquecidos en minerales como calcio, magnesio, zinc, hierro y selenio, vitaminas principalmente B y D y antioxidantes como la C y E. Algunos alimentos enriquecidos y dietéticos, descremados, semidescremados y deslactosados para que sean ingeridos por personas que tengan problemas en lípidos, hidratos de carbono o intolerancia a la lactosa, en este último caso sustancias que metabolizan la lactosa antes de ser ingeridos o al momento de tomarlos.

A la industria farmacéutica le ha correspondido enfrentar esta situación, reto que viene haciendo por medio de múltiples proyectos de investigación, logrando no sólo elaborar medicamentos que actúen en forma preventiva sino aún resolviendo muchos de las enfermedades existentes, sinembargo sus altos costos de investigación, fabricación y distribución no permiten que se beneficien un mayor número de personas.

Es un reto para la industria farmacéutica la fabricación de medicamentos que estén al alcance del mayor número de personas de diferentes clases socioeconómicas, pues son sustancias que se tienen que tomar por largos años.

El manejo integral tanto del hombre como de la mujer se debe hacer desde la organización de las Clínicas de Climaterio, cuyos objetivos y de acuerdo a nuestra experiencia aspiraciones personales (deseos, gustos, intereses), promover el autocuidado, y lograr unas interrelaciones familiares y sociales más armónicas y satisfactorias, ya que aún le resta por vivir por lo menos un tercio de su vida9.

I. Programa Integral desde los Aspectos Sicosociales

En las evaluaciones periódicas se debe profundizar cada vez más teniendo en cuenta aspectos como los descritos a

a) Como persona y desde el punto de vista sicológico, en sus relaciones familiares, en el área laboral y especialmente en la época de la jubilación, el uso del tiempo libre, la posibilidad de estudios o trabajos gratificantes y la recreación ya que una vida ociosa es causa de mayor morbilidad, baja autoestima y depresión10-14.

b) A nivel familiar se debe analizar su organización; interrelaciones, solidaridad y apoyo.

c) En el aspecto social a medida que avanzan los años es cada vez menor el número de miembros de familia y amigos contemporáneos, lo que da origen al aislamiento y a la depresión, es por ello que es necesario cultivar las amistades, encontrar nuevas y aprender a convivir con personas de menor edad que les permita compartir su afectividad, cariño y protección. Los programas de proyección social, educativos, religiosos, etc. Son espacios que llenará las necesidades que todos tenemos como seres sociales, son oportunidades de compartir, aprender, divertirse, dar apoyo y compañía.

La infancia y adolescencia fueron etapas de crecimiento y desarrollo, la edad adulta se caracteriza por la productividad y reproductividad en lo personal y familiar, el climaterio y la senectud es la oportunidad para dar a los demás algo de lo mucho recibido en pro del bienestar de todos, con un programa de proyección social15.

Por lo anterior se deduce que la mujer y el hombre en el climaterio y en la senectud requiere un manejo integral por parte del grupo interdisciplinario, quienes deben tener la capacidad de comprender y apoyarlos para que replanteen su vida, sean útiles durante el mayor tiempo de su existencia, lo cual se facilita mediante programas de protección de la salud.

Aunque este objetivo de cuidado de la salud en el climaterio es importante, es necesario que se inicien campañas educativas desde la niñez, con el fin de obtener adultos y principalmente ancianos en las mejores condiciones posibles, autónomos, que les permita vivir sus últimos años con satisfacción y equilibrio mental.

II. Programa integral desde el Aspecto Macroeconómico

Se deben establecer estrategias para involucrar múltiples entidades e instituciones lideradas por el estado, que contribuyan al manejo integral de las personas de mayor edad.

Se requiere el compromiso de educadores, líderes comunitarios, personal de la salud y de la familia misma para que difunda los buenos hábitos de cuidado de la salud y evitar los factores de riesgo, educación que se debe hacer desde la niñez y la juventud para alcanzar así una vejez con mínimas limitaciones posibles.

En la Unidad de Osteoporosis y Climaterio de la Clínica del Prado y en la Clínica de Climaterio de la Universidad de Antioquia bajo la dirección de Bienestar Universitario, en Medellín son:

1. Atención médica, sicológica y sexológica a pacientes en forma integral y sistematizada.

2. Control a largo plazo y evaluación de los beneficios y riesgos de la THS y otros medicamentos utilizados durante esta época.

3. Estructurar y desarrollar programas de tamizaje para las enfermedades más frecuentes.

4. Educación e información a pacientes y a profesionales de la salud en promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades, utilizando todos los medios de comunicación disponibles.

5. Trabajar en forma interdisciplinaria con diferentes especialidades médicas y profesionales afines.

6. Evaluación de los costos/beneficios de los programas de prevención.

7. Seguimiento de los diferentes programas.

8. Planear y ejecutar investigaciones en este campo.

Todos estos programas que están dirigidos a las personas de mayor edad se pueden orientar por medio de la creación de Clínicas de Climaterio, donde se involucre no sólo a la mujer y al hombre sino todo el contexto social y familiar.Y desde la mirada del cuidado integral de la salud se debe trabajar desde la niñez y adolescencia con programas especiales que involucren a los distintos centros educativos, profesionales de la salud y medios de comunicación.

Bibliografía

1. Asociación Colombiana de Obesidad y Metabolismo. La obesidad un problema de salud pública. Adipocito 1999; 4: 3-23.
2. Calle, EE., Thun MJ., Petrelli, JM., Rodríguez, C., Heath, CW. Body - mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. Adults. N Engl J Med. 1999; 341: 1097-1105.
3. Huang, Z., Willett, WC., Manson, JE., Rosner, B., Stampfr, MJ., Speizer, FE., Colditz, GA. Body weight change, and risk for hypertension in women. Ann Int Med. 1998; 128: 81-88.
4. Despres, J.P., Lamarche, B., Mauriege, P., Cantin, B., Dagenais, G.R., Moorjani, S., Lupien, P.J. Hyperinsulinemia as and independent risk factor for ischemic heart disease. N Engl J Med. 1996; 334: 952-7.
5. Alwers, R., Urdinola, J., Onatra, W., Sánchez, F., Posso, H. Changes in normal lipid profile of menopausal women with combined hormone replacement therapy comparative clinical trial of two hormonal combinatios (conjugated estrogens/medroxyprogesterone acetate versus estradiol valerate/cyproterone acetate). Maturitas. 1999; 32: 41-50.
6. Sánchez, F., Urdinola, J., Onatra, W., Poam, H., Sánchez, J., Alwers R. Manifestaciones
clínicas en la menopausia y sus modificaciones con la terapia hormonal de sustitución. Ensayo clínico multicéntrico colombiano comparativo de dos mezclas hormonales. Rev Col Obst Ginecol. 1996; 47: 263.
7. Grodstein, F., Stampfer, M.J., Coldib, J.A., Willett, W.C., Manson, J.E., Joffe, M., Rosner, B., et all. Posmenopausal hormone therapy and mortality. N Engl J Med. 1997; 336: 1769-75.
8. Ettinger, B., Friedman, G.D., Bush, T., Quesenberri, C.P. Reduced mortality associated with long-term posmenopausal estrogen therapy. Obstet Gynecol. 1996; 87: 6-12.
9. Paganini-Hill, A., Dworski, R., Krauss, R.M. Hormone replacement therapy, hormone levels, and lipoprotein cholesterol concentrations in elderly women. Am J Obstet Gynecol. 1996; 174: 897-902.
10. Caushi L.H., Fee, R.M., Folsom A.R., Mink P.J., Anderson, K.E., Selers TA. Physical activity and mortality in posmenopausal women. JAMA. 1997; 277: 1287-1292.
11. Caulei, J.A., Seeley D.G., Browner W.S., Ensrud, K., Kuller, LH., et all. Estrogen replacement therapy and mortality among older women. Arch Intern Med. 1997; 167: 2181-2187.
12. The Writing Group for the PEPI Trial. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. JAMA. 1995; 273: 199-208.
13. Samaan, S.A., Crawford, M.H. Estrogen and cardiovascular function after menopause. J. Am Coll Cardiol 1995; 26: 1403-1410.
14. Rich-Edwards J. W., Manson, J. E., Henekens, C. H. et all. The primary prevention of coronary heart disease in women. N Eng J Med. 1995; 332: 1758-1766.
15. Manson, J.E. Tosteson, H. et all. The primary prevention of

coronary infarction. N Eng J Med. 1992; 326: 1406-1416.

16. Herrera Peral, J. Villegas Muñoz, E. Climaterio: modificaciones lipídicas y riesgo cardiovascular. p 147-165. En: Palacios Santiago. Climaterio y Menopausia. Madrid. Ed. Mirpal. 1993; 337 p.
17. Nabulsi, A.A., Folsom, A.R., White, A., Patsch W., Heis G., et all. Association of hormone replacement therapy with various cardiovascular risk factors in posmenopausal women. N Engl J Med. 1993; 328: 1069-1075.
18. Sutnick, M. R. Nutritional aspects of the menopause p 155-170. In: Eskin BA. The menopause comprehensive management. New York: MacGraw Hill. 1994; 382 p.
19. Dalsky, G.P. Exercise: lts effects on bone mineral content. Clin Obstet Gynecol 1987; 30: 820-832.
20. Kushi, L.H., Fee R.M., Folsom, A.R. et al. Physical activity and mortality in postmenopausal women. JAMA 1997; 16: 1287-1292.
21. Kanders, B., Dempster, D.W., Lindsay, R. Interaction of calcium nutrition and phisical activity on bone mass in young women. J Bone Min Res 1988; 3: 145-149.
22. Sánchez, F., Alvarez, R. O. Vivir con plenitud y calidad en la madurez de la vida. Rev Colomb Menopausia. 1997; 3: 34-39.
23. Sierra de J Margarita. La crisis del amor 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 1995.
24. Pittman, FS. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Ed. Paidos. Buenos Aires. 1990 1a. edición p. 275
25. Vera, A.H., Rentería, S., Sánchez, F., Morales, L.F. Conceptos y creencias sobre menopausia, estudio en 240 mujeres distribuidas en dos grupos de edades. Rev. Colomb. Menopausia. 1996; 2: 51-56.
26. Henao Delgado, H. Familias que se conforman por segunda vez. Análisis de 20 familias clínicas. Prólogo. Persona y Familia. Investigación, Educación y Asesoría a la familia. 1994. Medellín 3.
27. 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 abril 1994. Pág. 398.