Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EDAD DE CLIMATERIO EN EL NIVEL PRIMARIO DE LA RED DE SALUD (APS)

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud de Chile lleva décadas progresando en diversos aspectos de la salud pública. Las reformas más recientes no solamente persiguen metas de prevención y control de la morbimortalidad, también pretenden mejorar sustancialmente la calidad de vida de las personas, elevando los estándares de los sistemas de atención de salud, mejorando el acceso, la calidad de las prestaciones, el financiamiento y la oportunidad de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, procurando reducir las desigualdades sociales.

A las diversas iniciativas de fomento del autocuidado se agregan elementos claves para que éste sea efectivo; es así como los sistemas de salud, organizados en redes, aumentan su cobertura y se centran en los usuarios incorporando múltiples componentes biopsicosociales, acorde con el concepto de bienestar de los individuos insertos en su medio, como objetivo de salud. Se espera que un modelo integral, que enfatiza la promoción y prevención de la salud tenga mayor efecto en las metas de impacto sanitario y de calidad de vida para las personas, sus familias y comunidades.

Chile transita demográfica y epidemiológicamente hacia el aumento sostenido de la población de adultos mayores y la disminución de niños y niñas, adolescentes y jóvenes. Este fenómeno obliga a reenfocar las políticas de salud observando las necesidades de cada etapa del curso de vida considerando sus diferencias epidemiológicas. Adicionalmente se ponen de manifiesto las implicancias de las acciones sanitarias que se realizan en la infancia y adolescencia y que se proyectarán sobre la salud y calidad de vida del grupo de adultos en el futuro.
La situación de las mujeres ha experimentado cambios significativos entre ellos: el aumento progresivo de las oportunidades de inserción laboral, control de la natalidad, reducción de la fecundidad, mejoramiento en la eficacia de medidas preventivas, aumento en la expectativa de vida, reducción de barreras de género, cambios de roles sociales, todos los cuales han de ser considerados en su atención de salud.

En 1994, el Ministerio de Salud, después de haber alcanzado excelentes indicadores universales de salud, adoptó la decisión de transformar el programa de Salud Materna y Perinatal (1991) en uno más amplio: el Programa de Salud de la Mujer. Así se agregaron a este programa, aspectos no reproductivos tales como salud mental, salud laboral, atención en el período preconcepcional, salud de la etapa posreproductiva dando relevancia al enfoque de género en las actividades programáticas, sin descuidar las acciones de protección del proceso reproductivo.

La Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020, define metas para continuar disminuyendo la morbimortalidad y para mejorar la salud de las personas a través de su curso vital, en cinco etapas separadas de acuerdo a la vulnerabilidad de cada una: salud de la mujer y del recién nacido, salud del niño y de la niña, salud de adolescentes y jóvenes, salud del adulto y del adulto mayor. En esta lógica, la salud global de la mujer que va cambiando de etapas, se aborda como un proceso continuo, ya que las características y condiciones propias de cada etapa del curso de vida afecta al período siguiente.

Estas Orientaciones técnicas surgen con los objetivos estratégicos para el decenio, poniendo el foco en mejorar la calidad de vida de la mujer adulta, en la etapa que va desde la declinación de la fertilidad hasta los 64 años; es importante señalar que éste grupo no contaba hasta la fecha con un manejo integral. Las acciones propuestas suponen lograr metas en cobertura, indicadores de calidad de

vida y reducción de la morbimortalidad, sobre todo en aquellas relacionadas con causas prevenibles, condicionantes sociales y estilos de vida. El uso planificado de las redes asistenciales, contribuirá a superar las desigualdades observadas en los distintos grupos etarios vulnerables. Son el fruto de un trabajo multidisciplinario destinado a plasmar el enfoque integral de salud, en recomendaciones concretas para la salud de las mujeres en el período de climaterio, basadas en la mejor evidencia disponible. Asumen los objetivos sanitarios para el decenio, procurando perfeccionar modelos de atención para la mujer, con el propósito de contribuir a elevar su calidad de vida. Consecuentemente, se perfeccionan los contenidos de los contactos claves del personal de salud con las usuarias, integrando los instrumentos que detectan los problemas de salud y sacando provecho de cada oportunidad para aplicar medidas preventivas y curativas específicas.

Se ha puesto especial cuidado en la planificación de actividades susceptibles de ser realizadas en el nivel primario con criterios claros de derivación al nivel secundario, para el que se entregan pautas orientadoras actualizadas, que servirán de apoyo a las decisiones clínicas, con énfasis en aquellas que tienen mayor impacto o que han sido objeto de controversia.

El progreso de la medicina y las necesidades que irán surgiendo con la aplicación de estas Orientaciones Técnicas, harán necesario producir nuevas versiones que recojan los aportes de los diversos niveles de los equipos de salud en el futuro.

Profesionales que participaron en la elaboración del documento

Sergio Brantes Glavic	Médico Endocrinólogo, Profesor Asistente Universidad de Chile, Presidente de SOCHEG, Past President de SOCHICLIM, Director de SOCHED y SCHOMM.
Arnaldo Porcile Jiménez	Médico Gineco-obstetra, Gineco-endocrinólogo, Profesor Asociado Universidad de Chile, Past President SOCHEG
Paula Vanhauwaert Sudy	Médico Gineco-obstetra, Docente Universidad de Chile, Secretaria General de SOCHEG.
Manuel Parra Armendaris	Médico Gineco-obstetra, Profesor Asociado Universidad de Chile, Director de SOCHEG; SOCHOG y SOCHICLIM
Juan Enrique Blümel Méndez	Médico Endocrinólogo, Profesor Asociado Universidad de Chile, Ex presidente de SOCHICLIM
Colaboradores(as):	
Enrique Jadresic Marinovic	Médico Psiquiatra, Profesor de la Universidad de Chile
Eugenio Suárez Pacheco	Médico Coordinador Comisión Nacional de Cáncer Cervicouterino, Gineco-Oncólogo, Jefe Unidad Oncología Ginecológica, Hospital San Borja Arriarán, SSMCentral
Pascuala Alvarado Briceño	Matrona Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina. Universidad Mayor, Representante del Colegio de Matronas.
Ana Ayala González	Matrona Magister en Salud Pública, División Atención Primaria MINSAL.
Lorena Binfa Esbir	Matrona Prof. Asoc. Lorena Binfa Esbir, MSP; Ph.D Directora Escuela de Obstetricia Universidad de Chile
Javiera Carrera Peña	Matrona Cesfam Félix de Amesti. Representante APS y Colegio de Matronas.
Luis Cruzat Triantafilo	Médico Gineco-obstetra, Director de SOCHEG
Gladys Fuentes Bravo	Matrona, MSc en educación.
Mónica Herrera Casanova	Sectorialista de Salud SERNAM
Margarita Sáez Salgado	Antropóloga Jefa Unidad de Pueblos Indígenas. DIPOL. MINSAL
René Montaño Villegas	Presidente de Sochiclim,ginecoobstetra,experto Latino Americano en Climaterio, past presidente de ALEG
Cecilia Moya Suárez	Enfermera, Jefa Unidad de Programas de Reforzamiento. División Atención Primaria. MINSAL.
Lea Derio Palacios	Enfermera, Unidad de Cáncer Departamento de Enfermedades no Transmisibles DIPRECE/Subsecretaría de Salud Pública
Mario Paublo Montenegro	Médico Gineco-obstetra. Jefe Depto. de Procesos Clínicos Asistenciales. División Gestión de la Red Asistencial.
Solange Burgos Estrada	Matrona Unidad Salud de la Mujer. Depto. de Procesos Clínicos Asistenciales. División Gestión de la Red Asistencial
Irma Rojas Moreno	Enfermera, Dpto. Salud Mental DIPRECE/Subsecretaría de Salud Pública

Xenia Benavides Manzoni	Nutricionista, Encargada Técnica de Nutrición y Alimentos. División de Atención Primaria. Redes Asistenciales.
Carolina Peredo Couratier	Matrona, Dpto. del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Mayra Torres Cisternas	Matrona, Dpto. del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Marta Prieto Méndez	Matrona, Magister en Salud Pública. Encargada Nacional de Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama DIPRECE MINSAL

Edición y responsabilidad técnica División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

- Dra. Lorna Luco Canales. Jefa División Prevención y Control de Enfermedades.
- Dra. Sylvia Santander Rigollet. Encargada del Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes. Jefa del Dpto.de Ciclo Vital. Asesora Ministerial de Género.

Elaboración, redacción y edición, equipo técnico del Programa Salud de la Mujer

- Miriam González Opazo. Matrona Encargada del Programa Nacional Salud de la Mujer
- Dr. Eghon Guzmán Bustamante Asesor Programa Nacional Salud de la Mujer
- Dr. Marco Clavero Pérez Asesor Programa Nacional Salud de la Mujer

Programa Nacional Salud de la Mujer
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública.

Primera Edición: Enero 2014
4.000 ejemplares
Resolución Excenta Nº 947
27 Diciembre 2013
División de Jurídica

Derechos Reservados
ISBN: 978-956-348-050-4

CONTENIDOS

PRESENTACIÓN **3**
Profesionales que participaron en la elaboración del documento 5
I. INTRODUCCIÓN **10**
1. Descripción y epidemiología de mujeres de 45 a 64 años 10
2. Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010 11
3. Principales indicadores de salud en la mujer de 45 a 64 años 16
4. Implicancias del diagnóstico de salud en el climaterio 23
II. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD (ENS) 2011–2020 **24**
III. MODELO INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO **27**
IV. ALCANCE DE LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS (OT) **30**
1. Población objetivo 30
2. Instituciones y especialidades clínicas a las que se dirigen estas OT 30
3. Profesionales a los que están dirigidas estas OT 30
3.1 Equipo de salud recomendado en atención primaria (APS) o su equivalente en las demás instituciones de salud cada uno en el ámbito de sus competencias. 30
3.2 Equipo de salud recomendado de atención de nivel secundario y terciario 30
3.3 Rol del técnico estadístico 31
4. Difusión de las OT 31
5. Implementación en la red asistencial pública y privada 31
V. OBJETIVOS **32**
1. Principales objetivos de estas Orientaciones Técnicas (OT) 32
VI. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EDAD DE CLIMATERIO **32**
1. Manejo integral de problemas que afectan la calidad de vida 32
1.1 . Calidad de vida 32
1.2. Prevención de morbilidad: 33
2. Implicancias de factores de riesgo psicosocial 33
3. Manejo de factores psicosociales 34
4. Acciones promocionales y preventivas en mujeres en edad de climaterio 35
4.1 Importancia del estilo de vida en los cuidados preventivos en la salud de la mujer en edad de climaterio. 35
4.1.1 Dietas y buenos hábitos de alimentación 35
4.1.2. Actividad física 35
4.1.3 Detención del tabaquismo 36
4.2. Actividades promocionales para ser realizadas en APS: 36
4.2.1 Consejería para mujeres en edad de climaterio 36
4.2.2 Talleres educativos para mujeres en edad del climaterio 39

VII. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES **41**
1. Riesgo de enfermedades cardiovasculares 41
Medidas eficaces para reducir el riesgo cardiovascular 42
2. Riesgo de osteoporosis 42
3. Suplementos de calcio y vitamina D 45
4. Riesgo de cáncer de mama y cáncer de mama incidente 46
Actividades para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama 46
5. Riesgo de cáncer cérvico uterino 47
VIII. SÍNDROME CLIMATÉRICO: ESTUDIO Y MANEJO **48**
1. Manifestaciones del síndrome climatérico 48
Síntomas climatéricos 48
Salud del sistema osteo-articular y músculo-tendinoso 48
Metabólico y cardiovascular 49
Neurológico 49
Efectos del hipoestrogenismo en la piel 50
Salud Mental 50
2. Evaluación de síntomas en mujeres en edad del climaterio 51
IX. NIVELES DE ATENCIÓN EN LA RED DE SALUD **52**
1. Nivel de atención primaria 52
1.1 Controles de salud 52
1.2 Acciones en el primer control (ingreso a la atención profesional) 52
1.3 Acciones en el segundo control 54
1.4 Acciones en controles de seguimiento (tercer control en APS y posteriores). 55
2. Nivel de atención secundaria 56
3. Flujograma del programa para el cuidado de salud de la mujer en edad de climaterio 57
4. Flujograma: Acciones al ingreso y controles en APS 58
X. MANEJO EN APS DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS EN PERIMENOPAUSIA Y POSMENOPAUSIA **59**
1. Atrofia vaginal 59
2. Infección recurrente del tracto urinario (ITU) 59
3. Incontinencia urinaria 59
4. Prolapso genital 60
5. Sangrado uterino anormal en la perimenopausia 60
Trastornos de la frecuencia de ciclo menstrual en la perimenopausia 60
Trastornos del volumen de sangrado 61
6. Quiste ovárico o anexial 62
7. Anticoncepción en la perimenopausia 62
8. Engrosamiento endometrial asintomático como hallazgo ecográfico en posmenopausia. 62
9. Manejo del sangrado genital anómalo en la posmenopausia 63
Flujograma: manejo de sangrado posmenopáusico en nivel primario de atención 63

XI. TERAPIA DE REPOSICIÓN HORMONAL EN LA MUJER SIN COMORBILIDAD O DE BAJA COMPLEJIDAD **64**

1. Tratamientos recomendados para el déficit hormonal en la perimenopausia 64
Insuficiencia luteal o con ciclos monofásicos 64
Reposición estrogénica en la perimenopausia 64
2. Indicaciones de TRH en posmenopausia 65
Dosis diaria recomendada cuando la hormonoterapia es oral 65
Dosis diaria recomendada cuando la terapia estrogénica es transdérmica: 66
3. Contraindicaciones de TRH 66
Contraindicaciones absolutas para iniciar o mantener una terapia con estrógenos 66
Contraindicaciones relativas para TRH 67
4. Control y continuación de la TRH 67
Frecuencia de controles 67
5. Terapias no TRH para el manejo de la posmenopausia 68
Moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERMs) 68
Fitoestrógenos 68
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN) 68
Gabapentina 68
Humectantes y lubricantes vaginales 68

XII. ANEXOS **70**

Anexo Nº 1. MRS (Menopause Rating Scale) 70
Anexo Nº 2. Formulario Complementario a MRS 71
Anexo Nº 3. EMPA modificado 72
Anexo Nº 4. Instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar 73
4.1 APGAR familiar de Smilkstein 73
4.2 Genograma (árbol familiar) 75
Anexo Nº 5. Indicadores de violencia y riesgo (SERNAM) 77
Indicadores de violencia 77
Indicadores de Riesgo 77
Ficha de derivación a centros de la mujer, "Programa Chile Acoge" 78
Anexo Nº6. Instrumento FRAX para definir riesgo de fractura 79
Anexo Nº7. Instrumento ORAI para decidir densitometría 80
Anexo Nº 8. Talleres grupales educativos 81
Talleres educativos, unidades nº 1 a 10. 81

GLOSARIO **100**

REFERENCIAS **101**

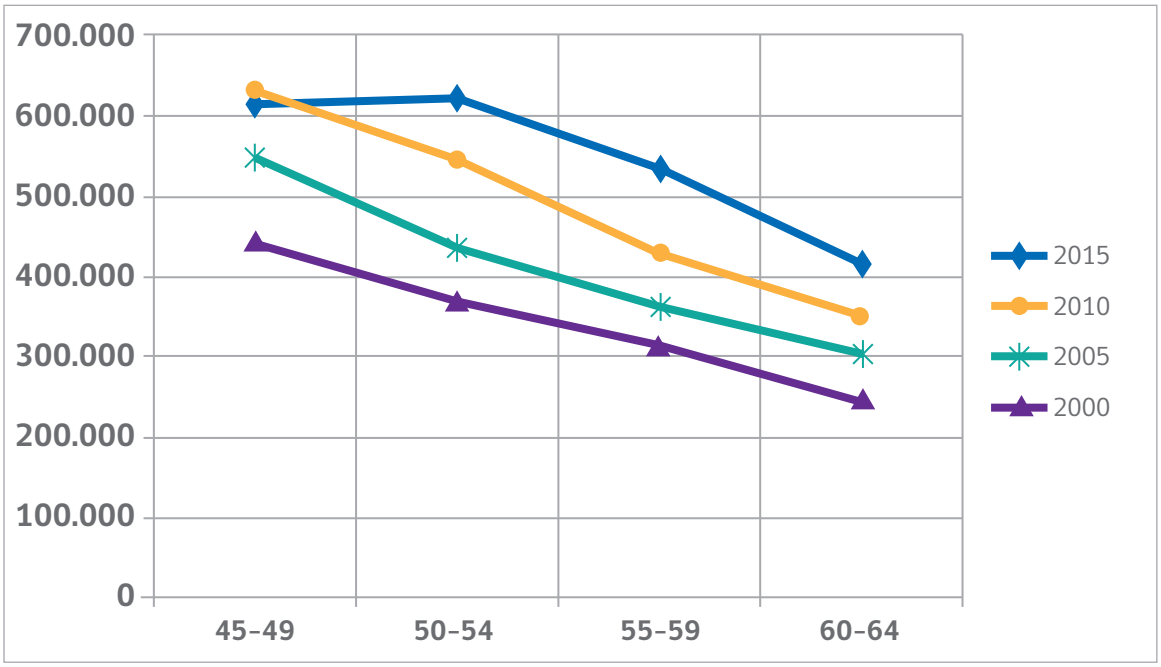
I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción y epidemiología de mujeres de 45 a 64 años

Según información INE, la población estimada al 30 de junio del 2015, de mujeres de 45 a 64 años alcanzará a 2 millones 191 mil 593 mujeres (gráfico1). Este grupo es susceptible de ser evaluado y de recibir acciones de medicina preventiva.

En 2020, la esperanza de vida al nacer de la población femenina en Chile alcanzará 82,81 años y la población de mujeres entre 45 a 64 años, será de 2 millones 356 mil 195 mujeres, en el quinquenio[1], lo que pone de manifiesto la importancia del control continuo de la salud femenina a lo largo de su curso de vida. La autoridad sanitaria define como grupo objetivo estratégico para el decenio a las mujeres de edad entre 45 y 64 años, para lograr metas en mejoramiento de calidad de vida en relación con el climaterio.

Gráfico 1. Población chilena de sexo femenino por grupos de edad, por año, estimación a partir del Censo 2002

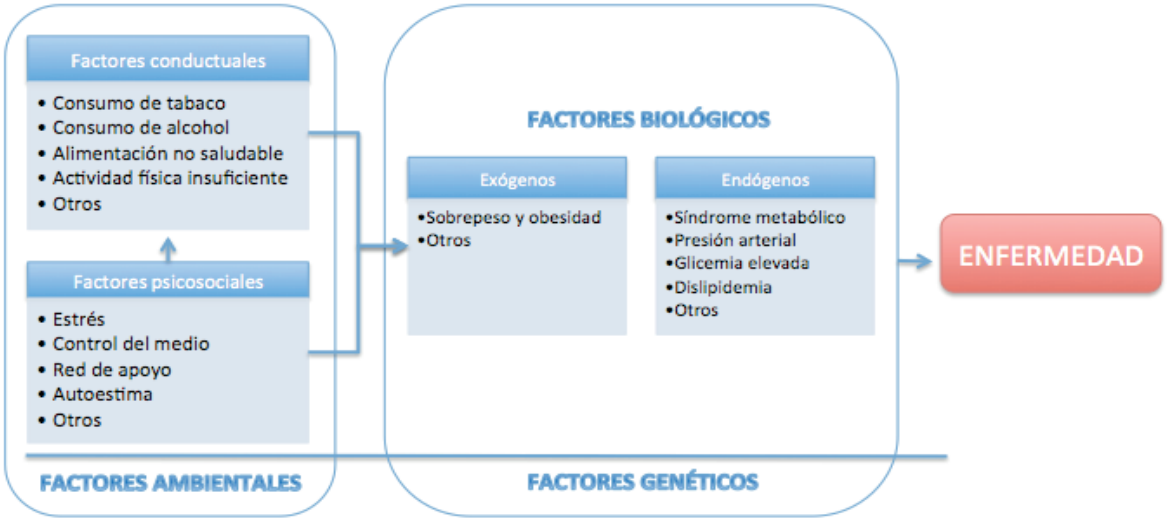


Adaptado de Acuña et al. CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050. INE 2008.

El climaterio es consecuencia de la claudicación de las gónadas femeninas, que comienza con la disminución de la fertilidad y termina insensiblemente con la senectud. La menopausia (momento de la última menstruación) es el hito que permite distinguir la etapa previa denominada perimenopausia, cuando aún hay sangrados espontáneos, de la etapa siguiente, que es el período de vida posterior a la última menstruación natural de la mujer, que se denomina posmenopausia.
En el climaterio, la salud de la mujer y su calidad de vida están determinadas por los cambios hormonales propios del período, su condición de salud previa, las enfermedades emergentes, sus características psicológicas, su estilo de vida y factores ambientales, los cuales pueden contribuir a deteriorar la calidad de vida[2, 3, 4] e incrementar el riesgo de desarrollar o agravar enfermedades crónicas (patologías cardiovasculares, osteoporosis, afecciones urogenitales entre otras)[5, 6].

Modelo de relación causal entre factores biopsicosociales y la enfermedad

Gráfico 2



Adaptado de Margozzini P, Estudio de carga atribuible. MINSAL, PUC.

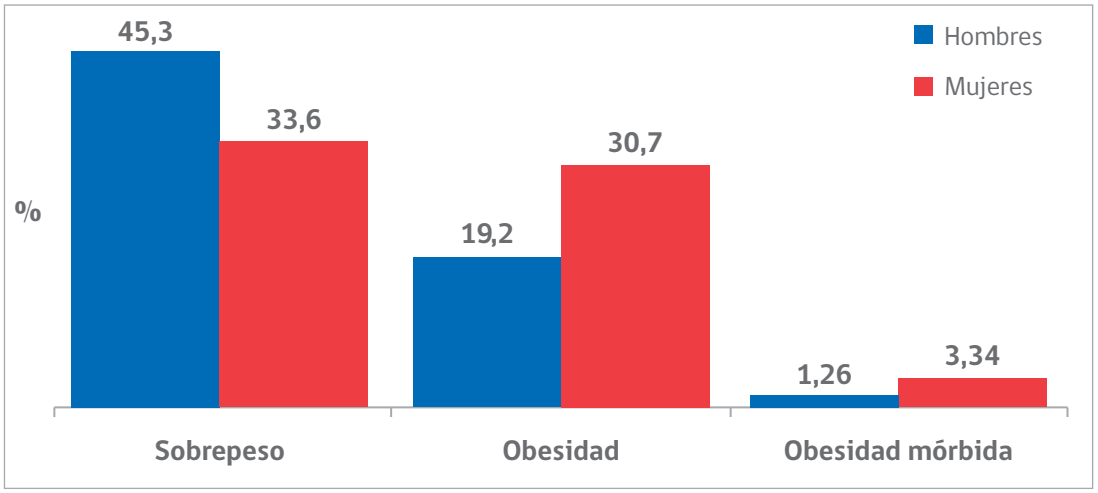
Es posible enfrentar todos estos problemas de manera coordinada y eficiente, siempre que se cuente con un programa planificado y recursos. La cobertura del control de climaterio en el Sistema Público, en el grupo de 45 a 64 años, alcanza 11.9%, cifra que sería conveniente aumentar, ya que el control de este grupo de edad es una gran oportunidad para fomentar la salud realizando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

2. Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010[7]

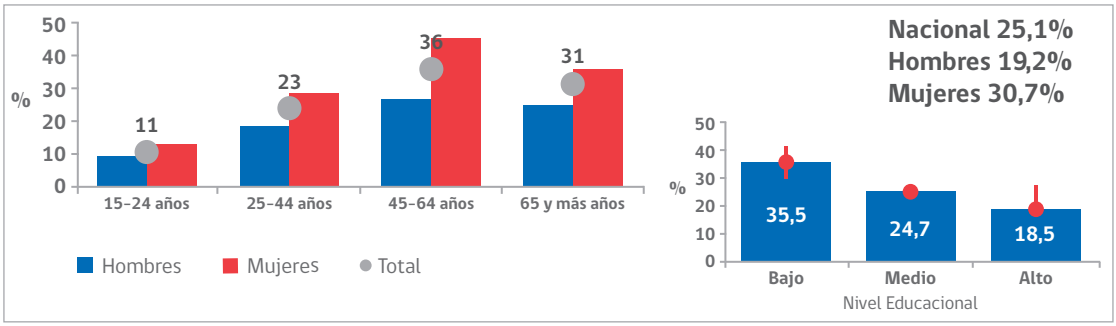
2.1 Exceso de peso y obesidad

Gráfico 3, exceso de peso según género. ENS 2010



A nivel nacional, la prevalencia de sobrepeso según sexo, es significativamente mayor en hombres que mujeres, con 45,3% y 33,6% respectivamente. La obesidad es más alta en mujeres con 30,7%, la obesidad mórbida en mujeres se presenta en un 3,34% (gráfico 3).

Gráfico 4, prevalencia de obesidad por grupos de edad y nivel educacional



La obesidad a nivel nacional alcanza un 25,1%, siendo en mujeres un 30,7% y en hombres un 19,2%. El 35,5% se presenta en el nivel educacional bajo. Según edad, el porcentaje más alto se observa en las edades de 45 a 64 años con 36% (ENS 2010), (gráfico 4).

La obesidad presenta una tendencia ascendente en la medida que aumente la edad, bajando levemente en el último rango de edad. A diferencia del sobrepeso, la prevalencia de obesidad en mujeres es mayor que en hombres, alcanzando un 30,7% y 19,2% respectivamente. En mujeres la prevalencia mayor es en el grupo de 45 a 64 años con 44,8%.

Un 2,33% de la población chilena padece obesidad mórbida con un IMC superior a 40 (1,26% en hombres y 3,34% en mujeres), lo que tiende a incrementarse con la edad. En mujeres de 45 a 64 años alcanza un 3,71%, aumentando a 4,86% en el grupo de 65 años y más.

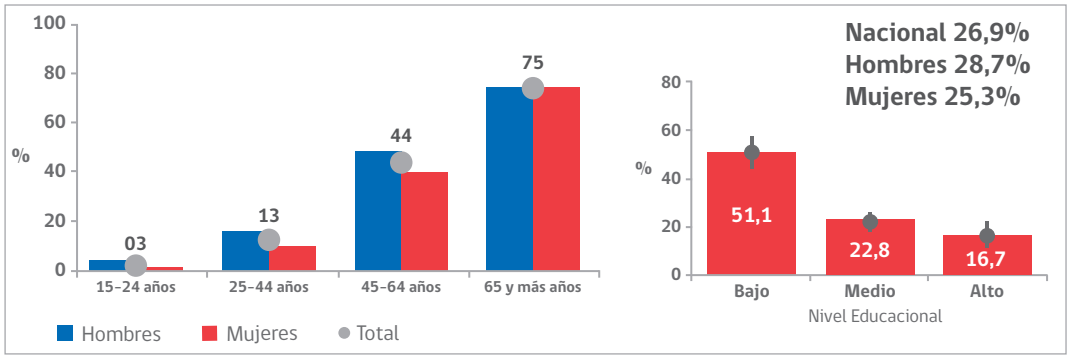
El índice de masa corporal (IMC) aumenta con la edad, llegando al máximo entre los 45 a 64 años, para luego decrecer levemente. Las mujeres tienen un índice de masa corporal significativamente mayor que el de los hombres, estando la mayor diferencia en el grupo de 45 a 64 años (hombres 25,2 y mujeres 29,7%).

La obesidad abdominal presenta una prevalencia que tiende a aumentar con la edad, alcanzando su punto más alto en el grupo de 45 a 64 años con 80,4%.

La prevalencia de sobrepeso es significativamente mayor en hombres que mujeres, con 45,3% y 33,6% respectivamente, diferencia que se mantiene en los rangos etarios de 25 a 44 años y 45 a 64 años. La prevalencia de sobrepeso en mujeres, es mayor en el grupo etario de 65 años y más, seguido por el grupo de 45 a 64 años con 34,1% (gráfico 4).

2.2 Hipertensión arterial

Gráfico 5, prevalencia de hipertensión arterial por grupos de edad y nivel educacional



Se observa que la prevalencia de tamizaje positivo de presión arterial elevada en la población general mayor de 15 años alcanza un 26,9%. Por grupo de edad se observa una gradiente creciente significativa en las prevalencias de hipertensión arterial que parte en un 2,6% en el grupo más joven hasta un 74,6% en el de mayor edad. Por sexo esta gradiente se mantiene.

La presión sistólica elevada presenta una prevalencia poblacional de 11,5%. Por grupo de edad, se observa una gradiente creciente pero significativa a partir de los grupos de edad mayores de 44 años y en cada uno de ellos no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres. En mujeres de 45 a 64 años se presenta en un 15,3% y en mujeres mayores de 65 años en un 53,1%.

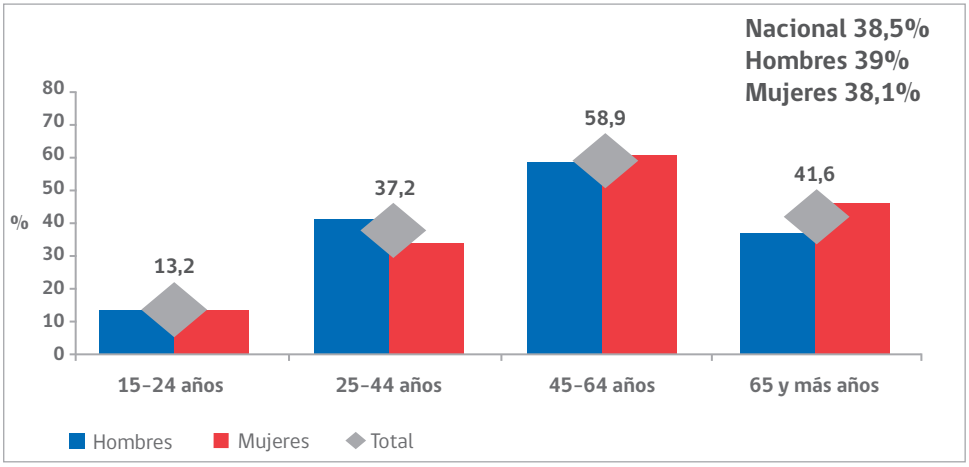
La presión diastólica elevada aislada es menos prevalente (2,9%). Los hombres presentan una prevalencia de 4,4% y las mujeres 1,5%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. La prevalencia en mujeres de 45 a 64 años es de 3,0% y en mujeres con edad igual o mayor de 65 años es 0,2% (gráfico 5).

2.3 Prevalencia de riesgo cardiovascular global por grupo de edad y sexo

No se presentan casos de riesgo cardiovascular moderadamente alto en los menores de 25 años. En el grupo de edad entre 25 a 44 años y en el grupo de 45 a 64 años (7,76% y 41,08% respectivamente), los hombres presentan una prevalencia significativamente mayor que las mujeres. En las mujeres de 45 a 64 años la prevalencia es de 4,01% y 16,53% en el grupo etario de 65 años y más.

2.4 Dislipidemias

Gráfico 6, prevalencia de colesterol total elevado, por grupos de edad y sexo

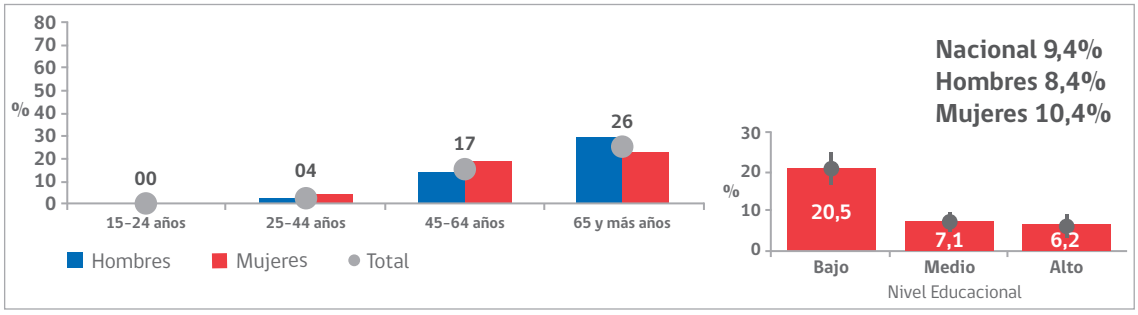


Se observa que el promedio de colesterol total > 200 mg/dL, aumenta significativamente con la edad hasta los 64 años y luego decrece significativamente en los mayores de 65 años. Los valores más altos se observan en el grupo de 45 a 64 años (57,8 en hombres y 59,9 en mujeres) (Gráfico 6).

Respecto de los valores medios de triglicéridos, se observa una gradiente creciente hasta los 65 años, luego los niveles decrecen significativamente con respecto al grupo de 45 a 64 años, con un promedio de 155,50 en mujeres y 160,15 en hombres.

2.5 Diabetes

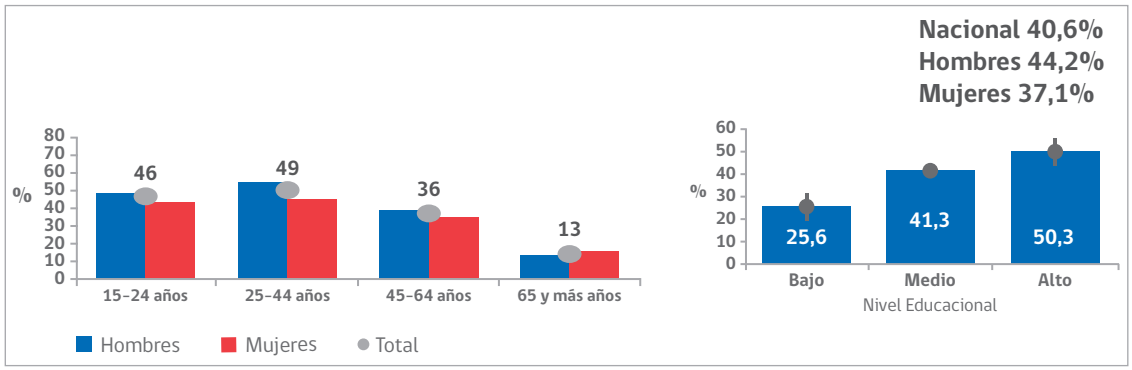
Gráfico 7, prevalencia de diabetes por grupos de edad y nivel educacional



La prevalencia de diabetes a nivel nacional en el adulto es de 9,4% (glicemia en ayuno ≥126 mg/dL), observándose un aumento con la edad, que se mantiene en hombres y mujeres. En mujeres la prevalencia es más alta que en los hombres (10,4% y 8,4% respectivamente). El grupo etario de mujeres de 45 a 64 años presenta un 19,3%, aumentando a 22,8% en el grupo de 65 años y más (gráfico 7).

2.6 Tabaquismo

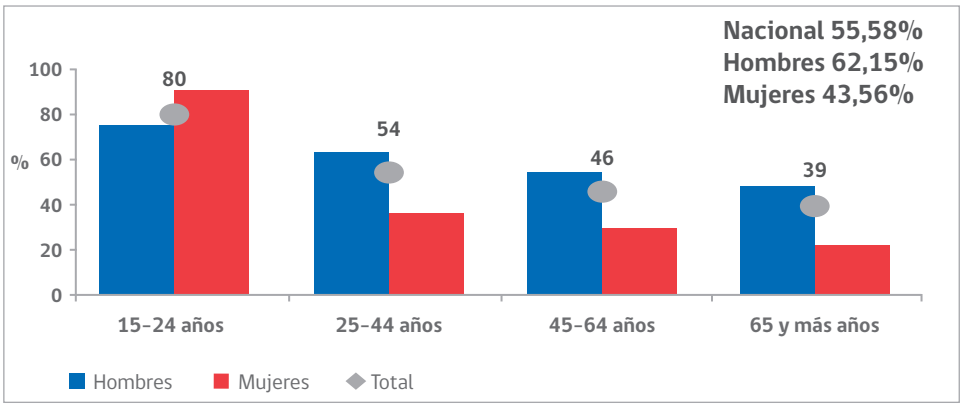
Gráfico 8, prevalencia de tabaquismo por grupos de edad y nivel educacional



La prevalencia de fumadores actuales (diario a ocasional) es algo menor en las mujeres con menos de 65 años que en los hombres. El grupo etario con mayor prevalencia es de 25 a 44 años en ámbos géneros, alcanzando 49,4%. En las mujeres de 45 a 64 años, la prevalencia de consumo de tabaco es de 33,7% (gráfico 8).

2.7 Consumo de alcohol

Gráfico 9. Gramos de alcohol ingeridos en un día, por grupos de edad



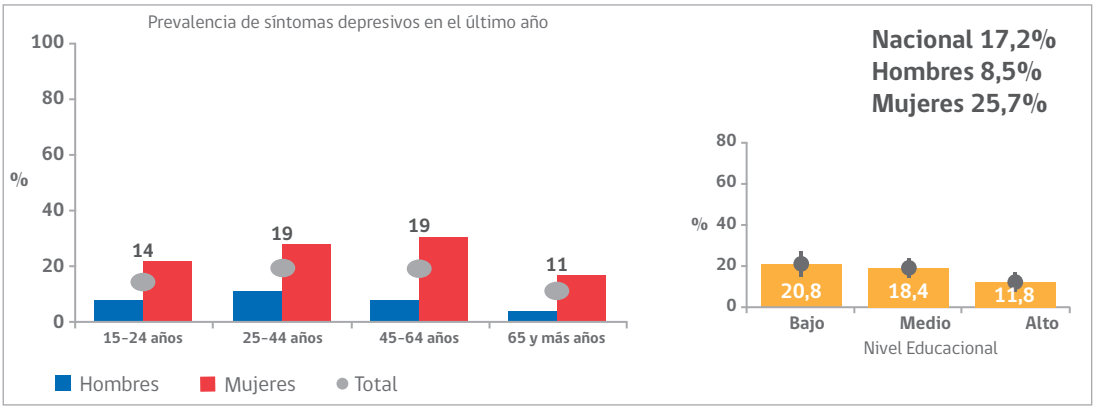
La ingesta promedio por día es 55,58 gramos de alcohol puro. Por grupos de edad se observa una gradiente decreciente no significativa. Por sexo, se aprecia que los hombres bebedores de los grupos de edades mayores de 25 años ingieren significativamente más alcohol puro en un día de consumo que las mujeres. Por otro lado, las mujeres de 45 a 64 años presentan un promedio de 30,36% y el grupo de las mujeres bebedoras de la última semana de 65 años y más, es de un 22,39% (gráfico 9).

2.8 Prevalencia y promedio de fracturas óseas en la población chilena.

La prevalencia de fracturas en todos los grupos etarios hasta los 64 años es mayor en los hombres que en las mujeres. Sin embargo las mujeres de 65 años y más presentan mayor prevalencia que los hombres de la misma edad. Se observa claramente que en los hombres ocurren más fracturas en el grupo de 45 a 64 años (26,8%); en las mujeres alcanza un promedio de 14,4% en el grupo de 45 a 64 años y 30,5% en mayores de 64 años.

2.9 Prevalencia de síntomas depresivos en último año

Gráfico 10, prevalencia de depresión por grupos de edad y nivel educacional



Según ENS 2009-2010, la prevalencia de síntomas depresivos en la población es de 17,2 %. Se observa que las mujeres presentan significativamente mayor prevalencia de síntomas depresivos que los hombres (25,7% y 8,5% respectivamente). Las mujeres presentan, en cada uno de los grupos etarios, significativamente mayor prevalencia de síntomas depresivos en el último año (gráfico 10).

La prevalencia es más alta en el nivel educacional bajo (20,8%); esta tendencia ocurre tanto en hombres como en mujeres. Al ajustar por sexo y edad, se reafirma lo dicho anteriormente, ya que los niveles bajo y medio presentan mayores prevalencia de síntomas depresivos que el nivel alto.

La prevalencia de síntomas depresivos en el último año, por grupo de edad y sexo, no es homogénea. Se observa que las mujeres presentan, en cada uno de los estratos, significativamente mayor prevalencia de síntomas depresivos en el último año. La prevalencia más alta en mujeres corresponde a la edad de 45-64 años (30,1%), mientras que para los hombres es a la edad de 25-44 años (11%) ENS 2009-2010.

2.10 Actividad física

Se observa que las mujeres efectúan significativamente más actividad física en el grupo de 17 a 24 años. En ambos sexos se observa una mayor prevalencia de baja actividad física a medida que la edad es mayor, con diferencias significativas en el tramo de 65 o más años. En las mujeres del grupo etario de 45 a 64 años se observa una prevalencia de 30,0% de baja actividad física; en el grupo ≥ 65 años es de 50,3% (ENS 2009-2010).

3. Principales indicadores de salud en la mujer de 45 a 64 años

Datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL[8]

El 2009, del total de egresos hospitalarios, el 17,7% (183.004 mujeres), corresponden a mujeres entre 45 a 64 años. Las principales causas son: enfermedades del sistema digestivo (17,0%), tumores (16,5%), enfermedades del sistema genitourinario (14,2%) (tabla 1).

3.1 Egresos hospitalarios en mujeres de 45 a 64 años. Chile, DEIS 2009

Tabla 1: Egresos Hospitalarios, Mujeres 45 a 64 años Chile 2009

Código CIE-10	Causas	45 a 64 años	
		Nº	%
	Todas las Causas	183.004	100
C00 - D48	Tumores	30.195	16,5
E00 - E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales Y metabólicas	7.812	4,3
I00 - I99	Enfermedades sistema circulatorio	17.959	9,8
J00 - J98	Enfermedades sistema respiratorio	10.346	5,7
K00 - K93	Enfermedades del sistema digestivo	31.090	17,0
S00 - T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	12.672	6,9

Fuente: DEIS

3.2 Tasas específicas de mortalidad en mujeres >45 años, según causa. Chile 2010

Tabla 2: Grupos de causas de mortalidad

	Mujeres	
	45-64 años	>64 años
Total general	36,9	398,0
Causas externas	2,2	9,6
Enfermedades del sistema circulatorio	7,1	133,4
Enfermedades del sistema digestivo	3,2	22,3
Enfermedades del sistema respiratorio	1,7	50,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,2	22,7
Tumores malignos	16,1	80,8

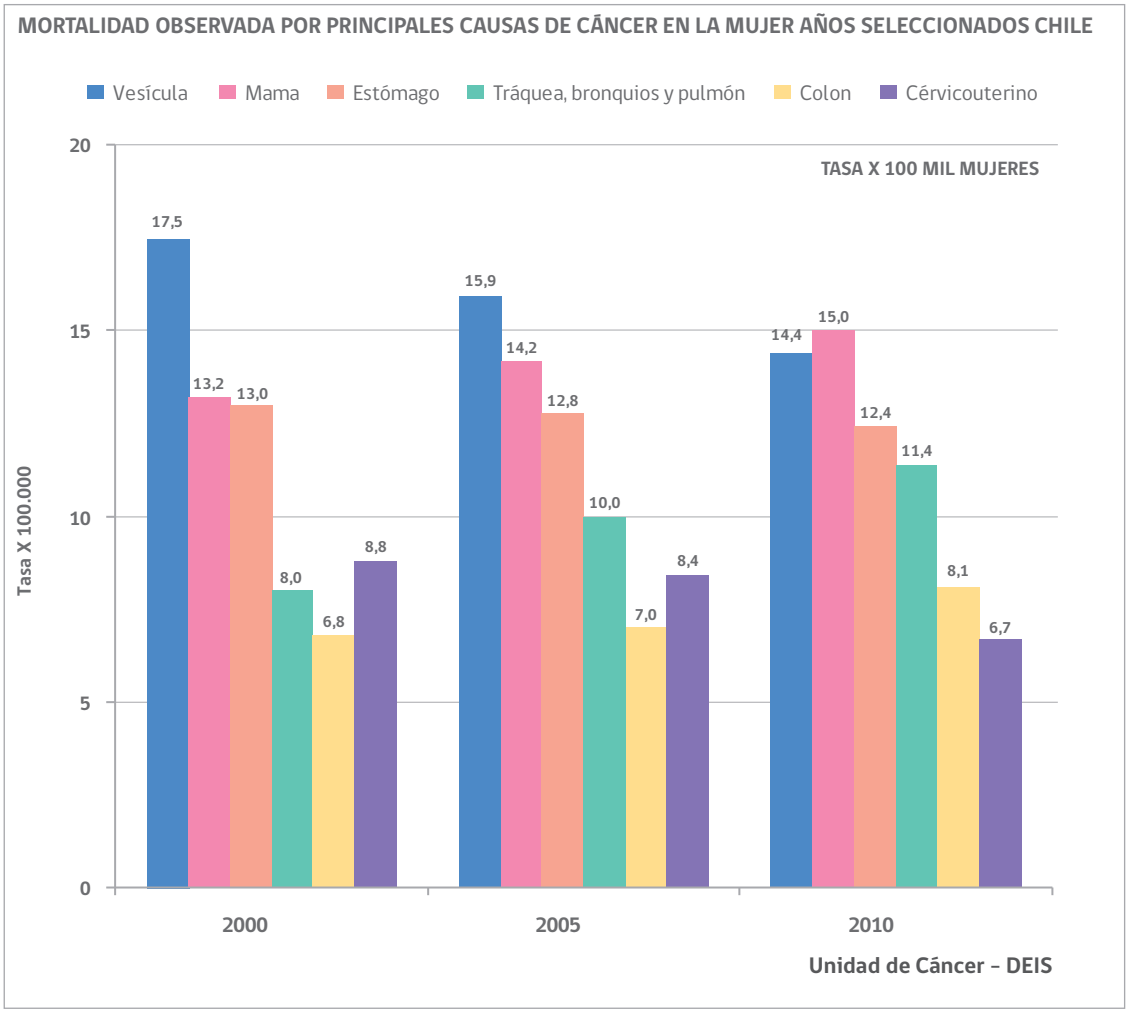
Fuente: DEIS 2010. Tasa por 10.000 habitantes

Entre las causas de mortalidad en mujeres de 45 a 64 años, en el año 2010, destacaron los tumores malignos con 16,1 muertes y las enfermedades del sistema circulatorio con 7,1 por 10 mil habitantes (tabla 2).

3.3 Principales problemas oncológicos en la mujer de 45 a 64 años (Programa de Cáncer)

De acuerdo a los datos oficiales del DEIS 2010 (gráfico 11), las primeras causas de muerte por cáncer en las mujeres (independiente de su edad) corresponden en orden decreciente a cáncer de mama, seguido de vesícula-vías biliares, estómago, tráquea-bronquio- pulmón, colon y en sexto lugar cuello uterino.

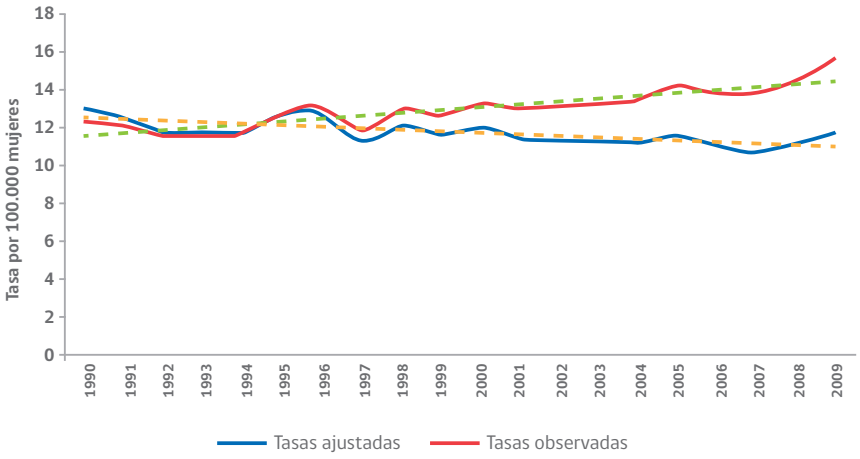
Gráfico 11, mortalidad por cáncer en la mujer, entre 2000 y 2010



3.3.1 Cáncer de mama

La tasa de mortalidad ajustada por cáncer de mama entre 1990 y 2009 ha variado de 13,1 a 11,7 por cien mil mujeres. Sin embargo, en los últimos años no se ha mantenido la tendencia a la baja. (gráfico 12)[9].

Gráfico 12, mortalidad en la mujer por cáncer de mama entre 1990 y 2009



Fuente: DEIS, Minsal

Año	Tasas ajustadas	Tasas observadas
1990	13,05	12,34
1991	12,54	12,05
1992	11,57	11,51
1993	11,72	11,59
1994	11,76	11,74
1995	12,74	12,51
1996	12,73	13,04
1997	11,30	11,54
1998	12,15	12,98
1999	11,73	12,67
2000	12,02	13,20
2001	11,55	13,02
2002	11,44	13,19
2003	11,31	13,31
2004	11,25	13,49
2005	11,64	14,23
2006	11,04	13,50
2007	10,75	13,54
2008	11,16	14,51
2009	11,70	15,65

El 2010, la tasa observada de cáncer de mama fue de 15,0 por cien mil mujeres (equivalente a 1.297 mujeres), siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres chilenas. La tasa de mortalidad por cáncer de mama aumenta a contar de los 45 años. El grupo mayor de 45 años concentra el 90,2% de las defunciones. La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por cáncer de mama se estimó en 100 por 100.000. La mortalidad masculina por este cáncer llegó al 0,1 por 100.000 hombres con un total de 8 casos (DEIS 2010, MINSAL).

Respecto a la información de la incidencia por este cáncer, los registros poblacionales de cáncer del país, ubicados en las regiones de los Ríos, Antofagasta y Bio Bio, reportan tasas estandarizadas de incidencia de 33,3, 31,9 y 30,4 por 100 mil mujeres respectivamente. La incidencia nacional estimada por el Programa Nacional de Cáncer de Mama, a través de la información enviada por los 29 servicios de salud del sistema público, fue cercana a los 3.800 casos nuevos el 2011. Esta misma fuente, indica que los casos nuevos diagnosticados en etapas más precoces (in situ, I y II) han aumentado de 42,9 a 69% entre 1999 y el 2011. Así mismo, se observa una reducción de los casos diagnosticados en etapa IV en el mismo período, de 20,7 a 5,7%. No se tiene información de los casos nuevos generados por el sistema privado de salud.

En Chile, el Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama cuenta con una red de atención en la patología de mama y comprende estrategias y actividades de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este cáncer. Además cuenta con una Guía de práctica clínica actualizada, protocolos de tratamiento, seguimiento y sistemas de registros y monitoreo de sus indicadores (www.minsal.cl / www.redcronicas.cl).

Actualmente, la pesquisa de cáncer de mama se basa en:
Realización del examen físico de mama (EFM) protocolizado y la enseñanza de autoexamen de mama (AEM) a toda mujer a contar de los 35 años, cada 3 años y anual en mujeres con factores de riesgos. Este examen debe realizarlo un profesional matrón/a capacitado, bajo un protocolo estandarizado.

Realización de mamografía cada 3 años gratis, focalizada en el grupo de 50 a 54 años a través del Examen de Medicina Preventiva (EMP). Sin embargo, los casos con sospecha de una probable patolo-

gía maligna (PPM), independiente de la edad deben ser derivados a la Unidad de Patología Mamaria (UPM) con o sin mamografía y constituyen casos GES o AUGE.

En la Estrategia Nacional de Salud se espera que al 2020, en el sistema público de salud del país, se alcance al 80% de cobertura, en las mujeres del grupo de 50 a 69 años con mamografía vigente, al menos en los últimos 2 años.

3.3.2 Cáncer de vesícula biliar

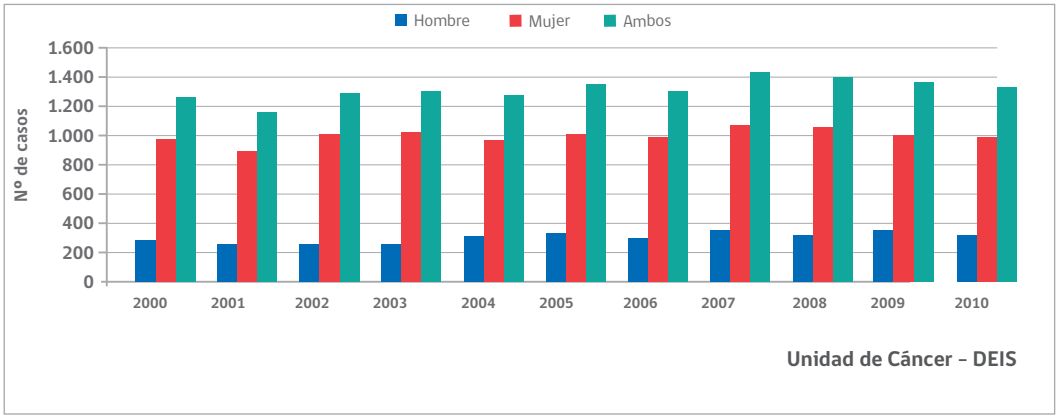
El cáncer de vesícula biliar constituye un problema de salud pública particular de la población chilena, muy en especial de la mujer. Se presenta habitualmente asociado a enfermedad litiásica con diagnóstico tardío y con el peor pronóstico de todos los cánceres gastrointestinales y hepatobiliares.

Diversos estudios han demostrado de manera consistente la existencia de una correlación entre las tasas de colecistectomía y la incidencia y mortalidad por este cáncer, lo que ha proporcionado sustento a la propuesta de utilizar la colecistectomía profiláctica como medida de detección precoz y prevención secundaria. Por otra parte, estudios de costo-efectividad y modelamientos estadísticos sugieren que estas estrategias serían efectivas para reducir la mortalidad por cáncer de vesícula en Chile, a costos incrementales relativamente bajos.

La ecotomografía abdominal es el examen estándar para confirmación diagnóstica de colelitiasis, presentando un 95% de sensibilidad y especificidad en presencia de cálculos superiores a 4 mm. de diámetro. *(Guía Clínica Colecistectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años. Series Guías Clínicas MINSAL 2010)*[10]

El 2010, hubo 1247 defunciones en mujeres, representando el 71,2% (1247/1751) de las muertes por esta causa. El número de casos se ha mantenido estable en el último decenio observándose un leve descenso desde el 2008 en adelante. Se espera que esta tendencia continúe, apoyada en el Régimen de Garantías Explicitas de Salud (RGES), que garantiza colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años, cuyo impacto mayor se espera para el 2015 (gráfico 13).

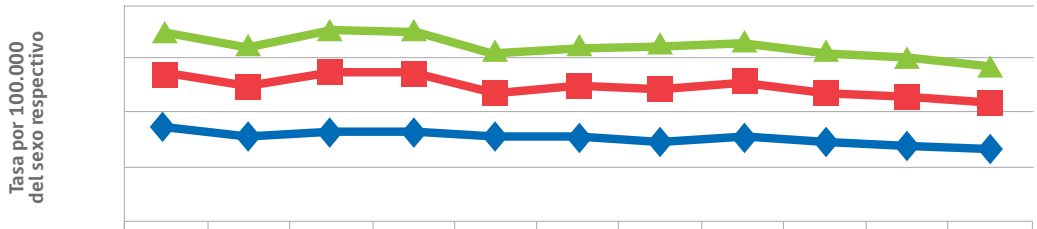
Gráfico 13, casos de cáncer de vesícula biliar entre 2000 y 2010



El cáncer de vesícula biliar, ocupa el segundo lugar entre las muertes por cáncer en la mujer, precedido por el cáncer de mama. De acuerdo a los datos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, muestran que la tasa observada de mortalidad el 2010 alcanzó

a 14,4 por 100 mil mujeres y la tasa ajustada para el mismo año es 11,1 por 100 mil mujeres (gráfico 14). El 26,9% de las muertes por cáncer de vesícula se produce en mujeres entre 45 y 64 años, el 67,6% ocurre en mayores de 65 años y el 4,1% en mujeres menores de 45 años.

Gráfico 14, tasa ajustada (TA) y observada (TO) de mortalidad por cáncer de vesícula biliar, en ambos sexos y en mujeres, entre 2000 y 2010.



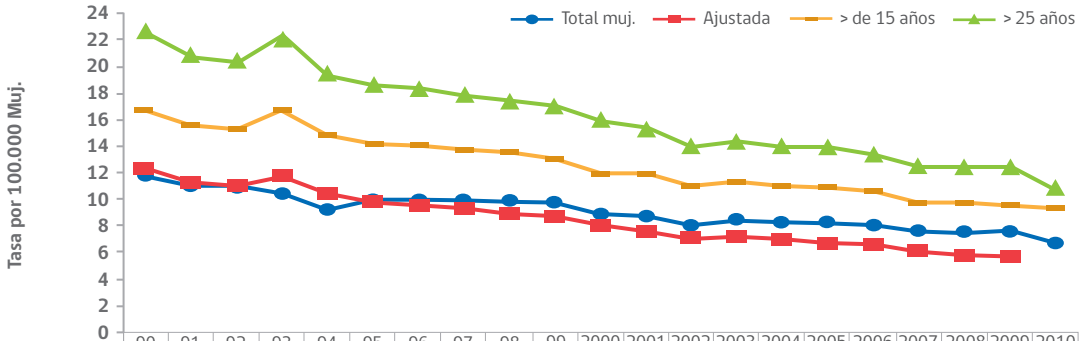
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TA Ambos Sexos	8,7	7,7	8,2	8,1	7,7	7,8	7,3	7,7	7,3	6,9	6,6
TA Mujeres	13,5	12,5	13,6	13,6	12,1	12,5	12,4	12,7	11,9	11,6	11,1
TO Mujeres	17,5	16,2	17,6	17,6	15,7	16,2	16,1	16,5	15,6	15,1	14,4

De acuerdo al Primer Informe de Registros Poblacionales de Cáncer de Chile, quinquenio 2003-2007, Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Estudios del Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, la tasa estimada de incidencia ajustada por cáncer de vesícula (C23-24) alcanzaría a 17,7 por 100 mil mujeres lo que representa cerca de 2.200 casos nuevos por año. Esta estimación se basó en los registros Poblacionales de Cáncer de la Región de Antofagasta y de Los Ríos y de la Provincia de Bio-Bio.

3.3.3 Cáncer cérvico-uterino

En Chile, el cáncer de cuello uterino[11] constituye un importante problema de salud pública. El 2010 fallecieron 578 mujeres por esta causa, ocupando el sexto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) con 129 por 100 mil mujeres. De acuerdo a las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud, la tasa observada de mortalidad en el 2010 alcanzó a 6,7 por 100 mil mujeres y la tasa ajustada en 2009 fue de 5,8 por 100 mil mujeres (gráfico 15). El 45,2% de las muertes se produce en mujeres entre 35 y 64 años (Fuente: DEIS, MINSAL).

Gráfico 15, mortalidad por cáncer cervicouterino observada y ajustada, por grupos de edad entre1990 y 2010



	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total muj.	12	11	11	10	9	10	10	10	10	9,7	8,9	9	8	8	8	8	8,1	7,6	7,5	7,6	6,7
Ajustada	12,3	11,3	11	11,8	10,4	9,8	9,6	9,3	9	8,7	8	7,6	6,9	7,2	7	6,8	6,6	6,1	5,9	5,8	
> de 15 años	17	16	15	17	15	14	14	14	14	13	12	12	11	11	11	11	10,6	9,8	9,7	9,5	9,4
> 25 años	23	21	20	22	20	19	18	18	17	17	16	15	14	14	14	14	13,4	12,5	12,4	12,4	10,8

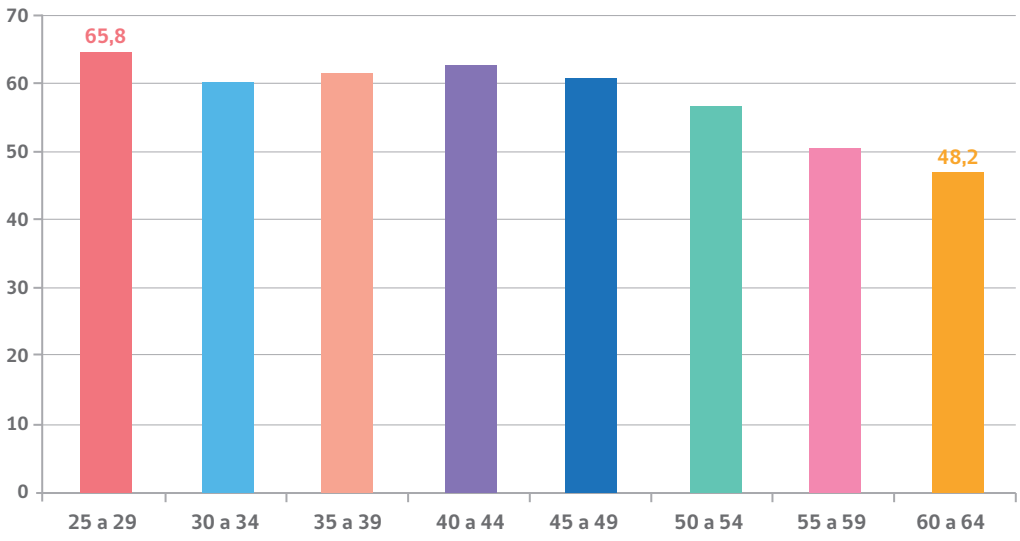
Fuente: DEIS, Ministerio de Salud-Chile

La incidencia estimada por la Unidad de Cáncer del Ministerio de Salud, basada en la evaluación informatizada anual de los 29 Servicios de Salud del Sistema Público, indica que en 2011 se produjeron aproximadamente mil casos nuevos. La distribución por etapas, según clasificación FIGO de los casos diagnosticados muestra que el 69,2% se diagnostica en etapas precoces (etapa I y II) y el 7,4% en etapa IV. No se tiene información de los casos nuevos diagnosticados por el Sistema Privado de Salud (Fuente: Formulario de Evaluación Programa de Cáncer Cérvico-uterino). Los registros poblacionales de cáncer de las regiones de los Ríos y de Antofagasta muestran que este cáncer se ubica en el tercer lugar en ambos registros, con una tasa de 22,5 y 15 por 100 mil mujeres, respectivamente (RPC, DIPLAS).

La metodología para tamizaje de cáncer cérvico uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou (PAP). La edad de inicio y término de tamizaje recomendada es entre 25 y 64 años. Esto basado en que para mujeres menores de 25 años, la incidencia de un cáncer invasor es muy baja y un gran porcentaje de las lesiones en este grupo pueden ser atribuidas a infección transitoria por VPH y regresan espontáneamente. Actualmente, la cobertura del PAP en Chile ha tenido una reducción importante llegando al 59%, por lo que se hace prioritario focalizar los esfuerzos en aumentarla, en especial, en los grupos mayores de 45 años, en los cuales el riesgo de desarrollar un cáncer es mayor (gráfico 16).

La mejor relación costo-efectividad, se obtiene al realizar un PAP cada 3 años a contar de los 25 años, alcanzando una reducción del 90.8% de la incidencia acumulada de cáncer invasor. En resumen, países donde se han implementado programas institucionalizados para prevención y control del CaCu, basados en la toma de citología exfoliativa periódica con control de calidad de los laboratorios y manteniendo coberturas iguales o superiores al 80%, presentan reducciones superiores al 70 % en la incidencia y mortalidad por esta causa. Esto se ha podido lograr en países como Finlandia, Dinamarca e Islandia.

Gráfico 16, cobertura de PAP por grupo de edad (2011)



Fuente: Numerador: REM P12, DEIS y Denominador: FONASA-2010 / Unidad de Cáncer / Minsal

4. Implicancias del diagnóstico de salud en el climaterio

En la etapa del climaterio numerosos problemas de salud, somáticos y biopsicosociales, pueden afectar la calidad de vida de las mujeres, ya sea por el impacto del síndrome climatérico o por las morbilidades que van apareciendo con la edad, principalmente enfermedad cardiovascular, cáncer ginecológico, osteoporosis y enfermedades relacionadas con la salud mental, destacando la depresión por su alta prevalencia. Es posible revertir el menoscabo de la calidad de vida mediante adecuadas intervenciones clínicas.

Cada encuentro de la mujer con el equipo de salud representa una oportunidad clave para su educación y para realizar intervenciones preventivas. Desde la perimenopausia, los profesionales de la salud deben ir más allá de los síntomas manifestados por la mujer, explorando otros factores que pudieran afectar su bienestar en esta etapa de su vida (alimentación, actividad física, salud mental, sexualidad, relaciones familiares y sociales), adoptando el enfoque biopsicosocial integral, centrado en mejorar la calidad de vida y en las necesidades de cada mujer, vistas como sujetos activos en el logro y mantención de un adecuado estado de salud a lo largo de su curso de vida.

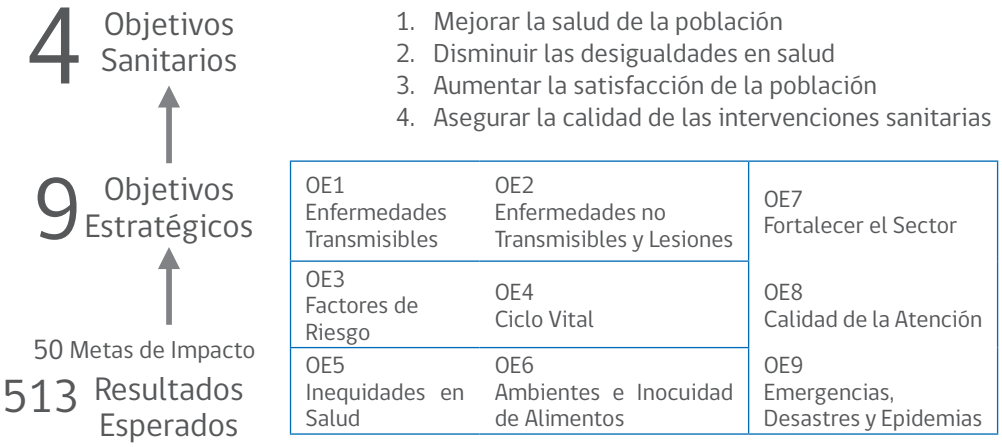
La Meta Sanitaria para la década 2011 – 2020, definida por el MINSAL considera un programa de manejo del climaterio para mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa y complementariamente colabora en la prevención de patologías crónicas de alta morbimortalidad.

II. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD (ENS) 2011-2020

La Estrategia Nacional de Salud (2011 - 2020), es la respuesta sanitaria del país para disminuir inequidades y mejorar la calidad de vida de la población. Plantea cuatro objetivos sanitarios, nueve objetivos estratégicos (OE) y 50 metas de impacto para alcanzar logros en la salud de la población[12].

El gráfico 17, relaciona los objetivos sanitarios, los estratégicos, las metas de impacto y los resultados esperados para su logro en la década.

Gráfico 17, objetivos estratégicos para la década 2011-2020



Fuente. Estrategia Nacional de Salud, Minsal, 2011.

En la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, el objetivo estratégico Nº 4 propone "Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital". Orienta al Programa Nacional de Salud de la Mujer, Programas de Salud de Infancia, Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, y Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor que como tales, constituyen la base de las estrategias diseñadas en la ENS. En el cuadro siguiente, se presentan las metas de impacto esperadas para la década.

Objetivo Sanitario Nº4 para la década: "Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital"

Tabla 1: Salud de la mujer climatérica

OBJETIVO	INDICADOR	META	2015	2020
Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Media de puntaje de "Salud relacionada con calidad de vida" en población femenina de 45 a 64 años bajo control	Disminuir en 10% la media de puntaje de la "Salud relacionada con calidad de vida" en población de 45 a 64 años bajo control	-3,3%	-10,0%

En la tabla 1, se presenta la meta de impacto e indicadores del objetivo estratégico "mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio"

Resultados esperados relacionados con el objetivo estratégico del decenio 2011-2020 para las mujeres en edad del climaterio (45 a 64 años).

Tabla 2. Salud de la Mujer Climatérica	Estándar	2015	2019
Medición Calidad de Vida			
Medición poblacional de calidad de vida en mujeres en periodo climatérico, a lo menos quinquenal	No aplica	Al menos 1	Al menos 2
Cobertura y Calidad de la Atención			
Porcentaje anual de mujeres entre 45 y 64 años bajo control, que presentan "puntaje elevado" (según clasificación MRS*)	No aplica	-	-
Orientaciones Técnicas* en manejo de la mujer climatérica del programa de Salud de la Mujer, revisadas/evaluadas al menos cada 5 años	No aplica	Al menos 1	Al menos 2
Tasa anual de mujeres entre 45 y 64 años, que están en control*, por SS	30%	8/29	24/29
Porcentaje anual de centros de AP, que incorporan Orientaciones Técnicas en el manejo de mujeres en etapa de climaterio, por SS	80%	14/29	28/29
Tasa anual de mujeres bajo control con necesidad de TRH según instrumento aplicado*, que reciben TRH, por SS	70%	8/29	20/29
Porcentaje anual de centros de AP, que cuentan con a lo menos 1 profesional certificado* en el manejo de mujeres en etapa de climaterio, por SS	90%	14/29	28/29
Porcentaje de centros de AP de comunas priorizadas, que cuentan con a lo menos 1 profesional certificado* en el manejo de mujeres en etapa de climaterio	100%	33%	100%
Comunicación Social			
Programa de Comunicación Social* con contenidos de Climaterio, evaluado al menos cada 2 años.	No aplica	Al menos 1	Al menos 3

* Implementación sujeta a disponibilidad presupuestaria

En concordancia con los datos de la ENS, se proponen tres líneas de acción para el abordaje de la mujer en edad del climaterio:

1. Evaluación periódica de calidad de vida a nivel poblacional.
2. Aumento de la cobertura y calidad de la atención por síntomas climatéricos.
3. Difusión a nivel poblacional de contenidos relacionados a esta etapa.

La calidad de vida relacionada con el climaterio corresponde al resultado final de las estrategias aquí planteadas, y su medición debe ser realizada a través de un instrumento idealmente específico, aplicable poblacionalmente y que pueda discriminar los diferentes dominios sintomáticos del climaterio. Uno de los instrumentos que cumple estas condiciones es el MRS (Menopause Rating Scale) desarrollado por Schneider & Heinemann en 1996 y validada en Chile, que consta sólo de 11 ítems de síntomas relacionados, agrupados en tres dominios: psicológico, somático y urogenital[13, 14], (anexo 1).

La segunda línea de acción busca mejorar la cobertura y la calidad de la atención de la mujer climatérica. Para ello, se propone aumentar de forma progresiva la cobertura del control de la mujer en esta etapa. La atención de salud durante el climaterio requiere de un enfoque integral adecuado a las necesidades de cada mujer, quien debe ser vista como un sujeto activo en el logro y mantención de un adecuado estado de salud a través de su ciclo vital.

La tercera línea de acción contempla actividades de difusión y comunicación social, que den relevancia al tema y permitan mejorar el acceso y oportunidad de atención de estas mujeres (tabla 2).

III. MODELO INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

La Atención Primaria de Salud (APS), ha adoptado un enfoque renovado para enfrentar los nuevos desafíos epidemiológicos, constituyéndose en una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir inequidades. El modelo integral con enfoque familiar comunitario[15], se basa en trabajar con población a cargo manteniendo un contacto cercano y permanente con su equipo de cabecera, durante todo el ciclo vital, en el proceso salud - enfermedad y en todos los niveles de intervención en la red articulada de servicios. Esta visión impone exigencias a los equipos con respecto a conocer la población objetivo en toda su diversidad cultural y de género.

El modelo Integral de Salud se define como: "El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que a la enfermedad como hecho aislado, a las personas, consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural".

El enfoque familiar centrado en las personas, agrega una búsqueda intencionada de la relación entre el problema del individuo su familia y su medio. Interviene más integralmente, incorpora la mirada de curso de vida, anticipándose a la crisis, por ejemplo: climaterio, jubilación. Fomenta la asociatividad y mejora la comunicación intrafamiliar.

1. Sistema de atención basado en enfoque familiar

Un sistema de atención basado en enfoque familiar, es aquel que considera a la persona como parte de una familia, que a su vez es un sistema y que por ende aplica un proceso clínico específico, desde a lo menos estas tres perspectivas:

- Incluye a la familia, como marco de referencia para una mejor comprensión de la situación de salud enfermedad de la persona.
- Involucra a la familia como parte de los recursos que las personas tienen (red de apoyo) para mantenerse sanos o recuperar la salud.
- Introduce a la familia como unidad de cuidados, como entidad propia distinta a la persona.

Cualquiera de los aspectos mencionados, implica considerar a la familia como un sistema en el que están insertas las personas y por tanto las define, de modo que se requiere incorporar una metodología clínica, procedimientos e indicadores para poder realizar una evaluación desde la perspectiva de su estructura, funcionamiento, cumplimiento de objetivos, existencia de riesgos y/o eventos estresantes, recursos, etc. El enfoque de Salud Familiar, permite conocer las interacciones entre la familia y las eventuales enfermedades de cada uno de sus miembros. Éstas son afectadas por las características estructurales de la familia, su sensación de control sobre los problemas y su percepción de recursos personales y familiares para enfrentar la adversidad. Un enfoque de este tipo permite unificar y no dividir el aspecto corporal de sus aspectos emocionales asociados.

2. Enfoque de salud intercultural en el modelo de atención

El modelo de atención con enfoque intercultural, no está separado de los procesos de cambio que se promueven a nivel de la atención primaria. La salud familiar es hoy, una de las apuestas fundamen-

tales para trabajar integralmente con las familias y comunidades indígenas, la vinculación de ambos procesos a nivel local, permitirá avanzar progresivamente en la transformación del sistema de salud.

El modelo de atención con enfoque familiar, colectivo e intercultural incorpora estrategias que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, que sean diseñadas, ejecutadas y evaluadas de forma participativa.

Los pueblos originarios a nivel país, aportan con su cultura, su modelo de vida y su sistema de salud para afrontar los procesos de salud / enfermedad. La riqueza del conocimiento de estas comunidades es considerada un patrimonio del país, que los equipos de salud del sector público deben valorar e incorporar a su quehacer, particularmente, en las zonas en que se concentra esta población. En este contexto, el conocimiento de la organización territorial en dichas áreas geográficas (mesas de participación provinciales y comunales), enriquecerá el trabajo multisectorial del equipo de salud y de la red asistencial. (Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud: Artículo 8º).

Para la incorporación del enfoque de salud intercultural en los centros de salud de atención primaria, es recomendable la búsqueda de pertinencia cultural en los ámbitos de la gestión programática y organizacional del centro de salud, ampliamente sustentado en el documento ministerial Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006) y en la Norma General Administrativa Nº 16 del Ministerio de Salud (2006).

3. Evaluación del funcionamiento familiar

Instrumentos[16]: Genograma y APGAR familiar.
Genograma: Es una representación gráfica de la composición familiar multi-generacional, que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Es útil como apoyo diagnóstico y terapéutico. Su estructura en forma de árbol nos entrega una rápida "mirada" de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico, puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

Al hacerlo de manera participativa con un miembro sintomático, permite cambiar desde el foco individual del problema hacia el foco familiar. Ayuda al profesional y a la familia a ver un "cuadro mayor", tanto desde el punto de vista histórico como del actual. La información sobre una familia puede interpretarse en forma horizontal a través del contexto familiar y vertical a través de las generaciones. Las familias tienden a replicar sus conductas en las siguientes generaciones aunque la conducta familiar puede mutar por diversos motivos (anexo 4).

APGAR Familiar: Cuestionario auto administrado de tamizaje de cinco preguntas cerradas. Hace una aproximación a los procesos familiares, como adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afectividad, capacidad de resolución (anexo 4).

4. Enfoque de riesgo: modelo de factores protectores y de riesgo
Los factores de riesgo son condiciones o aspectos biológicos, ambientales, psicológicos o sociales que están asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura. Por otro lado, los factores protectores aluden a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo. Un factor protector puede ser también una cualidad o característica individual o colectiva no relacionada con la experiencia.

La familia comunica estilos de vida o maneras de relacionarse saludables (protectoras) o patógenas (de riesgo). Las conductas de riesgo son acciones pasivas o activas que acarrean consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo.

5. Redes sociales

Las redes sociales se constituyen por un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos(as), amigos(as) y otras personas capaces de aportar una ayuda o apoyo real y duradero a un individuo o familia.

Diversos estudios han puesto en evidencia la relación entre la falta de apoyo social y morbi – mortalidad. Se ha estudiado con mayor profundidad en el área cardiovascular; diversos estudios muestran una clara relación entre aislamiento social y una mayor incidencia de accidente vascular e infarto al miocardio[17].

Características de las redes sociales

- Reciprocidad: nivel en que los recursos y el apoyo son dados y recibidos en una relación.
- Intensidad: nivel en que las relaciones sociales aportan cercanía emocional.
- Complejidad: nivel en que las relaciones sociales sirven a muchas funciones.
- Densidad: nivel en que los miembros de la red social se conocen e interactúan entre sí.
- Homogeneidad: nivel en que los integrantes de la red social son similares demográficamente.
- Dispersión geográfica: nivel en que los integrantes de una red social viven en proximidad con una persona en particular.

6. Elementos de equidad de género

El género como determinante social opera a través de las diferentes dimensiones donde la persona vive, trabaja y se relaciona. Las relaciones basadas en género están presentes en la vida cotidiana y se asientan en la estructura de poder y jerarquía social, manifestándose en creencias, normas, organizaciones, conductas y prácticas de la sociedad; es por ello, que contribuye y potencia otro tipo de inequidades, como por ejemplo las inequidades socio – económicas, étnicas y laborales.

Al promover políticas públicas para disminuir las inequidades, éstas deberían incluir perspectiva de género; es decir, considerar los roles asignados a mujeres y hombres y las consecuencias que ello implica en la participación de las mujeres en los distintos ámbitos de la vida. La equidad de género, en su connotación transversal y estructurante de la sociedad, requiere considerar la diversidad de la realidad social, por lo tanto, incluye principios de igualdad, aspectos distributivos, cruces con otros tipos de equidad social tales como interrelación entre etnicidad, clase social y relaciones de poder, que son interdependientes . Los análisis socioculturales de equidad de género y de derechos ciudadanos sustentan los programas de protección, prevención, promoción y atención, incorporando las realidades de sectores desprotegidos y proponiendo modelos de trabajo inclusivos para el personal de salud.

El enfoque integral es multisectorial y con perspectiva de género[19, 20].

IV. ALCANCE DE LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS (OT)

1. Población objetivo

- Mujeres de 45 a 64 años con o sin trastorno del ciclo menstrual y/o con síndrome climatérico.
- Menopausia precoz o prematura.
- Menopausia quirúrgica o iatrogénica.

2. Instituciones y especialidades clínicas a las que se dirigen estas OT

- Red de salud del MINSAL.
- Establecimientos de atención de salud municipalizada.
- Redes de atención de salud de instituciones públicas y privadas.
- Ginecología, endocrinología, psiquiatría y geriatría, medicina interna, medicina general, en la práctica pública y privada.

3. Profesionales a los que están dirigidas estas OT

La atención de salud de la mujer en el climaterio incumbe a todos los miembros de los sistemas de salud. El personal administrativo debe estar al tanto de la existencia de un plan nacional y orientar a las usuarias con respecto al acceso.

En la red de salud pública, el acceso se centraliza a través de la matrona o matrón del consultorio de atención primaria, con la finalidad de estandarizar los procedimientos administrativos y la aplicación de instrumentos censales de orden general. En los sistemas no dependientes del Ministerio de Salud, se recomienda replicar los procesos, de acuerdo a los recursos disponibles.

3.1 Equipo de salud recomendado en atención primaria (APS) o su equivalente en las demás instituciones de salud cada uno en el ámbito de sus competencias.

- Matronas(es).
- Nutricionistas.
- Enfermeras(os).
- Psicólogos(as).
- Asistentes sociales.
- Kinesiólogos(as).
- Médicos de atención primaria, generales, de familia, internistas y otras especialidades atingentes.
- Técnico de información estadística (DEIS).

3.2 Equipo de salud recomendado de atención de nivel secundario y terciario

- Médicos especialistas: ginecólogos, oncólogos, endocrinólogos, psiquiatras, geriatras y otros especialistas.
- Matronas(es).
- Otros profesionales, cada uno en el contexto de sus competencias

3.3 Rol del técnico estadístico

- Responsable de la recolección de datos, en conjunto con matrón(a).
- Confecciona y envía los reportes al servicio y al MINSAL.

4. Difusión de las OT

- Edición impresa de las Orientaciones Técnicas.
- Versión electrónica (PDF), con funcionalidades (hiperlinks), disponible en www.minsal.cl .
- Campaña de difusión via red MINSAL.
- PDF de las OT, disponibles para todos los profesionales.
- Participación en eventos científicos y académicos de médicos y de matronas.
- Material educativo: Folletos.

5. Implementación en la red asistencial pública y privada

- Las Orientaciones Técnicas deben estar disponibles en los centros de salud de APS y nivel Secundario.
- Disponibilidad de: formularios MRS, registro complementario del MRS, material educativo y fármacos necesarios para el programa.
- Capacitar al equipo de salud de APS y del nivel secundario.
- Organizar la atención por nivel de atención de salud, contando con al menos 1 especialista ginecólogo en el nivel secundario.
- Servicio de Salud informa los avances en la implementación del programa.
- Contar con un programa de educación y difusión a la población de mujeres de 45 a 64 años.

Esta Orientación Técnica, constituye el marco regulatorio que permitirá avanzar hacia el logro del objetivo estratégico Nº4, de la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020, cual es: "Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica". Se implementará en forma incremental y progresiva, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria del Ministerio de Salud.

V. OBJETIVOS

Estas Orientaciones Técnicas son una referencia para la atención de mujeres entre 45 y 64 años, en edad del climaterio y mujeres de menor edad con menopausia precoz o quirúrgica. No existen estudios epidemiológicos en el país, sobre mujeres con síndrome climatérico clínico, para mejorar su calidad de vida.

1. Principales objetivos de estas Orientaciones Técnicas (OT)

a. Contribuir a mejorar la calidad de vida en el período climatérico, aliviando la sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada con esta etapa.
b. Contribuir a reducir los factores de riesgo y a la pesquisa precoz de la comorbilidad típica de la edad, especialmente de enfermedades cardiovasculares, fracturas óseas y cánceres.
c. Contribuir a mejorar el desarrollo de la mujer en su entorno biopsicosocial, valorizando sus múltiples roles y propendiendo a la equidad de género.

VI. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EDAD DE CLIMATERIO

1. Manejo integral de problemas que afectan la calidad de vida

1.1 . Calidad de vida

De acuerdo a la OMS (1994) la calidad de vida es, genéricamente, la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

La calidad de vida relacionada con la salud se percibe subjetivamente por la satisfacción de necesidades básicas y por la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, influenciada por el estado de salud actual y sus consecuencias sobre su bienestar físico, emocional o social.

La calidad de vida está condicionada por la etapa del curso vital, los factores biopsicosociales, las enfermedades y su impacto en el funcionamiento diario de la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria.

Las principales dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud son:

- El funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social.
- El rol funcional y los proyectos futuros.
- La percepción de salud general y bienestar.
- Los síntomas específicos de la etapa del curso vital y de las enfermedades.

1.2. Prevención de morbilidad:

- Control de salud.
- Exámenes preventivos y de tamizaje.
- Educación:
  - Estilos de vida saludable.
  - Educación sobre climaterio.
- Detección y derivación ante la presencia de conflictos psicosociales que afecta la calidad de vida.
- Manejo social: Derivar según riesgo a asistente social o psicólogo.
- Casos con daño físico que requiere constatación: derivar a médico.
- Abuso o violencia. Dar primera respuesta por profesional en centro de salud.

2. Implicancias de factores de riesgo psicosocial

Entendemos por psicosocial la interacción entre la mente, factores conductuales y sociales, todos los cuales pueden ser modificados y funcionar como moduladores de la salud de los individuos[21, 22, 23].

La menopausia tiene significación cultural además de médica y fisiopatológica. Importantes componentes psicosociales influyen en la percepción de salud de las mujeres en edad del climaterio[24]. Algunas comunidades todavía valoran a la mujer en función de su potencial reproductivo, lo que puede cambiar ante la pérdida de la fertilidad y el avance al envejecimiento. En esos casos, la menopausia podría producir sentimientos de minusvalía, inutilidad, desmotivación, trastornos desadaptativos o sentimientos de culpa.

Las mujeres siguen siendo responsables del cuidado de los hijos y de las tareas domésticas, independientemente de su posición en el trabajo, estas responsabilidades se han considerado una fuente de sobrecarga, conflicto y estrés[25, 26] afectando la salud de la mujer[27, 28]. Por otra parte, es una etapa caracterizada por importantes cambios de roles para las mujeres, que son vividos de distinta manera por cada una de ellas. La estructura familiar de la mujer puede cambiar en la perimenopausia, pudiendo afectar a la pareja, cuando sobreviene desencantamiento, o a la relación con los hijos, por metas cumplidas, sentimientos de nido vacío o nuevas tareas como abuela; algunos cambios podrían producir carencias afectivas o ser fuentes de ansiedad. También podrían aparecer dificultades sociales por aislamiento, dedicación excesiva al trabajo o a la familia, concentración de múltiples funciones, atendiendo insuficientemente el ámbito personal o postergando sus cuidados personales de salud[29, 30].

Otra fuente de dificultad puede estar relacionada con disminución de rendimiento y de la memoria semántica, afectando eventualmente al desempeño laboral.

Las Encuestas Nacionales de Salud (2004 y 2010) detectaron mayor frecuencia de estrés y síntomas depresivos en esta edad. Sus resultados son consistentes con la evidencia internacional[31, 32, 33] y nacional[34]. Entre las principales conclusiones psicosociales de estas encuestas se destaca la sobrecarga significativa de la mujer, derivada de las diferencias de género, que afectan la conciliación de aspectos de la vida familiar y/o laboral. Estas determinantes junto a otras, como por ejemplo, síntomas depresivos, estrés permanente, personal o económico, bajos niveles de apoyo social, emo-

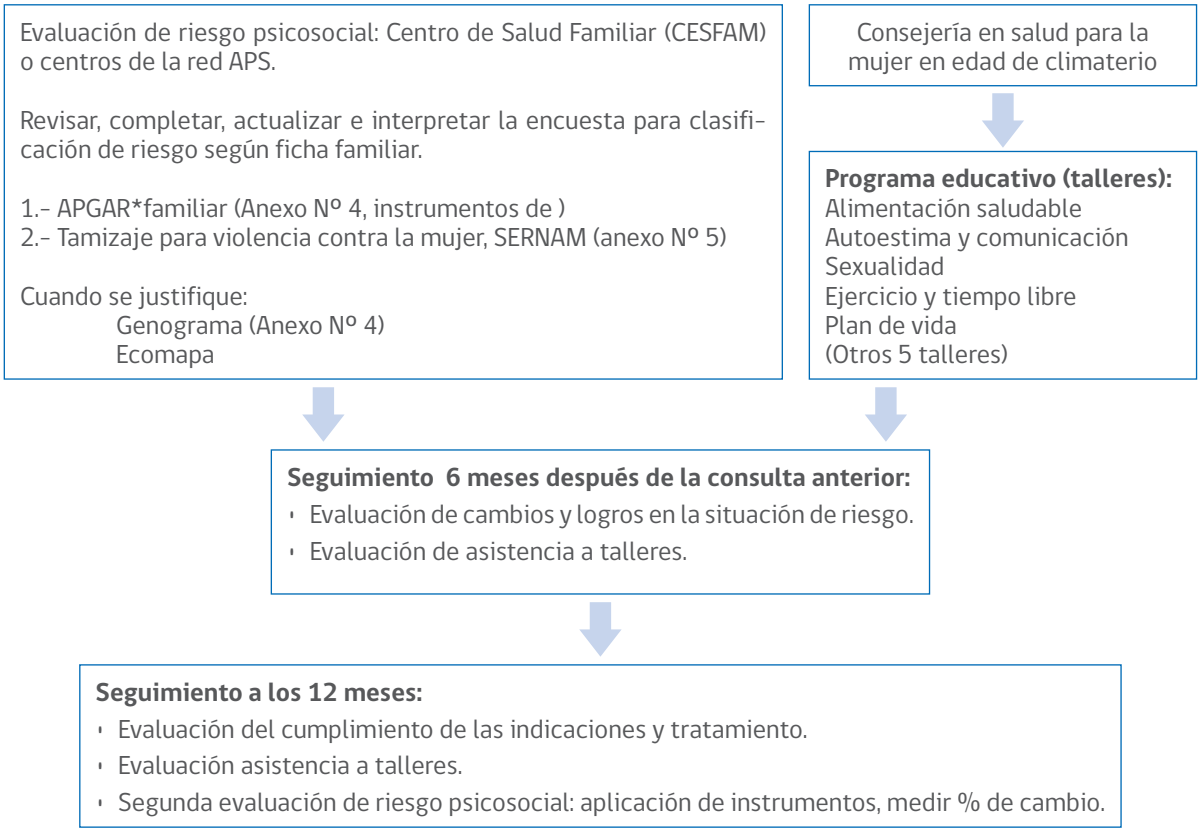
cional y material, pueden influir sobre el riesgo de adquirir enfermedades crónicas o de responder insatisfactoriamente a sus tratamientos.

Circunstancias psicológicas y sociales pueden causar estrés crónico, con efecto acumulativo en el tiempo, pueden aumentar el riesgo de deterioro de la salud mental[35] y muerte prematura[36] . Factores individuales tales como estrategias de afrontamiento y apoyo social, actúan como modificadores de la respuestas a corto plazo y en los resultados de salud a más largo plazo.

Es imprescindible considerar las propias percepciones que tiene cada mujer en este periodo de sus vidas[37, 38, 39, 40] que incluyen aspectos históricos y socioculturales, los cuales dan forma a la experiencia de salud y enfermedad[41].

3. Manejo de factores psicosociales

Grupo objetivo: Mujeres entre 45 y 64 años de edad, beneficiarias del Sistema Nacional de Salud consultantes en Atención Primaria de Salud (APS).



4. Acciones promocionales y preventivas en mujeres en edad de climaterio

Las acciones de promoción de la salud fortalecen el marco operativo para la atención primaria, orientando a las personas para lograr y mantener estilos de vida y patrones de comportamiento saludables y participar en acciones comunitarias en pro de la salud. El sector salud reconoce que la atención médica por sí sola, no puede abordar completamente todos los factores determinantes de la salud y que el logro de las metas exige el compromiso de todos los sectores de la sociedad [42].

4.1 Importancia del estilo de vida en los cuidados preventivos en la salud de la mujer en edad de climaterio.

4.1.1 Dietas y buenos hábitos de alimentación

El fomento de buenos hábitos dietéticos, comida variada, suficientes proteínas, fibra, verduras y frutas frescas, aceites insaturados, cantidades moderadas de hidratos de carbono, son aconsejables para contribuir a fomentar la salud.

El mismo estilo de alimentación que disminuye el riesgo cardiovascular reduce también el riesgo de obesidad, hipertensión y diabetes[43, 44]. Si bien no hay evidencia directa de efecto sobre el riesgo cardiovascular, una dieta que contenga vegetales, cantidades adecuadas de proteínas y frutas sin exceso contribuyen a prevenir hipertensión arterial, obesidad y diabetes[45].

En cuanto a lípidos, es recomendable favorecer la elección de aceites vegetales y evitar las grasas animales, con la excepción de algunos pescados. Si no es el estilo actual, es oportuno proponerse un cambio de estilo de vida, aprendiendo a reconocer los grupos de alimentos de manera simple y eficiente.

Por regla general, los hidratos de carbono se encuentran en grandes cantidades en cereales (trigo, harinas, pan, arroz, etc.), leguminosas (porotos, arvejas, etc.), tubérculos (papas, betarragas, etc.). Con la finalidad de evitar la obesidad, es recomendable no exceder el consumo de dos a tres tasas diarias de estos alimentos, a menos que la persona se encuentre sometida a un gasto calórico aumentado.

Recomendación
Debería recomendarse una alimentación con efectos favorables sobre los lípidos, insulino-resistencia, síndrome metabólico, capacidad antioxidante, mortalidad cardiovascular e incidencia de cáncer[46, 47, 48].

4.1.2. Actividad física

La actividad física regular promueve la pérdida de peso y la redistribución corporal, aumentando la masa magra y disminuyendo la masa adiposa, especialmente cuando se asocia a dieta hipocalórica[49] y sus efectos pueden ser persistentes[50]. El ejercicio aislado tiene un efecto modesto sobre el peso[51, 52] pero mejora los factores de riesgo cardiovascular incluyendo lípidos[53], presión arterial y glicemia, incluso en aquellas personas que no pierden peso[54]. La actividad física disminuye la mortalidad asociada a riesgo de enfermedad coronaria[55] y diabetes[56].

El ejercicio regular es aconsejable para mantener el sistema músculo esquelético, el equilibrio, la coordinación motora, previene la incidencia de diabetes y tiene efectos favorables sobre varios factores de riesgo cardiovascular. El ejercicio temprano en la vida se ha asociado a menores tasas de

cánceres[57,58]. Algunos autores describen disminución de síntomas climatéricos atribuible al ejercicio.

Recomendación:
Combatir el sedentarismo: realizar actividad física aeróbica moderada por 30 minutos la mayoría de los días de la semana; si el ejercicio es caminar, debe ser a buen paso, constante y lograr acelerar el pulso para que sea efectivo. (Programa actividad física para prevención y control de los factores de riesgo cardiovasculares disponible: www.minsal.cl).

4.1.3 Detención del tabaquismo

El consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de eventos coronarios (HR: 1.60; IC 95%:1.49-1.72), accidente cerebro-vasculares hemorrágicos (HR: 1.19; IC 95%:1.06-1.33) y accidentes vasculares trombóticos (HR: 1.38; IC 95%: 1.24-1.54). Las mujeres que fuman igualan los riesgos cardiovasculares de los hombres[59]. Varios análisis sobre cesación del consumo de tabaco muestra múltiples beneficios[60, 61, 62], incluyendo una reducción de 36% en la mortalidad[63].

Recomendación
El equipo de salud debe asumir la consejería activa para obtener el abandono del consumo de cigarrillos en todos los casos.

4.2. Actividades promocionales para ser realizadas en APS:

4.2.1 Consejería para mujeres en edad de climaterio

La vida sana se logra con estilos de vida saludable, lo que incluye conductas, creencias, sentimientos y relaciones con otras personas. Decisiones poco saludables (alcohol, tabaco, dieta inadecuada, falta de ejercicio, sexo inseguro) causan enfermedades, pero pueden cambiar favorablemente con los mensajes adecuados y oportunos.

El objetivo de esta consejería es orientar a las consultantes e informarles que existe un conjunto de pautas sobre cómo adoptar estilos de vida saludables, los que finalmente conducirán a un mejor nivel de salud y calidad de vida.

Desde el inicio de la consejería se propenderá a que la mujer se sienta a gusto, dándole cordialmente la bienvenida, invitándola a sentarse, explicándole el propósito de la sesión de consejería: evaluar su estilo de vida y entregarle pautas u orientación respecto a como mejorarlo..

La consejería se llevará a efecto en el box del profesional de la salud responsable en la Atención Primaria de Salud (APS), en el contexto de una consulta con enfoque biopsicosocial, método clínico personalizado centrado en la usuaria.

Recomendaciones para la consejería de la mujer en edad del climaterio

- Explorar la situación (signos y síntomas del problema) y el padecimiento (la experiencia personal de la situación).
- Comprender a la consultante como una persona única, con sus emociones, con una historia personal y un componente sociocultural también únicos.
- Buscar acuerdos para el manejo de los problemas de la persona, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.

- Introducir la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona; una forma explícita de habilitar usuarias para mejorar su participación en el autocuidado de la salud.
- Reforzar la autocrítica reflexiva, fomentando la retroalimentación para un permanente crecimiento.
- Usar de manera realista el tiempo y los recursos.
- La consejería debe estar orientada a las necesidades actuales de la usuaria. Los instrumentos MRS, formulario complementario y EMPA modificado son los principales indicadores de las necesidades actuales de la usuaria.

Temas a abordar durante la consejería

- Identificar los conflictos que más afectan su calidad de vida: Violencia Intrafamiliar (VIF).
- Relaciones familiares: definir etapa del ciclo vital individual y familiar en que se encuentre la usuaria: dinámica familiar, redes de apoyo.
- Relaciones sociales: estimular el desarrollo de vínculos con el entorno.
- Uso de tiempo libre: recreación, hobbies, cine, TV, otros.
- Nutrición: reforzar la dieta balanceada. Referir a nutricionista a las mujeres que estén fuera del rango normal de IMC de 18 a 26.
- Consumo problemático y/o dependencia de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias.

Consejería antitabáquica: orientada a desarrollar un cuestionamiento sobre el hábito tabáquico, que la impulse a buscar alternativas para disminuir o detener el consumo.

Si se detecta que la mujer está abierta al cambio, facilitar información respecto a los efectos negativos del consumo de tabaco (EMPA):

- Aumento de riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Mayor riesgo de cáncer pulmonar, de laringe, vejiga y otros.
- Bronquitis crónica y enfisema pulmonar.
- Envejecimiento prematuro de la piel.
- Riesgo de desarrollar osteoporosis.
- Daño en las encías (gingivitis) y dientes.
- Efectos de la intoxicación crónica con monóxido de carbono (cefaleas y cansancio).
- Daño a los no fumadores o fumadores pasivos.

Consumo perjudicial de alcohol: Aplicar escala AUDIT (Incluida en EMPA).

El exceso de consumo de alcohol está asociado con enfermedades del hígado, daños cerebrales y trastornos psiquiátricos con agresividad y pérdida del autocontrol.

La Guía Clínica Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria (2005), proporciona orientaciones para utilizar metodologías respecto a: detección temprana del riesgo, antes de configurarse el daño

(cuestionarios, exámenes de laboratorio, recepción de las alarmas de las familias), de intervención resolutiva (intervención preventiva y terapéutica), de evaluación periódica del curso de tratamiento (consultas de evaluación de avance y pronóstico) Departamento Salud Mental, disponible: www.minsal.cl.

Orientaciones en salud sexual, en la etapa de climaterio

Aunque la sexualidad no debería representar un problema, los condicionamientos sociales han causado que muchas personas y comunidades tengan dudas y preguntas respecto a esta importante área de la experiencia humana, por lo que con frecuencia se recurre a los profesionales de la salud para solucionarlos. Una de las intervenciones que está a disposición de los profesionales de la salud, es la consejería.

La consejería, en la atención de salud, es una intervención a través de la cual un profesional de salud informa, orienta y apoya a una persona en su proceso de despejar una situación que está viviendo y enfrentar el futuro[64]. Por lo tanto, la función del consejero se traduce en acompañar y facilitar el proceso de cambio y toma de decisiones en forma constructiva.

En salud sexual, la consejería se entiende como una labor de apoyo, educativa y facilitadora de procesos que potencien la salud sexual, y que beneficien la toma de decisiones informadas en el ámbito sexual.

Sexualidad en la mujer en edad del climaterio:

- Informar que en el climaterio puede tener cambios en la libido y lubricación genital.
- Detectar las necesidades de la paciente, que puede tener temor a embarazarse o dificultades con su pareja.
- Abordar la consejería con respeto y tolerancia, sobretodo, evitando juicios morales.
- Evaluación y proyección del resto de su vida, logros personales y frustraciones que ha experimentado hasta esta etapa de su vida.

La consejería en salud sexual cumple una doble función: la promoción y la prevención

Promoción: de una vida sexual saludable, placentera, sin culpas ni miedos, entregando información que permita a la mujer facilitar el reconocimiento corporal en esta etapa de la vida, la comunicación con la pareja y la búsqueda de espacios de intimidad.

Prevención: implica compartir información con las personas acerca de comportamientos sexuales más seguros, apoyarlos a identificar sus riesgos y buscar fórmulas para evitarlo (por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual, trastornos en la ejecución sexual)

La consejería en salud sexual es un espacio, donde quienes consultan encuentran respuestas e información que les permite reconocer y/o construir una ética sexual que guiará sus decisiones en esta materia, en busca de potenciar una vida sexual saludable, enriquecedora y gratificante.

Por lo tanto, la consejería tiene como meta proporcionar elementos a una persona, para que enfrente de mejor manera su situación actual, encuentre medios realistas para resolver problemas y tome decisiones informadas.

Durante el climaterio, se producen cambios, como atrofia del epitelio vaginal, pérdida de la rugosidad de la vagina, adelgazamiento de la mucosa, disminución de la humedad, que pueden repercutir en la vida sexual de una mujer que no cuente con información suficiente, siendo por tanto indispensable la consejería. La consecuencia puede ser la dispareunia, lo cual se puede aminorar con lubricantes vaginales.

Sexo seguro
Prevención de Infecciones de transmisión sexual y VIH.

Si la mujer está abierta al diálogo sobre sexualidad, éste puede orientarse a la entrega de información sobre sexo seguro. El riesgo de VIH e ITS está presente siempre que se practique sexo sin protección, independiente de la edad. El riesgo de tener algunas de estas infecciones, aumenta en situaciones de multiplicidad de parejas sin uso o uso ocasional de preservativo,

La consejería en prevención del VIH/SIDA e ITS, permite evaluar las vulnerabilidades y riesgos personales frente al VIH y las ITS, actualizar información y planificar estrategias de prevención en forma personalizada.

Debe considerarse la oferta del examen de detección del VIH, y otros exámenes de detección de ITS si corresponde[65, 66, 67].

4.2.2 Talleres educativos para mujeres en edad del climaterio

Se recomiendan las actividades educativas e informativas grupales, de carácter interactivo, de forma periódica con apoyo de material explicativo y del personal de salud[68].

Propósito: Facilitar el trabajo que realiza el equipo de salud, entregando los elementos básicos para desarrollar los talleres. Se incluyen 10 unidades educativas, objetivos de cada taller, la metodología, las estrategias educativas, los contenidos, actividades, materiales y el rol que debe desempeñar el educador.

Objetivos Generales

- Comprender los cambios que se producen en este período de la vida para contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer y su impacto en la prevención de enfermedades crónicas.
- Identificar los nuevos requerimientos nutricionales, a fin de adecuar la dieta diaria a las necesidades.
- Señalar los riesgos del sedentarismo y motivarlas a realizar actividad física en forma regular.
- Comprender la importancia de satisfacer las necesidades emocionales, reconocer individualmente las propias fortalezas y debilidades, base para mejorar la
- autoestima.
- Reflexionar sobre el impacto que tiene el uso adecuado del tiempo libre sobre la salud y la conveniencia de integrarse al entorno social.
- Identificar los principios básicos para mejorar la comunicación con el grupo familiar y social.
- Entregar herramientas para identificar y manejar situaciones estresantes y aprender técnicas de relajación.

- Compartir inquietudes respecto a la sexualidad y los cambios que pueden aparecer en las diferentes etapas del curso vital.
- Internalizar la necesidad de auto-cuidar la salud y desarrollar un proyecto para la vida futura aplicando lo aprendido en el taller.

Unidad educativa: Actividad de aprendizaje grupal conducida por un guía, quien será el profesional de la salud de la APS que cuente con la capacitación del caso y la matrona de APS, para desarrollar temas específicos, de acuerdo a pautas semiestructuradas. La actividad permite compartir conocimientos, experiencias, reflexionar, analizar y adquirir un conjunto de habilidades que harán posible una buena actitud frente a la vida y una mejor adaptabilidad a los cambios.

Metodología grupal: Se inicia con las experiencias y conocimientos que poseen las personas, su confrontación con los nuevos conocimientos y la comprensión real del tema estudiado. Requiere la participación activa de cada uno de los integrantes del grupo. El facilitador o guía motiva al grupo y crea las condiciones en un ambiente cálido que permita sentir confianza a las participantes para abrirse, conocerse a sí mismas, identificar actitudes dañinas para su salud y asumir cambios favorables para lograr una mejor calidad de vida.

Estrategias metodológicas

- Para lograr un intercambio de opiniones y que todos puedan participar, se requiere que el número de participantes por taller no supere las 15 personas.
- Contar con sillas movibles y ordenadas en círculo en la sala.
- Técnicas educativas: lluvia de ideas, reflexión individual, trabajos individuales, trabajos grupales, análisis de situación, juegos, clases dialogadas, ejercicios prácticos.
- Cada unidad está diseñada para una hora y media de duración. No obstante dependerá del ritmo de aprendizaje de cada grupo.
- Se recomienda adaptar el nivel de conocimiento y el lenguaje a las características necesidades de cada grupo.

Rol del facilitador: Su misión principal es facilitar el aprendizaje, creando un clima cálido y de confianza. Debe tener una actitud positiva frente a la vida, ser coherente en su pensamiento, sentimientos y acción, ya que es modelo para los educandos; evitar juicios personales o imponer sus valores por sobre los de los participantes.

En cada sesión educativa, se debe lograr atraer la atención de los participantes, señalar los objetivos propuestos para la reunión. Al inicio, hacer una síntesis de lo más relevante tratado anteriormente. En el desarrollo de cada unidad, se debe estimular al educando para que recuerde la información que posee del tema, presentar el material de trabajo captando su atención, orientar el aprendizaje, promover la participación de todos, retroalimentar las conductas correctas, estimular y evaluar a cada participante. En anexo 12, se presenta el desarrollo de talleres de aprendizaje.

Propuesta de un temario básico según las inquietudes de las participantes

- Menopausia y climaterio: mitos y realidades.
- Importancia del estilo de vida y hábitos saludables en condiciones de hipoestrogenismo. salud cardiovascular y salud ósea.

- Epidemiología y prevención del cáncer ginecológico y mamario.
- Sexualidad en la etapa post-reproductiva.
- Desórdenes del sueño.
- Salud mental, autoestima y reconocimiento de su nuevo lugar en la familia, la sociedad y su nuevo proyecto de vida.

Además de los encuentros grupales, se debe promover la educación individual en el control y consulta diaria, donde la promoción de salud y el desarrollo de acciones preventivas constituye un pilar fundamental.

VII. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Las medidas preventivas primarias elementales incluyen la corrección de los factores de riesgo para cánceres, osteoporosis y enfermedades cardiovasculares (ECV).

1. Riesgo de enfermedades cardiovasculares

El concepto de riesgo cardiovascular en la población objetivo se vuelve operativo cuando se aplica la definición del síndrome metabólico[69] según los criterios ATP-III que permiten definir objetivos de tratamiento además de seleccionar personas con mayor riesgo [70].
Se considera que toda persona que reúne 3 o más de los criterios de síndrome metabólico definidos en ATP III son prediabéticos[71, 72, 73].

Los puntos de corte para mujeres en cada uno de los cinco parámetros son:

- Obesidad abdominal: circunferencia de cintura ≥88 cm,
- Presión arterial alta: ≥130/85 mm Hg,
- Hiperglicemia: glicemia en ayuno≥100 mg/dL
- Colesterol HDL bajo:<50 mg/dL
- Triglicéridos altos: ≥150 mg/dL

La medición de una circunferencia abdominal ≥88 cm tiene una sensibilidad de 84,8% para detectar a las mujeres chilenas[74] que tienen síndrome metabólico; su especificidad, capacidad para identificar a las sanas, es de 69,9%; y su valor predictivo positivo, la probabilidad de detectar el síndrome, es de 60,4%.

Según la medición de la cintura, la existencia de obesidad abdominal en mujeres latinoamericanas implica un riesgo (OR) de 13.01 (IC 95%: 10.93-15.49) de presentar síndrome metabólico[75].

La obesidad general, definida a través del índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30, determina menos riesgo de presentar síndrome metabólico que la obesidad abdominal (OR 5.30, IC 95%: 4.51-6.24 vs OR 13.01 ya mencionado).

La presión arterial igual o superior a 130/85 mm Hg se asocia al riesgo de presentar síndrome metabólico (OR 9.30 IC 95%: 7.91-10.94) con sensibilidad de 80.7%, especificidad 69.0% y valor predictivo positivo de 58.5%.

Si al hallazgo de hipertensión arterial se agrega la presencia de obesidad abdominal, el riesgo (OR) de síndrome metabólico es de 20.57 (IC 95%: 17.16-24.67). Esta combinación, hipertensión arterial y obesidad abdominal, tiene una sensibilidad de 66.7%, una especificidad de 91.1% y un valor predictivo positivo de 80.3%.

Además, se considera como portadoras de hipertensión arterial a las mujeres que reciben medicación antihipertensiva y como hiperglicémicas a las que reciben hipoglicemiantes.

Medidas eficaces para reducir el riesgo cardiovascular

El tratamiento del síndrome metabólico tiene el efecto de disminuir los riesgos metabólicos y cardiovasculares.

La actividad física reduce la resistencia a la insulina junto a otros factores de riesgo cardiovascular[76], mejora los resultados del tratamiento antihipertensivo en hipertensos[77] y puede prevenir hipertensión arterial[78] aunque el ejercicio sin adecuado control con agentes antihipertensivos puede empeorarla[79]. Caminar baja el colesterol-LDL y mejora la relación colesterol total/colesterol-HDL[80, 81] y el ejercicio es capaz de contribuir a mejorar lípidos previamente alterados[82, 83]. El ejercicio es una intervención útil y persistente para bajar de peso, particularmente cuando se combina con dieta y logra disminuir en más de 50% el riesgo de diabetes mellitus[84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92].

En pacientes de muy alto riesgo, por ejemplo antecedente de diabetes gestacional, las intervenciones intensivas que incluyen mejoras en estilo de vida y metformina consiguen reducir la incidencia de diabetes en más de 50%[93].

Se recomienda controlar cada uno de los factores de riesgo cardiovascular e insistir en la necesidad de mantener cambios favorables en el estilo de vida. El mejor marcador en una persona obesa que está bajando de peso mediante régimen y ejercicios es la disminución de la circunferencia abdominal[94, 95, 96]. En pacientes con síndrome metabólico u obesos la meta es alcanzar una reducción de 10% del peso en uno a tres años; con una pérdida de peso de 0,5 a 4 kg por mes. Hay controversia en la seguridad de las terapias con estatinas[97] pero han mostrado alguna eficacia en prevención primaria[98, 99, 100, 101, 102] y secundaria de infarto al miocardio en mujeres[103, 104, 105].

2. Riesgo de osteoporosis

Debido a la alta incidencia de fractura en las mujeres posmenopáusicas mayores y a la magnitud de la morbimortalidad asociada, es importante detectar tempranamente la presencia de osteoporosis, es decir masa ósea disminuida, con fragilidad, que predispone a fracturas. Se han desarrollado una serie de cuestionarios que poseen alta sensibilidad, pero regular especificidad para riesgo de osteoporosis. Los indicadores se relacionan con condiciones que afectan la masa o el balance de remodelación ósea[106, 107]. La menopausia es uno de los principales determinantes de disminución de la masa ósea y afecta a todas las mujeres; el tratamiento precoz con reposición hormonal, cuando no hay contraindicaciones, es la medida farmacológica más eficaz para disminuir osteoporosis y fracturas en mujeres bien suplementadas con vitamina-D y calcio. Aquellas mujeres que no pueden recibir terapia de reposición hormonal o cesan en su uso, ya sea por contraindicaciones o por decisión personal, deben considerar otras medidas para protegerse del riesgo de osteoporosis y fractura.

El riesgo de fractura se determina idealmente utilizando el FRAX, un algoritmo recomendado por la OMS que permite calcular la tasa de riesgo de fractura a 10 años y tomar decisiones clínicas (ver anexo Nº 6), considerando los factores de riesgo identificados por International Osteoporosis Foundation (IOF). Los principales factores de riesgo son: la edad a la que ocurrió la menopausia, el IMC menor de 21 o contextura delgada, tabaquismo y uso de fármacos conocidos como causantes de osteoporosis (corticosteroides, anticonvulsivantes, exceso de hormona tiroidea, anastrozol, entre otros) y fármacos o hábitos que causan interferencia en la absorción de calcio (omeprazol, régimen vegetariano, sodas y bebidas carbonatadas). El más potente predictor de fractura es el antecedente de cualquier fractura por fragilidad[108], motivo por el cual se debe extremar la precisión en su detección.

A pesar de no haber sido validado en Chile, el ORAI (Osteoporosis Risk Assessment Instrument) (ver anexo Nº 7), es un instrumento útil, recomendado únicamente si no se tiene acceso al FRAX. Fue desarrollado en mujeres canadienses mayores de 45 años para identificar a aquéllas que requieren efectuar una densitometría ósea para confirmar diagnóstico de osteoporosis. El umbral de 8 puntos en el ORAI tiene 93.3% de sensibilidad y 46.4% de especificidad para detectar mujeres con osteoporosis[109].

El ORAI valúa sólo tres parámetros:
1. Edad (>75 años:15 ptos, 65-74: 9 ptos, 55-64: 5 ptos, 45-54: 0 ptos).
2. Peso (<60 Kg: 9 ptos, 60-69: 3 ptos; >69:0 ptos).
3. Terapia de reposición hormonal (TRH) (No: 2 ptos, Sí: 0 ptos).
Un puntaje total >8 puntos, se considera riesgo elevado.

Se recomienda aplicar el FRAX o el ORAI a toda mujer de la población objetivo y solicitar densitometría ósea de acuerdo a la tasa o puntaje obtenido. En el caso del ORAI, se justifica realizar densitometría ósea cuando el puntaje es >8.

El antecedente de alguna fractura, por ejemplo una fractura por aplastamiento vertebral, incluso sin haber sido advertida por la persona, aumenta cuatro veces el riesgo de presentar una nueva fractura por fragilidad. La pérdida de 5 cm de estatura es sospechosa de haber tenido una fractura vertebral[110, 111, 112] y la disminución de 7 cm es de muy alta probabilidad.
Se recomienda interrogar a la mujer sobre fracturas previas. Si la diferencia entre la estatura máxima registrada de la vida menos la talla actual es igual o mayor a 7 cm, solicitar radiografía de columna dorsolumbar lateral: en decúbito prono con rayo horizontal[113] o en decúbito lateral con rayo vertical[114] ; en este caso, es indispensable compensar las desviaciones ecolióticas que pudieran existir.

Criterios para indicar densitometría ósea
La densitometría validada para uso clínico es la de doble energía de rayos X (DXA)[115, 116], y sus resultados se expresan en desviaciones estándar con respecto al patrón normal joven (T-score) en el caso de mujeres en posmenopausia. En el caso de las mujeres perimenopáusicas o menores, no es adecuado utilizar el T-score, y en su reemplazo se debe calcular el Z-score (DE con respecto a grupos de la misma edad). Existe también el método de ultrasonido de calcáneo, que sirve para tamizaje, pero requiere confirmación con DXA para diagnóstico clínico y tiene menor especificidad[117].

No tiene rendimiento realizar densitometrías en menores de 65 años sin factores de riesgo para osteoporosis. Se sugiere que la densitometría sea solicitada en el nivel secundario.

La densitometría ósea debería restringirse a mujeres menores de 60 años con patologías conocidamente productoras de osteoporosis o para el seguimiento de pacientes con osteoporosis demostrada. La presencia de cuatro o más factores de la siguiente lista hace conveniente adelantar la primera densitometría a los 60 años[118]:

- IMC bajo (≤19 kg/m2).
- Posmenopausia.
- Fractura previa por fragilidad.
- Cadera, muñeca y columna.
- Incluye fractura vertebral morfométrica (visible en densitometría o en Rx)
- Historia parental de fractura de cadera.
- Tratamiento actual con glucocorticoide.
- Cualquier dosis, oral por 3 meses o más.
- Fumador actual.
- Alcohol 3 o más unidades al día.

Indicaciones de densitometría en el nivel secundario o terciario, a cualquier edad, para seguimiento y control por riesgo de osteoporosis secundaria:

- Artritis reumatoide.
- Hipogonadismo no tratado (hombres y mujeres).
- Inmobilidad prolongada.
- Transplantes de órganos.
- Diabetes tipo 1.
- Hipertiroidismo.
- Enfermedades gastrointestinales.
- Enfermedades hepáticas crónicas.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Hipercalciuria idiopática (sospechada por litiasis urinaria).
- VIH y terapia antiretroviral.
- Enfermedad renal crónica.

Tratamientos para reducir el riesgo de osteoporosis y fractura

La paciente que espontáneamente presenta niveles de estradiol circulante sobre 6-20 pg/mL tiene menos riesgo de sufrir fracturas[119, 120].

La paciente con osteopenia que recibe TRH se encuentra suficientemente tratada con el antiresortivo hormonal y no requiere adicionar otro medicamento de esta clase, por lo tanto no es aconsejable indicar bisfosfonatos, ranelato de estroncio o anabólicos a pacientes que reciben estrógenos o tibolona. La discontinuación de TRH hace cesar la protección ósea [121].

3. Suplementos de calcio y vitamina D

Las evidencias respaldan la suplementación de calcio o de calcio con vitamina D para la prevención de la osteoporosis en mayores de 50 años[122], aunque no es claro si la suplementación de calcio disminuye las fracturas no vertebrales[123]. Hay que tener presente que todos los estudio de intervención para probar la eficacia de los diversos medicamentos para osteoporosis, se han realizado bajo condiciones de suplementación de calcio y vitamina D.

Los estudios diseñados específicamente para demostrar disminución de caídas en mujeres mayores por efectos atribuibles a la salud muscular, demuestran que la vitamina-D es eficiente para este propósito y su efecto es dosis dependiente (>700 UI al día), disminuyendo secundariamente el número de fracturas[124]. La vitamina-D además de ser una pieza clave en la regulación de la disponibilidad del calcio para sus múltiples funciones neuromusculares y óseas, es una hormona que participa en la regulación del crecimiento y diferenciación de diversos tipos celulares; actualmente se investiga su influencia protectora sobre varios tipos de cáncer (mama y colorectal entre otros) y en autoinmunopatías[125]. Un estudio chileno mostró prevalencia aproximada de 50% de hipovitaminosis D en mujeres postmenopáusicas[126, 127].

Se recomienda favorecer la exposición de brazos y piernas al sol por 5 a 10 minutos, cuando no esté contraindicado. La exposición durante la mitad del tiempo necesario para provocar eritema mínimo, aumenta los niveles de vitamina-D en el equivalente a 1000-3000 UI al día. Los alimentos con mayor contenido de vitamina D son los pescados, especial mente salmón, que aportan entre 250 y 1000 UI al día. Los productos lácteos disponibles en Chile son una fuente insuficiente de vitamina-D aportando no más de 41 UI por litro de leche entera. La especificación de la leche Purita fortificada indica que una porción de 20 gramos de polvo entrega 6% del requerimiento diario. Muchos países fortifican la leche para alcanzar 100UI o más por porción de consumo. Se recomienda una dosis mínima de 1200 mg de calcio (cada taza de leche aporta 300 mg de calcio) y se recomienda superar el aporte de 800 UI de vitamina D al día[128, 129].

Cambios de estilo de vida para prevenir osteoporosis

Los ejercicios aeróbicos, como la marcha, o los programas de ejercicios físicos que incrementan la resistencia son adecuados para prevenir la osteoporosis postmenopáusica. Según el Estudio de Salud de las Enfermeras en EE.UU., caminar 4 horas a la semana reduce el riesgo de fractura en 41%, comparado con las mujeres que caminan menos de 1 hora[130].

Muchas medidas destinadas a mejorar el equilibro y a disminuir la caídas son eficientes para disminuir el riesgo de fractura, independientemente del manejo de la osteoporosis[131]. El tabaquismo es otro factor asociado con mayor riesgo de fractura (RR:1.25; 95% IC 95%:1.15-1.36)[132].

Se recomienda estimular la actividad física, ej. caminar cuatro horas por semana, la exposición al sol, especialmente en invierno, durante a lo menos 10 minutos diarios e incentivar el abandono del consumo de cigarrillo.

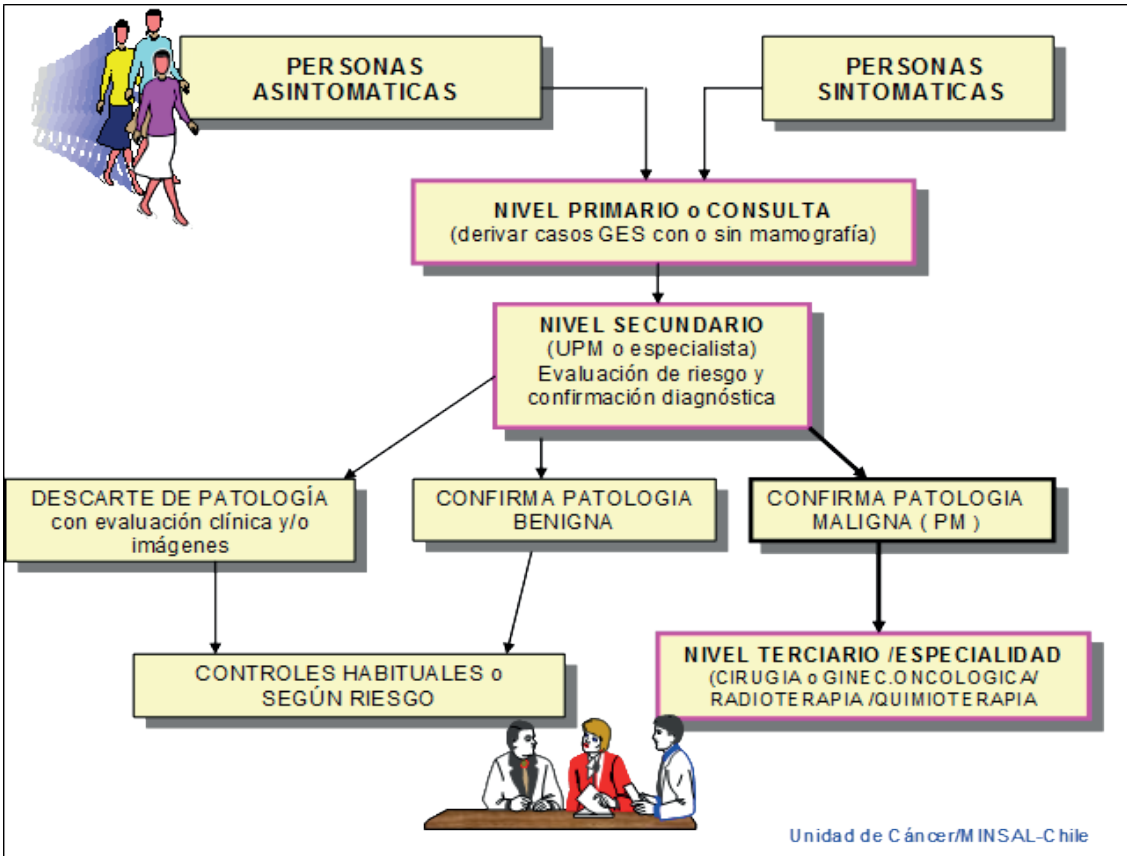
4. Riesgo de cáncer de mama y cáncer de mama incidente

El Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama comprende estrategias y actividades de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Las presentes OT colaboran con el programa existente para pesquisa de cáncer de mama.

En la consulta de ingreso y posteriores se debe realizar el examen físico de las mama protocolizado y enseñar el autoexamen por profesional capacitado ("Manual para Examen Físico y Enseñanza del Autoexamen de mama para profesionales de salud de atención primaria", 1998). Desde la incorporación de la mamografía al Programa de Resolución de Especialidades en la Atención Primaria de Salud (APS) en el 2001 (actual Programa de Imágenes Diagnósticas de APS), la disponibilidad ha ido en aumento cada año y se espera que su implementación continúe en un ritmo progresivo hasta lograr la meta propuesta en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

El Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) vigente, garantiza una mamografía gratuita para toda mujer entre 50 a 54 años cada 3 años (independiente de su previsión de salud). Los casos con sospecha de patología mamaria, deben ser derivados a la Unidad de Patología Mamaria (UPM) con o sin mamografía.

Actividades para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama



Las recomendaciones para la confirmación, tratamiento y seguimiento de esta patología, se encuentran en la Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Mama, disponible en www.minsal.cl

5. Riesgo de cáncer cérvico uterino

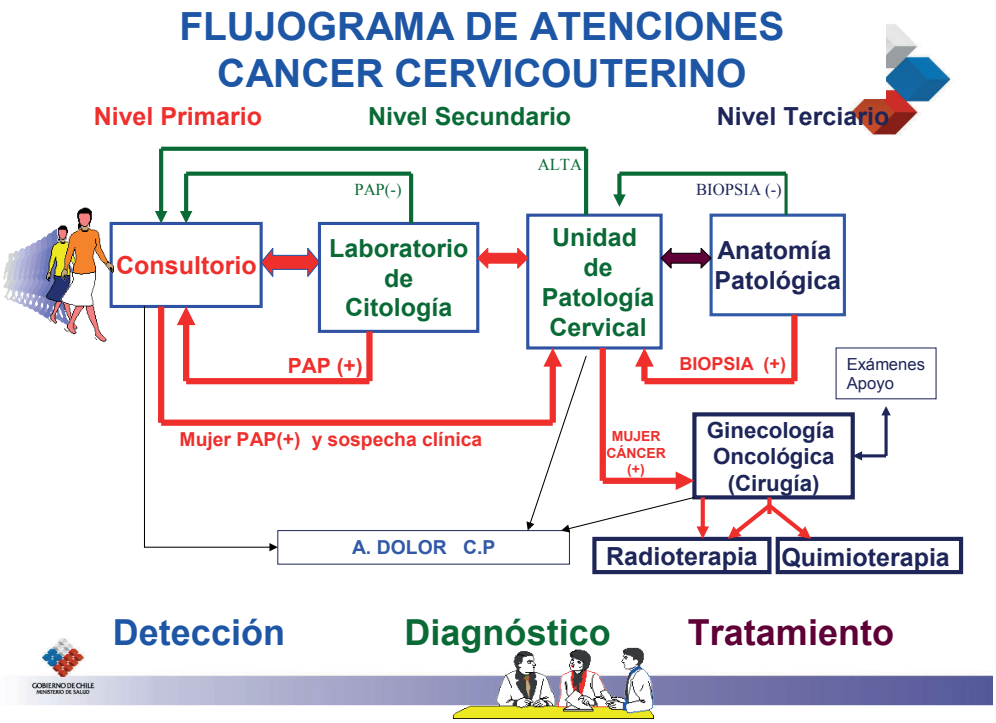
Sospecha de cáncer cérvico uterino:
La mujer debe ser derivada a un especialista o a la Unidad de Patología Cervical (UPC), cuando presenta citología sospechosa en un examen de citología exfoliativa del cuello uterino ("PAP positivo") o cuando tiene sospecha clínica de cáncer invasor.

PAP positivo. Es el que cumple alguna de las siguientes condiciones:

- PAP sugerente de cáncer invasor.
- PAP sugerente de neoplasia intraepitelial, ya sea NIE-I, II, III o Cáncer in situ (CIS).
- Primer PAP atípico que no puede descartar lesión de alto grado o mayor.
- Primer PAP atípico glandular
- Segundo PAP atípico inespecífico

Sospecha clínica de cáncer cervico uterino: Visualización de lesión exocervical proliferativa sangrante o friable, a la especuloscopía.

La mujer tiene derecho a las GES desde el tamizaje en adelante.



(Fuente: Guía Clínica Cáncer Cervicouterino 2010 MINSAL).

Las recomendaciones para la confirmación, tratamiento y seguimiento de esta patología, se encuentran en la Guía de Práctica Clínica de Cáncer Cervicouterino, disponible en www.minsal.cl .

VIII. SÍNDROME CLIMATÉRICO: ESTUDIO Y MANEJO

1. Manifestaciones del síndrome climatérico

Síntomas climatéricos

Existe una amplia distribución de receptores estrogénicos (RE) en prácticamente todos los órganos de la mujer[133]. La deficiencia estrogénica produce muchos síntomas que reflejan las múltiples acciones de los estrógenos. Tal variedad y cantidad de síntomas dificulta la evaluación detallada de cada uno de ellos y su impacto relativo en la salud y en la calidad de vida. Varios métodos han conseguido sistematizar los síntomas atribuibles al climaterio, tratando de cuantificar datos de naturaleza subjetiva[134].

Las manifestaciones del síndrome climatérico dependen primariamente del déficit hormonal y están moduladas por la comorbilidad, los problemas ambientales, especialmente del entorno familiar, social y/o laboral y dependen también de las características de la personalidad de cada mujer. La compleja interrelación de estos factores explica lo multifacético e individual de las expresiones del síndrome[135]. La intervención clínica en las mujeres en climaterio considera en lo posible todos estos aspectos[136].

Varios años antes de la menopausia se pueden reconocer síntomas climatéricos[137, 138]. Se pueden presentar dos tipos de evolución: relativo hipoestrogenismo, con síntomas vasomotores, emocionales, artralgias y otros; o bien, relativo hiperestrogenismo con insuficiencia lútea. Este último tiene un sustrato bien reconocido, se caracteriza por un aumento en el número de folículos reclutados en el ciclo ovárico con el consecuente aumento en la proporción de estrógenos circulantes, llegando a superar la cantidad de estrógenos típica de un ciclo normal. La insuficiente producción de progesterona o la franca anovulación parecen explicar el notorio aumento de la morbilidad disfuncional en este grupo, que se expresa en aumento de la incidencia de sangrados anormales, adenomiosis, miomatosis y quistes ováricos.

Las mujeres perimenopáusicas[139, 140, 141] independiente de la regularidad de sus sangrados, y posmenopáusicas con síntomas vasomotores, presentan significativa mayor prevalencia de ansiedad, depresión[142, 143] síntomas somáticos[144, 145, 146] insomnio[147], sexualidad deprimida[148], y molestias atróficas urogenitales[149, 150, 151], causando significativo deterioro de su calidad de vida[152]. Los síntomas climatéricos pueden persistir más de cinco años en casi la mitad de las mujeres[153, 154, 155, 156] y 10 años o más en un número importante[157, 158].

Salud del sistema osteo-articular y músculo-tendinoso

La pérdida de la densidad mineral ósea puede iniciarse incluso cuatro años previos al advenimiento de la menopausia, coincidiendo con la declinación de la función ovárica[159, 160]. La densidad mineral de la columna y de la cadera disminuye alrededor de 0.4% al año en el período perimenopáusico[161] y la velocidad de pérdida mineral ósea se triplica durante la primera década después de la menopausia, volviendo posteriormente al ritmo premenopáusico de disminución[162].

Estudios nacionales estiman que la osteopenia lumbar afecta al 21.7% de las mujeres mayores de 40 años[163], y que la incidencia de fractura de cadera se eleva desde 60/100.000 habitantes/año en las menores de 60 años a 617/100.000 en las mayores[164, 165, 166, 167].

El riesgo de fracturas en la mujer posmenopáusica depende de una variedad de factores entre los que destacan la edad, el peso, factores relacionados con el metabolismo óseo, la tasa de estrógenos circulantes[168, 169, 170, 171] hábitos de ejercicio, insuficiente aporte de vitamina D[172], consumo de tabaco, fármacos[173, 174] y factores hereditarios, sin embargo, es el tiempo transcurrido desde la menopausia uno de los predictores más fuertes de osteoporosis y fracturas[175, 176].

El bajo peso corporal (IMC <21) se asocia a mayor prevalencia de osteoporosis[177], sin embargo, la mujer posmenopáusica obesa también está expuesta a osteoporosis y fracturas[178, 179], a pesar que el mayor peso se asocia con una mayor capacidad de aromatización de esteroides sexuales hacia metabolitos estrogénicos.

Los dolores musculares y articulares, a menudo referidos como "achaques", se relacionan con la aparición y progreso de artrosis desde la perimenopausia, cuyo inicio y progreso está relacionado con el déficit de estrógenos[180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189].

Junto con insomnio y síntomas por atrofia urogenital, las artralgias persisten por muchos años después de la menopausia[190].

Metabólico y cardiovascular

Coincidiendo con el climaterio, la mujer presenta cambios metabólicos[191, 192, 193] que se expresan en redistribución adiposa[194] con incremento del índice de masa corporal[195], de la circunferencia abdominal, aumento del colesterol total sérico[196] y disminución del colesterol de alta densidad[197]. Estos cambios significan un aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares[198] y se relacionan con la menopausia más que con la edad[199, 200, 201], tanto para accidentes vasculares cerebrales[202, 203] como para infarto al miocardio, cuyo riesgo es[204] aún mayor en mujeres que alcanzan la menopausia antes de los 35 años por diversas causas, incluyendo ooforectomía (OR 7.2; IC 95%: 4.5 - 11.4)[205, 206, 207, 208, 209, 210, 211].

En el síndrome metabólico, los cambios en el peso, la sensibilidad a la insulina, la presión arterial y los niveles de lípidos son todos interdependientes y pueden llegar a conformar un síndrome metabólico. Requieren un enfoque integral para la protección de la salud desde el punto de vista médico, psicológico, físico y nutricional (Orientaciones Técnicas para Prevención de Enfermedades Crónicas del Adulto).

Neurológico

La mejor evidencia sobre la relación entre déficit hormonal y funciones cerebrales, esencialmente cognitivas y memoria ejecutiva, proviene de mujeres ooforectomizadas[212, 213, 214, 215, 216, 217] grupo que puede ser observado aislando los efectos gonadales de aquellos relacionados con la edad. Se ha relacionado la ooforectomía bilateral con mayor riesgo de demencias[218] y de parkinsonismos[219, 220].

Algunos estudios asocian la percepción de trastornos de memoria también con la menopausia espontánea[221, 222, 137, 223, 224].

La contribución de múltiples factores[225, 226, 227] se van agregando a mayor edad, lo que hace difícil establecer relaciones causales, no obstante, hay evidencia que la exposición a estradiol (no a estrógenos conjugados equinos[228, 229, 230, 231]) contribuye a mantener la memoria en mujeres[232, 233, 234,

[235, 236, 237] incluso en las de mucha edad[238, 239, 240, 241], mientras que el hipogonadismo inducido la disminuye[242, 243].

También existe evidencia de deterioro de funciones neuro-músculo-esqueléticas y sensoriales (masa muscular, balance corporal, coordinación motriz, audición[244]), en relación con el hipoestrogenismo prolongado y evidencia de mejoramiento postural con la reposición hormonal[245, 246, 247, 248].

Efectos del hipoestrogenismo en la piel

La piel es el órgano de contacto con el ambiente y su eficiencia depende de su trofismo, lo que se expresa en resistencia, elasticidad, humedad y capacidad de regeneración o curación de heridas[249, 250]. Estudios microscópicos demuestran adelgazamiento y disminución de la piel por efecto de la privación hormonal posmenopáusica y su reversibilidad mediante la reposición hormonal[251, 252, 253, 254, 255, 256, 257]. Existe un paralelismo con el deterioro que se observa en la calidad de la fibra colágena en general, disminución de altura de discos intervertebrales y propiedades del tejido óseo[258].

La semiología elemental permite apreciar fácilmente estos elementos, incluyendo la distribución y densidad de arrugas, especialmente faciales. Los trastornos climatéricos de la piel influyen mucho sobre la calidad de vida por provocar síntomas como prurito por anhidrosis o fragilidad cutánea y por afectar la capacidad de establecer relaciones interpersonales, objetivo relevante desde el punto de vista biosocial.

La importancia de estos factores queda demostrada al analizar el importante gasto en que incurren las mujeres para subsanar los efectos de las atrofias mediante productos cosméticos, los cuales deberían considerarse en el costo global del tratamiento de la posmenopausia[259]. También se debería tener en cuenta un fenómeno equivalente en el trofismo del cabello ya que la menopausia puede causar alopecia difusa, también dependiente de estrógenos[260].

Salud Mental

La sintomatología de la serie depresiva (ansiedad, tensión, irritabilidad, cambios de humor, disminución de la energía y de la voluntad) es característica de la etapa climatérica, ocurriendo en distintos grados en más del 65% de la población posmenopáusica[261, 262, 263, 264, 265]. Esos síntomas no alcanzan a constituir un trastorno depresivo mayor en la mayoría de las mujeres, aunque el riesgo de depresión mayor aumenta cuatro veces a partir de la perimenopausia[266, 267, 268]; es más frecuente la sintomatología depresiva leve. La mujer que tiene antecedentes de depresión y problemas emocionales presenta mayor vulnerabilidad en la peri y posmenopausia[269, 270].

Las alteraciones del sueño son muy frecuentes[271, 272] ya sea que estén ocasionadas[273, 274] o no[275, 276] por bochornos, potencian los síntomas depresivos pudiendo ser uno de los motivos del agravamiento de dicho estado[277] y determinar la consolidación de una depresión mayor[278].

Las manifestaciones clínicas de la depresión en el climaterio se derivan de varios componentes: la disminución estrogénica por deficiencia de folículos ováricos que se traduce en alteraciones del ritmo menstrual, cambios en neurotransmisores[279, 280, 281, 282] y factores psicológicos[283], sociales y culturales[284] que influyen en la depresión durante el climaterio.

Las encuestas nacionales de salud de los años 2004 y 2009-2010 detectaron un notorio aumento de consultas por problemas de salud mental en la mujer, a partir de los 45 años.

Los cambios hormonales están muy asociados con los trastornos emocionales[285, 286, 287, 288, 289] e insomnio,[290, 291, 292] ya sea que se expresen con muchos síntomas vasomotores[293, 294] o no[295], pero no son totalmente responsables de las alteraciones de la salud mental en la mujer, quien también se vuelve más vulnerable a factores de riesgo, sociales[296], familiares, de pareja[297] y abuso de sustancias potencialmente dañinas.

Factores psicosociales de riesgo de depresión durante el climaterio

Factores de riesgo modificable	Factores de riesgo no modificables
Abuso de sustancias Falta de apoyo social Baja autoestima Conflictos con la pareja Sensación de pérdida de la femineidad. Ambiente familiar y psicosocial. Estrés Violencia de género	Sexo Capacidad reproductiva Edad Historia personal o familiar de depresión mayor o trastorno bipolar Enfermedades Recurrentes o dolor crónico.

Fuente: Dpto. Salud Mental

2. Evaluación de síntomas en mujeres en edad del climaterio

La mujer está expuesta a múltiples síntomas en la edad del climaterio. Al planificar intervenciones se requiere seleccionar aquellos problemas que más afectan la calidad de vida relacionada con el climaterio, de acuerdo a la evaluación que hace cada mujer del impacto sobre su vida diaria. Existen diversos instrumentos autoadministrables con la capacidad de evaluar la relevancia de los efectos[298].

Debido a la multiplicidad de síntomas propios del climaterio, se requiere simplificación para lograr utilidad clínica. Uno de los instrumentos que cumple estas condiciones es el Menopause Rating Scale (MRS) desarrollado por Schneider & Heinemann en 1996, el cual, basándose en síntomas observados en mujeres y los publicados por otros autores, aplicó análisis factorial para seleccionar 11 grupos de síntomas, reunidos en tres dominios: psicológico, somático y urogenital[299, 300, 301].

La mujer califica la relevancia de sus síntomas en una escala de 0 (ausencia de síntomas) a 4 (síntomas severos); el puntaje se calcula por dominio y también como suma total. La escala es adecuada para conocer la situación actual de la consultante y más tarde, es útil para evaluar el efecto de cualquier intervención. Esta escala ha sido validada en Chile[302, 303].

Se recomienda aplicar la escala MRS a toda mujer consultante entre 45 y 64 años, al ingreso o primera consulta (MRS de ingreso) y en cada uno de los controles en que se requiera comprobar la autoapreciación de síntomas que afectan la calidad de vida de cada caso individual o resultados de tratamientos (MRS controles).

La escala MRS aporta una dimensión cuantitativa de síntomas subjetivos facilitando la identificación de mujeres en quienes las diversas intervenciones son necesarias y se instaurarán cuando los beneficios superen a los riesgos. Se tratarán con el criterio de "muy necesario", a las mujeres que reúnan 15 o más puntos en el puntaje total de la MRS, lo cual se interpreta como calidad de vida total comprometida severamente[304, 305].

Puede que alguno de los dominios esté afectado severamente sin sobrepasar el umbral de severidad total, en cuyo caso cabe un análisis del caso individual. Por ejemplo, una mujer que alcanza un alto puntaje en el dominio psicológico y muy bajo en los dominios somático y urogenital, probablemente se beneficiará más con una intervención psiquiátrica que con una terapia de reposición hormonal.

El dominio somático agrupa molestias vasomotoras, palpitaciones, trastornos del sueño y artralgias, siendo muy notable la prevalencia de las molestias articulares, hecho corroborado en nuestra población[306]. De esta manera, la artralgia resulta ser uno de los síntomas más específicos y sensibles del climaterio.

El dominio psicológico agrupa manifestaciones emocionales comúnmente ligadas con la ansiedad, angustia, síntomas depresivos y alteraciones de memoria. No pretende abarcar todos los síntomas emocionales ni es excluyente. No es un instrumento para diagnosticar depresión pero la alteración de este dominio sugiere la necesidad de evaluar en conjunto con otros test específicos, incluidos en el instrumento EMPA de estas OT (anexo 3).

El dominio urogenital agrupa molestias de las áreas sexual y genital independiente de los mecanismos subyacentes.

El instrumento puede ser autoadministrado por toda mujer alfabeta sin impedimentos visuales y debe ser aplicado sin influencia de entrevistadores. En dicha escala se han analizado diversos puntos de corte para definir el grado de compromiso de la calidad de vida que aprecia cada mujer en edad del climaterio, según la intensidad de sus síntomas.

Dada la estrecha relación que tienen estos síntomas con la deficiencia de estrógenos, cabría considerar como muy necesario el tratamiento de reposición hormonal cuando el puntaje total es ≥15 y como adecuado cuando cualquier dominio supera los puntajes umbrales definidos para cada dominio. La indicación final dependerá de la ausencia de contraindicaciones y el deseo de la mujer.

IX. NIVELES DE ATENCIÓN EN LA RED DE SALUD

1. Nivel de atención primaria

1.1 Controles de salud

Sistema de Admisión
Agendar una hora con profesional de la salud, a toda mujer entre 45 y 64 años para ingresar a control de salud integral del climaterio y que consulta por otra causa.
Entregar MRS y su Formulario Complementario antes de acceder a la consulta con el profesional de la salud, con competencias en ginecología que realiza el ingreso.

1.2 Acciones en el primer control (ingreso a la atención profesional)

- Anamnesis próxima y remota.
- Análisis de MRS y formulario complementario.
- Aplicación de FRAX u ORAI (anexos Nº 6 y 7).

- Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA), según orientaciones del Programa de Salud Cardiovascular.
- Aplicación del formulario EMPA modificado y su análisis.
- Cálculo de riesgo cardiovascular. Según Programa de Cardiovascular MINSAL, para evaluar el riesgo CV de las personas que ingresan al PSCV se ha promovido un método cualitativo basado en el número, tipo e intensidad de los factores de riesgo (el más utilizado) o un método cuantitativo, a través de las tablas de puntuación basadas en el Estudio de Framingham. Las recomendaciones del NCEP-ATPIII[307, 308], se han integrado al EMPA modificado (anexo 3).
- Detección de depresión mayor mediante EMPA modificado.

Examen físico general

- Estatura, peso, cálculo de diferencia de estatura (estatura máxima menos la actual), cálculo del IMC, circunferencia de cintura, presión arterial, examen físico de mama, inspección de acantosis nigricans.

Examen ginecológico

- Inspección de vulva y vagina (énfasis en trofismo, lubricación, presencia de prolapso, evaluación de incontinencia de orina con test de esfuerzo), especuloscopía, visualización del cuello uterino. Tacto vaginal (características del útero y los anexos). Toma de muestra para citología cervical (Papanicolau), según Guía Clínica Cáncer Cérvico-uterino.

Solicitud de exámenes de laboratorio y radiológicos

- Solicitud de exámenes según Orientaciones del PSCV. MINSAL Chile 2009.
- Mamografía: Según Guía Clínica del Programa Cáncer de Mama MINSAL Chile.
- Hemograma - VHS, si hay sangrado anómalo.
- VDRL o RPR - VIH.
- Colesterol HDL.
- Triglicéridos.
- TSH.
- FSH (casos en que se requiere evaluar fertilidad en la perimenopausia).
- Orina completo.
- Ecotomografía ginecológica según protocolo (preferentemente transvaginal). Se indica o realiza cuando hay útero, especialmente si el examen ginecológico es anormal.

Educación y consejería

- Educación sobre sintomatología relacionada con el climaterio. Se recomienda iniciarla al momento de registrar e interpretar el instrumento MRS.
- Autoexamen de mamas.
- Hábitos (tabaco, alcohol); de acuerdo a Programa de Salud Mental del MINSAL y Prevención del Consumo de Tabaco del MINSAL .
- Alimentación y ejercicio; de acuerdo a estrategia de intervención nutricional a través del ciclo vital (EINCV) del MINSAL.

- Salud bucal y dental; de acuerdo al Programa Salud Bucal del MINSAL.
- Ejercicios pelvianos. Se recomienda iniciar instrucción durante el tacto vaginal (Kegel).
- Importancia de cumplir indicaciones.
- Aspectos psicosociales.

Citación a control
Derivación intra y extra consultorio según protocolo (a otros profesionales o programas de salud cuando corresponda).

Registros
Ficha.
Tarjeta de control ginecológico.
Carné de control ginecológico.
Hoja de actividad diaria.

En caso de detectar de forma inmediata una morbilidad ginecológica o alguna de naturaleza diversa, se deberá derivar al especilista del caso, realizando la interconsulta respectiva.

1.3 Acciones en el segundo control

Agendada a los tres meses como límite.

Detección de riesgos
Revisa, registra e interpreta resultados de exámenes.
Realiza el APGAR familiar y genograma.
Indaga violencia intrafamiliar y facilita formularios en casos sospechosos (anexos 9 y 10).
Identifica los riesgos personales y clasifica el estado de salud:
- Sana.
- Con morbilidad de baja complejidad.
- Con morbilidad de alta complejidad.

Definición del plan de atención personalizado
Coordina con los programas pertinentes (EINCV, PSM, PSCV, otros).

Acciones educativas y consejerías
Realiza educación y reforzamientos.
- Signos y síntomas relacionados con el uso de TRH.
- Consejería sobre el autocuidado y mejoramiento del estilo de vida:
  - Alimentación.
  - Actividad física.
  - Manejo de estrés.
  - Apoyo emocional.
  - Valorización social.
  - Planifica participación en talleres educativos.

Tratamientos no hormonales
Indica tratamientos farmacológicos no hormonales que sean necesarios: calcio, vitamina D, lubricantes.

Tratamientos farmacológicos hormonales
De acuerdo al nivel de complejidad.
Teniendo indicación de TRH, pueden ser tratadas en APS las mujeres que cumplan cualquiera de las siguientes condiciones, puesto que no constituyen contraindicación:

- Hipertensión arterial compensada y sin daño de parénquima.
- Diabetes compensada y sin daño de parénquima.
- Varicoflebitis.
- Antecedente de cirugía vascular venosa superficial.
- Antecedente de sólo una trombosis venosa superficial.
- Mioma uterino asintomático.
- Riesgo cardiovascular moderado o síndrome metabólico ATP-III < 3puntos.
- Obesidad con IMC menor de 40 sin comorbilidad.
- Alteración de flujo rojo en perimenopáusica.
- Osteopenia u osteoporosis sin contraindicación de TRH.
- Antecedente de epilepsia sin tratamiento actual.
- Trastornos de ansiedad.
- Depresión.
- Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas.

Interconsultas
Solicita Interconsultas cuando corresponda a:

Servicio Social (presencia de riesgo psicosocial).
Salud mental (según antecedentes anamnésticos y cuestionario EMPA).
Kinesiología(piso pélvico).
Derivación a otros programas (diabetes mellitus, hipertensión arterial).
Nutrición (sobrepeso y obesidad).
Especialidades del nivel secundario (ginecología, endocrinología, otros).

Registros

Ficha.
Tarjeta de control ginecológico.
Carné de control ginecológico.
Hoja de actividad diaria.

1.4 Acciones en controles de seguimiento (tercer control en APS y posteriores).

Seis meses después del control anterior si está en TRH o presenta factores de riesgo que requieren mayor seguimiento; controles posteriores cada un año.
Evalúa el resultado de las intervenciones.
Repite MRS, registra e interpreta.

Registra medidas antropométricas: peso, cintura, IMC.
Registra presión arterial.
Exámenes de acuerdo al plan de atención personalizado, en concordancia con normas y programas vigentes.
Redefine o ajusta el plan de atención personalizado, de acuerdo a los cambios observados.

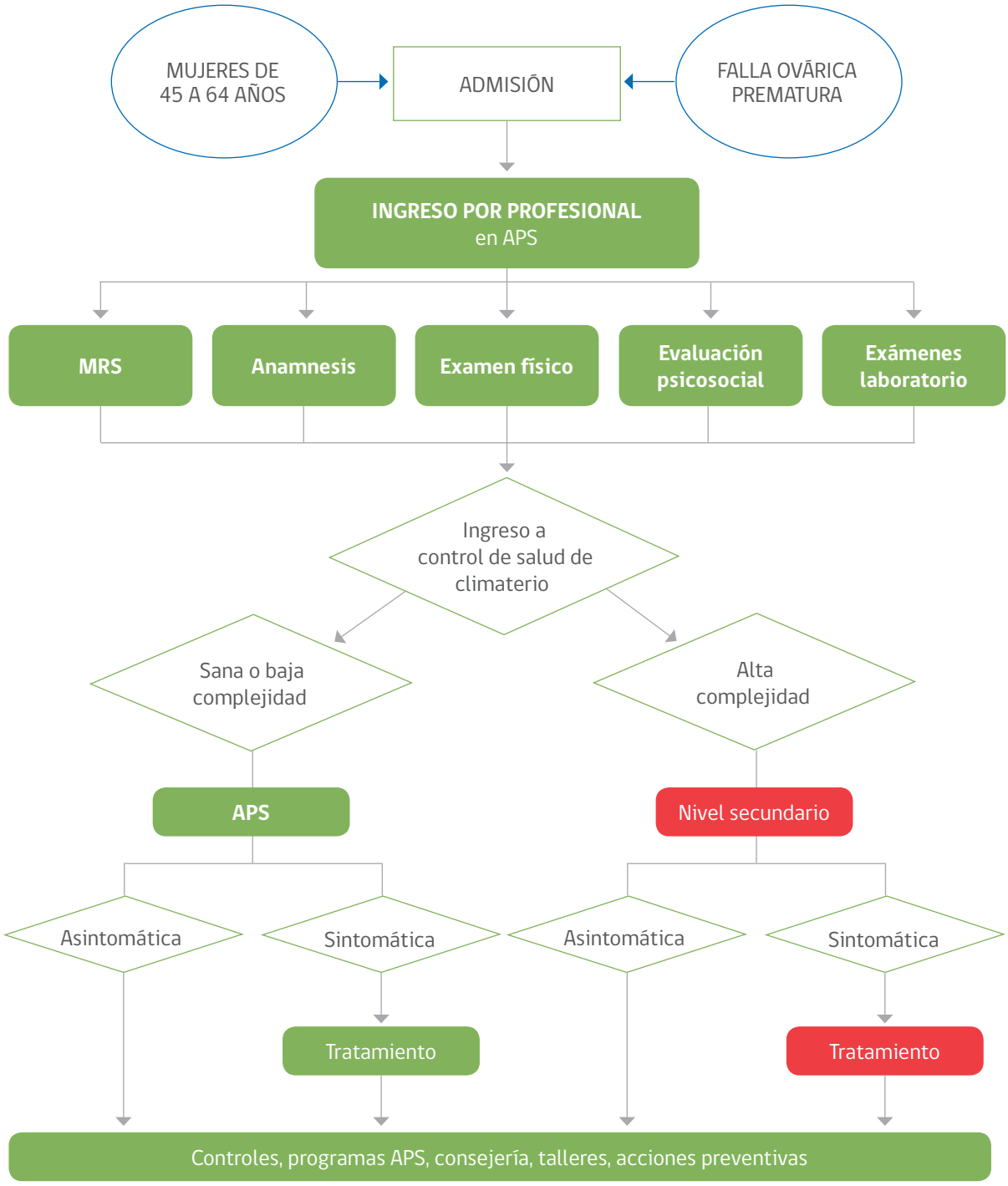
Consejerías pendientes.
Frecuencia de mamografías.
Persistencia en TRH y/o tratamientos no hormonales.

2. Nivel de atención secundaria

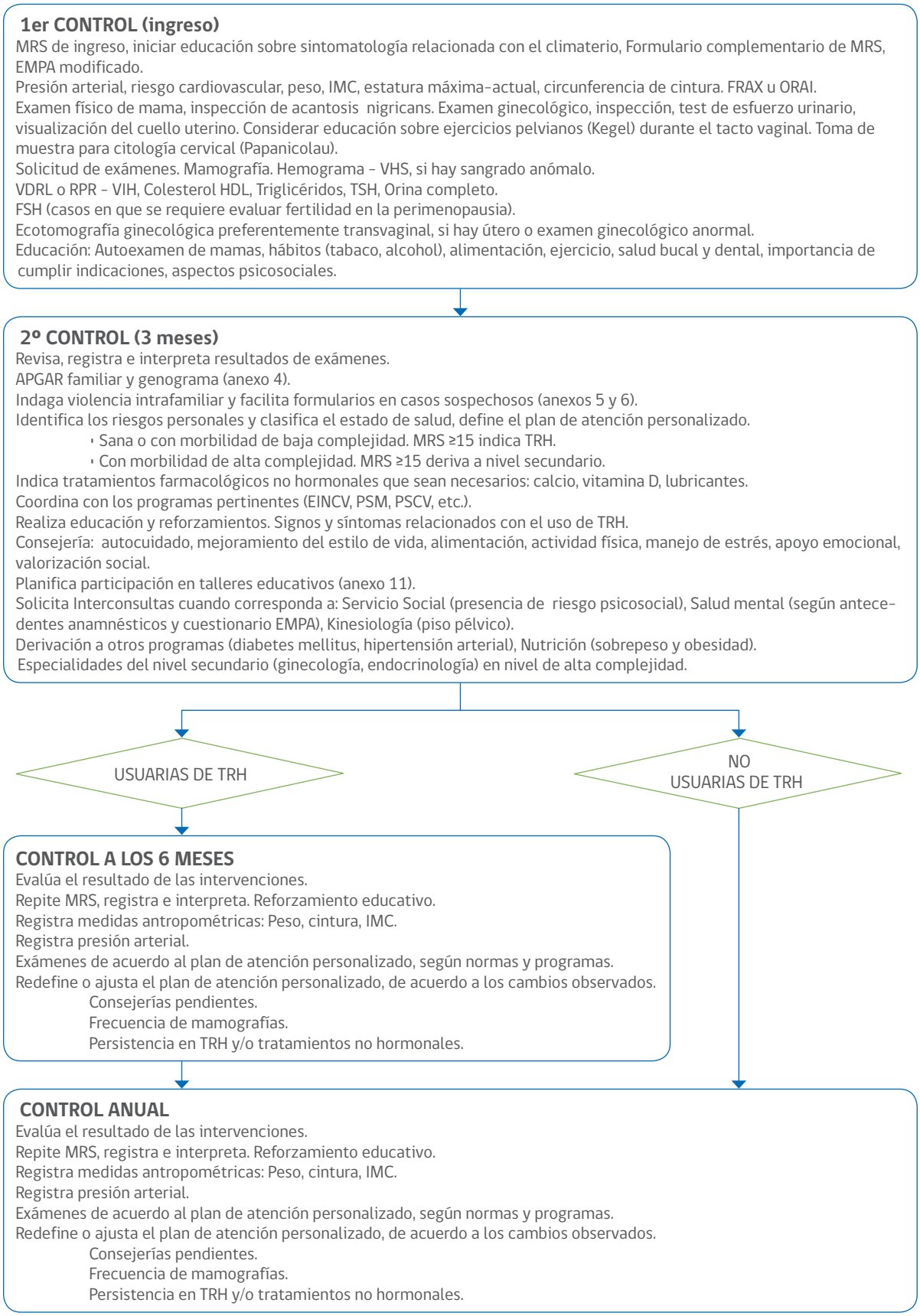
Ante el requerimiento de TRH en cualquiera de las siguientes condiciones, derivar a especialista:

- Hipertensión arterial descompensada o con daño de parénquima (según norma GES).
- Riesgo de enfermedad tromboembólica.
- Diabetes descompensada o con daño de parénquima (según norma GES).
- Riesgo alto de enfermedad tromboembólica.
- Antecedente de más de una trombosis venosa profunda (TVP).
- Antecedente familiar de trombosis o trombofilias diagnosticadas.
- Menorragia o hipermenorrea asociada que persiste después de tratamiento inicial.
- Riesgo cardiovascular ATP-III >3.
- Mioma sintomático o >8 cm.
- Epilepsia en tratamiento.
- Antecedente personal de tumor o cáncer estrógeno o progesterona-dependiente. (mama, endometrio, melanoma, colon, cáncer de ovario de células claras, cáncer hepático, meningioma).
- Mesenquimopatías.
- Prolapso genital sintomático.
- Incontinencia de orina o urgencia miccional que falla a tratamiento inicial.
- Patología de mama (según norma GES).
- Patología cervical (según norma GES).
- Depresión grave con síntomas psicóticos, alto riesgo suicida o refractariedad.

3. Flujograma del programa para el cuidado de salud de la mujer en edad de climaterio



4. Flujograma: Acciones al ingreso y controles en APS



X. MANEJO EN APS DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS EN PERIMENOPAUSIA Y POSMENOPAUSIA

1. Atrofia vaginal

Cuando la administración de estrógenos sistémicos no tiene otros objetivos que justifiquen su uso, o bien cuando esté contraindicada la administración sistémica, el uso local de estrógenos cuenta con evidencia de buena calidad, con respecto a sus efectos tróficos sobre el epitelio y molestias locales, ardor, prurito y sequedad. Los humectantes y lubricantes suelen ser recomendados aunque cuentan con poca evidencia.

Un meta-análisis de la base de datos Cochrane, con 19 estudios que evaluaron el uso de estrógenos locales para el tratamiento de la atrofia vaginal mostró que todas las formulaciones farmacéuticas disponibles (cremas[309, 310], tabletas, pesarios, anillos vaginales), son igualmente efectivas[311]. En otros países existen anillos vaginales que liberan localmente 7.4 ug/24 hrs[312]. Estos preparados tienen escasa o mínima absorción sistémica cundo se usan en las dosis diarias recomendadas[313, 314], por lo que son adecuados cuando no se requiere efecto sistémicos e inadecuados cuando estos existen, por ejemplo ante una MRS con mas de 8 puntos en el dominio somático o 6 en el psicológico se debería considerar la administración sistémica de TRH.

El tratamiento sistémico es por lo general eficaz para tratar la atrofia genital. En caso que la atrofia vaginal sea el único problema clínico de la mujer postmenopáusica, se puede indicar estrógenos de uso local, estriol en crema u óvulos[315] o estradiol en tabletas vaginales de 25 ug.

2. Infección recurrente del tracto urinario (ITU)

El estrógeno sistémico reduce la recurrencia de infecciones del tracto urinario por mecanismos múltiples, en especial sobre la epitelización[316] y función apocrina. Cuando no es posible su uso sistémico o no tiene otros objetivos, es razonable el uso de estrógenos tópicos vaginales, como preventivo de infecciones urinarias recurrentes[317, 318, 319, 320].
Otras medidas, tales como acidificación vaginal y normalización de la flora vaginal[321] tienen alguna utilidad como adyuvantes.

3. Incontinencia urinaria

La incontinencia se presenta en todas las edades pero la prevalencia aumenta desde la perimenopausia. Sus causas son multifactoriales. El efecto neto de la reposición hormonal, sistémica o local, sobre la incontinencia es controversial, pudiendo el inicio de una terapia afectar desfavorablemente la continencia y favorablemente la continuación a mas largo plazo, posiblemente debido a que la reposición estrogénica tiene efectos sobre colagenasas y colágeno en tiempos diferentes[322]. Es incontinencia urinaria cualquier pérdida de orina involuntaria[323, 324, 325] ya sea que se presente por algún esfuerzo, por urgencia, o mixta. Como la continencia depende en gran parte de estructuras musculares del piso pélvico, puede haber disfunciones coincidentes: prolapsos, incontinencia anal, disfunción sexual y/o dolor pélvico.

El entrenamiento del periné puede ayudar a prevenir o contribuir a tratar estas patologías. Es conveniente enseñar a localizar aisladamente la musculatura pélvica y a realizar una pauta diaria de ejercicios, lo que a veces requiere tacto vaginal y entrenamiento palpando la musculatura, tareas a cargo de kinesióloga/o especializado.

Objetivos de la kinesiterapia del piso pélvico:

- Reeducar los músculos del piso pélvico.
- Mejorar y ayudar al paciente a contraer los músculos correctamente.
- Tonificar y fortalecer la musculatura pelviperineal.
- Proteger la musculatura del piso pélvico al aumentar la presión intra-abdominal.
- Aprender hábitos vesicales saludables.

Tipos de incontinencia urinaria

- Incontinencia de esfuerzo: Pérdida de orina al toser, estornudar, reírse o hacer fuerzas.
- Incontinencia de urgencia o urge-incontinencia: La pérdida de orina es antecedida por repentina y fuerte urgencia miccional.

4. Prolapso genital

Es el descenso de las paredes vaginales y vísceras adyacentes (útero, vejiga, uretra, intestino y/o recto a través de la vagina), se considera patológico cuando asocia con síntomas relacionados.

Situaciones que requieren tratamiento en el nivel secundario:

Incontinencia de orina.
Incontinencia fecal.
Dolor pélvico.
Dispareunia que no mejora con TRH.
Síndrome de urgencia/frecuencia, si deteriora la calidad de vida.
Prolapso genital sintomático:
Prolapso sintomático que no mejora con medidas kinésicas.
Procidencia genital (prolapso total o completo).
Prolapso asociado a infección urinaria recurrente (dos o más).
Prolapso con incontinencia.
Prolapso ulcerado.
Alteración del tránsito intestinal.

5. Sangrado uterino anormal en la perimenopausia

Se consideran las etiologías de acuerdo a la clasificación de causas de sangrado anormal FIGO 2011 (PALM-COEIN)[326].

Trastornos de la frecuencia de ciclo menstrual en la perimenopausia

Polimenorrea, equivalente a más de 4 episodios de sangrado en un periodo de 90 días (PALM-COEIN: "sangrado menstrual frecuente"): considerar anticonceptivos hormonales combinados. Evitar progestinas de depósito.

Oligomenorrea, equivalente a PALM-COEIN: "sangrado uterino infrecuente", 1 o 2 episodios en un periodo de 90 días.

- Sin síntomas: Progestina 10 días por ciclo, si no hay riesgo de embarazo. Anticonceptivo si hay riesgo de embarazo.
- Con síntomas (MRS). Si hay riesgo de embarazo, anticonceptivos con estrógeno y progestina. TRH en ausencia de riesgo de embarazo.

Trastornos del volumen de sangrado

El nivel primario pesquisa el antecedente de sangrado anómalo en el último año y efectúa ultrasonografía ginecológica para descartar patología orgánica antes de derivar al nivel secundario. En ausencia de patología orgánica considerar el uso de anticonceptivo hormonal o TRH combinado. En presencia de patología orgánica indicar tratamiento específico.

La ultrasonografía, transvaginal, transrectal o transabdominal, con la condición que se efectúe post menstrual o 3 a 5 días después de administrar una progestina por 10 días, es recomendable para evaluar el antecedente de sangrado anómalo[327]. Si bien no se ha llegado a consenso para definir un punto de corte se considera que el grosor endometrial ecográfico menor de 5-8 mm descarta razonablemente el cáncer de endometrio en mujeres perimenopáusicas[328, 329, 330] con sangrado genital anómalo.

Sangrado moderado o escaso:
Ecografía TV postmenstrual, en fase folicular precoz o después de progestina.

Grosor endometrial ≥5 mm:
Referir al nivel secundario.

Grosor del endometrio <5 mm:
ACO combinado cíclico (21 días) por tres meses.
Si no mejora en 3 meses según disponibilidad:
Referir al nivel secundario.

Con patología orgánica (ej.: hiperplasia, pólipo, hipotiroidismo, adenomiosis, etc.).
Tratamiento específico de acuerdo a la causa, en el nivel secundario.

Hipermenorrea/menorragia: Equivalente a volumen de flujo menstrual estimado >80 mL. Referir al nivel secundario si cumple los criterios que se especifican:

Miomatosis uterina si cumple con:
Útero > 8 cm.
Sospecha de malignidad.
Dolor invalidante.
Síntomas compresivos.
Mioma submucoso.
Pólipo endometrial.
Persistencia de menorragia pese a tratamiento hormonal por tres meses.
Anemia severa, derivar a servicio de urgencia si hay inestabilidad hemodinámica.

Alternativas de tratamiento médico:
ACO combinado.
AINES intramenstruales.
ACO combinado + AINES intramenstruales.
DIU medicado[331, 332].
Antifibrinolíticos o ácido tranexámico.

Metrorragia: Manejo en el nivel secundario.

Con trastorno de volemia, anemia aguda o anemia severa:
Legrado biópsico terapéutico.
Histeroscopía en caso de disponibilidad y luego, tratamiento según hallazgos.

6. Quiste ovárico o anexial

El diagnóstico de un quiste puede ser hallazgo al examen ginecológico o a la ecografía ginecológica. La conducta depende de las características del quiste:

- **Quiste simple <4 cm:** Seguimiento ecográfico en el nivel primario, en caso de persistir luego de tratamiento con ACO por 3 meses derivar a nivel secundario.
- **Quiste simple >4 cm:** Evaluar resolución quirúrgica.
- **Tumor anexial con sospecha clínica o ecográfica de malignidad** (complejo): Decisión quirúrgica en nivel secundario o ginecólogo-oncólogo.

7. Anticoncepción en la perimenopausia

Para mujeres con útero que requieren anticoncepción o control de patología endometrial:

En casos de patología uterina, endometriosis, adenomiosis o contraindicaciones de estrógenos, se puede considerar el uso de progestina continua o un sistema intrauterino medicado para liberación continua de progestina.

Para mujeres con útero que requieren anticoncepción y control de la disfunción hormonal es adecuado el uso de cualquier anticonceptivo hormonal, evitando dosis altas de estrógenos, inclyendo anticonceptivos orales, anillos intravaginales o anticonceptivos transdérmicos. En usuarias de anticonceptivos que presentan sangrados cíclicos artificiales, se oculta la menopausia dificultando la identificación del momento oportuno para cambiar con seguridad el tratamiento a TRH. La FSH sobre 30 mUI/mL es un indicador confiable de muy bajo riesgo de embarazo, para decidir el cambio a TRH[333].
Cuando se requiere anticoncepción en la perimenopausia con FSH <30 mUI/mL, elegir anticonceptivos con etinil estradiol o 17 beta estradiol, anillo vaginal, sistema intrauterino medicado, DIU y otros métodos cuidando la suplementación de estrógenos en la dosis más baja que muestre utilidad.

8. Engrosamiento endometrial asintomático como hallazgo ecográfico en posmenopausia.

Las usuarias de progestina cíclica deben realizar el examen ultrasonográfico después del flujo por descamación endometrial[334, 335, 336], en cambio, cuando reciben progestina continua, la ultrasonografía puede ser realizada en cualquier momento.
La biopsia endometrial, con o sin histeroscopía, está indicada ante el hallazgo no esperado de endometrio de >5 mm de espesor en una ultrasonografía de suficiente resolución o en caso de aparecer sangrado uterino anómalo.

9. Manejo del sangrado genital anómalo en la posmenopausia

Todo sangrado que presenta inestabilidad hemodinámica debe ser derivado al servicio de urgencia con prontitud.

Los sangrados genitales en la posmenopausia son anómalos cuando se presentan sin relación con la administración de progestina.

Ante la consulta en la atención primaria por sangrado genital anómalo se debe realizar examen ginecológico. Cuando la causa no es vulvovaginal, realizar o solicitar ecografía ginecológica. En el flujograma siguiente se describe el manejo del sangrado genital anómalo por niveles de atención.

Flujograma: manejo de sangrado posmenopáusico en nivel primario de atención

XI. TERAPIA DE REPOSICIÓN HORMONAL EN LA MUJER SIN COMORBILIDAD O DE BAJA COMPLEJIDAD

Se trata en el nivel primario (APS) a las mujeres que reúnan los siguientes criterios:

- MRS ≥15: prescripción de terapia de reposición hormonal (TRH) sola si no tiene útero o con progestina si conserva útero.
- Menos de 2 puntos por depresión en EMPA: TRH no hay contraindicación. Si persiste, derivar al programa de salud mental con TRH si no hay contraindicación.
- En caso de síntomas de depresión mayor (duración >2 semanas más cualquiera de los síntomas emocionales en el EMPA), derivar a programa GES Salud Mental, con TRH si no hay contraindicación.

Indicación de TRH según protocolo, de acuerdo al siguiente criterio:

Muy necesaria:

- A mujeres con MRS total ≥15 puntos (anexo 1).

Adecuada:

- A mujeres con MRS total ≥8 puntos.
- A mujeres con MRS en dominio somático ≥8.
- A mujeres con MRS en dominio psicológico ≥6.
- A mujeres con MRS en dominio urogenital ≥3.

1. Tratamientos recomendados para el déficit hormonal en la perimenopausia

Insuficiencia luteal o con ciclos monofásicos

El objetivo de un tratamiento de reposición progestínica de la fase lútea es prevenir alteraciones del sangrado uterino y proliferación endometrial por falta de oposición progestínica, advirtiendo que no evita embarazos.
Es adecuada la elección de alguna de las siguientes progestinas administrada por 10 a 14 días cíclicamente, simulando una fase lútea: progesterona micronizada (oral, intravaginal o anillo), dihidrogesterona, nomegestrol, desogestrel, progesterona oleosa intramuscular, medroxiprogesterona acetato.

Reposición estrogénica en la perimenopausia

Para mujeres sin útero, elegir alguna de las siguientes: Estradiol transdérmico (en gel o parches) o estrógeno oral (17-b estradiol micronizado, valerato de estradiol, estrógenos conjugados de equinos, estrógenos conjugados sintéticos).

Para mujeres con útero que no requieren anticoncepción: elegir alguna de las siguientes opciones: valerato de estradiol + progestina cíclica, estradiol micronizado + progestina cíclica, estradiol transdérmico + progestina cíclica.

Progestinas para combinar cíclicamente, alguna de las siguientes: progesterona micronizada, didrogesterona, clormadinona, dienogest, trimegestona, drospirenona, nomegestrol.

Mujer histerectomizada que conserva uno o dos ovarios:
La mujer histerectomizada que conserva al menos un ovario puede permanecer asintomática hasta la claudicación gonadal, que no tiene posibilidad de ser reconocida por amenorrea. Debiera sospecharse ante la aparición de síntomas, detectables aplicando la escala MRS. Se confirma mediante determinación de FSH y estradiol. Si es asintomática, control anual. Si es sintomática, tratamiento con estrógenos sin oposición. En mujeres menores de 45 años, seguimiento anual con FSH; ante elevación ≥30 mUI/mL, coincidiendo con niveles bajos de 17 beta estradiol, iniciar TRH con estrógenos sin oposición, independiente del puntaje MRS por alto riesgo de osteoporosis y cardiovascular.

2. Indicaciones de TRH en posmenopausia

La indicación de TRH debe realizarla el médico gineco obstetra o médico general capacitado, farmacoterapia que podrá ser controlada en su aplicación por matrona(ón) capacitada bajo supervisión médica.

Deberá usarse la dosis mas baja que demuestre utilidad.

Dosis diaria recomendada cuando la hormonoterapia es oral

Estrógeno oral (sólo uno de ellos):

- Estrógenos conjugados: Preferir 0,3 a 0,4 mg por día.
- Valerianato de estradiol: Preferir 1 mg por día.
- Estradiol micronizado: Preferir 1 mg por día.

Progestina oral:

- Progesterona micronizada 200 mg por noche por 10-14 días cíclica, o bien, 100 mg por noche, sin interrupción.
- Son elegibles otras progestinas como dihidroprogesterona, trimegestona, nomegestrol, drospirenona, dienogest, clormadinona.
- El acetato de medroxiprogesterona (MPA) y noretisterona: con dosis de 5 mg oral por día (10 días cada mes en la perimenopausia; y 10 días cada 3 meses en la postmenopausia), con un límite máximo de uso menor a cinco años.

En las mujeres con útero preferir el tratamiento estrogénico oral en dosis baja, mantenido continuo con progestina periódica oral, Se puede observar sangrado uterino después de la progestina, generalmente de escasa cuantía. La progestina tiene como finalidad prevenir el cáncer de endometrio. En casos de observarse sangrado uterino anómalo permite sospechar patología orgánica.

La excepción son aquellas mujeres que han sido histerectomizadas. Ellas deberán ser tratadas con estrógeno continuo sólo, sin agregar progestina.

En aquellos casos en que se justifica usar una combinación oral continua de estrógeno y progestina hay que registrar el motivo clínico que justificó esa decisión (ej. dismenorrea persistente). Si la

progestina es acetato de medroxiprogesterona no debiera usarse más de 2,5 mg oral diariamente. Cuando se indica esta modalidad terapéutica, debería asegurarse que no haya patología cardiovascular.

Dosis diaria recomendada cuando la terapia estrogénica es transdérmica:

Estrógeno transdérmico: Deberá considerarse esta modalidad, y no el estrógeno oral, en los casos de climaterio muy sintomático cuando hay: Obesidad (IMC > 30), Hipertensión arterial crónica (con tratamiento exitoso de su hipertensión) o Diabetes Mellitus (bajo tratamiento y adecuadamente estabilizada).

- Estradiol en gel o parches: Preferir 0,5 o 0,75 mg por día.

Progestina oral o transdérmica:

- Oral: usada idénticamente en la modalidad explicada para el uso de estrógenos orales.
- Progestina parenteral o transdérmica.
- Levonorgestrel 10 mcg de liberación por día. (en parches que liberen estradiol 50 mcg/ día).
- Noretisterona 250 mcg de liberación por día. (en parches que liberen estradiol 50 mcg/ día).
- Progesterona oleosa inyectable 50 mg (efecto 14 días).
- Levonorgestrel 20 ug liberados en 24 hrs, endoceptivo (SIU o DIU medicado).

Dosis diaria recomendada de tibolona:

- Tibolona: oral 2,5 mg por día, continuo.

Alternativas de oposición con progestina para mujeres que reciben solamente estrógeno o requieren control del endometrio por insuficiencia lútea		
Tipo de Progestina	Esquema continuo o permanente	Esquema discontinuo o periódico
Progesterona micronizada	100 mg/d (preferentemente en la noche), oral o vaginal	Ciclos de 200 mg/d x 10 – 14 d (en la noche), oral o vaginal
Didrogesterona	5 mg/d, oral	Ciclos de 10 – 20 mg/d x 10 – 14 d, oral
Nomegestrol	2,5 mg/d, oral	Ciclos de 5 mg/d x 10 – 14 d, oral
Desogestrel	0,75 mg/d, oral	Ciclos de 0,75 mg/d x 10 – 12 d, oral
Dienogest	2 mg/d, oral	Ciclos de 2 a 3 mg/d x 10 – 12 d, oral
Medroxiprogesterona acetato (MPA)	2,5 mg/d, con tope de 5 años	Ciclos de 5 – 10 mg por 10 – 14 d/ciclo

3. Contraindicaciones de TRH

Contraindicaciones absolutas para iniciar o mantener una terapia con estrógenos

- Sangrado inexplicado.
- Cáncer de endometrio activo.
- Cáncer de mama presente o pasado.

- Tromboembolismo pulmonar.
- Hepatopatía aguda.

Cualquiera de las siguientes condiciones implica derivación al nivel de mayor complejidad para definir una terapia.

Contraindicaciones relativas para TRH

- Antecedente de tromboembolismo.
- Lupus eritematoso.
- Porfiria[337, 338].

4. Control y continuación de la TRH

Se recomienda repetir la MRS al año. La mejoría esperable con TRH es de 30%; un logro menor requiere reevaluar el manejo. La mejoría de los síntomas climatéricos atribuible a la terapia hormonal demora desde 20 días hasta algunos meses en hacerse aparente. Un estudio observó que la sintomatología climatérica global, tanto con TRH como con placebo, cae a la mitad a los tres meses de tratamiento; las mujeres que reciben terapia continúan mejorando a los seis meses, mostrando una disminución de 75% de los síntomas, en cambio aquellas con placebo disminuyen en sólo 30% sus molestias en ese mismo lapso[339]. Los autores del instrumento MRS observaron que la TRH mejoraba alrededor de 30% el puntaje total de la escala después de 6 meses de tratamiento[301].

Frecuencia de controles

El climaterio requiere control con frecuencia de al menos una vez por año, con los siguientes objetivos:

- Valorar la calidad de vida.
- Detectar los problemas predominantes.
- Detectar aparición de eventuales contraindicaciones de TRH.
- Evaluar el cumplimiento y la eficacia de las diversas medidas de tratamiento.
- Evaluar condiciones de comorbilidad, cumplimiento y eficacia de sus medidas de tratamiento.
- Decidir continuar con TRH o realizar ajustes de tratamiento.

Una terapia hormonal será suspendida si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- Alteración de flujo rojo, flujo no esperado o anómalo.
- Aparición de efectos secundarios: mastodinia, cefalea, mucorrea, etc.
- Aparición de un cáncer hormono sensible.
- Aparición de una trombosis venosa profunda en cualquier localización.
- Aparición de un evento vascular arterial.
- Los riesgos en el caso individual superan a los beneficios.

5. Terapias no TRH para el manejo de la posmenopausia

Moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERMs)

Raloxifeno es el SERM mejor estudiado y ha demostrado reducir muchos síntomas climatéricos, pero no los síntomas vasomotores (sudoraciones, bochornos) ni los urogenitales.
Es un modulador selectivo de receptores de estrógenos con efectos favorables en esqueleto, composición corporal[340] y memoria[341]. En el sistema cardiovascular presenta ventana de oportunidad, ya que reduce eventos coronarios cuando se inicia antes de los 60 años[342]. El riesgo de trombosis venosas asociado a raloxifeno es similar a los estrógenos orales[343]. Reduce significativamente el riesgo de cáncer de mama incidente, sin causar trastornos endometriales como tamoxifeno. No reduce la incidencia de cánceres sin receptores de estrógenos[344]. Hay nuevos SERMs en estudio.

Fitoestrógenos

Los resultados de fitoestrógenos para síntomas del climaterio son inconsistentes y no demuestran superioridad sobre placebo[345, 346, 347, 348] por lo que no están recomendados para el tratamiento de la mujer en el climaterio.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN)

Cuando se presenta depresión mayor, el uso de ISRS es una de las medidas terapéuticas más importante y eficaz. No habiendo indicación por depresión, los ISRS constituyen una herramienta paliativa de importancia en el alivio de algunos síntomas climatéricos, en particular bochornos que están ligados a disfunciones serotoninérgicas relacionadas con el hipoestrogenismo. Varios ISRS tienen efectos favorables en calidad de vida, aunque la eficacia para mejorar síntomas vasomotores es aproximadamente la mitad comparada con la reposición estrogénica. Parece haber ventajas en el uso de citalopram, escitalopram[349], sertralina[350] y paroxetina.

Por su parte, los ISRSN (antideprepresivos duales) también son útiles para tratar los sintomas vasomotores del climaterio. Específicamente, se recomiendan: venlafaxina, desvenlafaxina[351, 352, 353], duloxetina.

Se debe tener presente que algunos antidepresivos, especialmente paroxetina y fluoxetina, pueden disminuir los metabolitos activos de tamoxifeno (endoxifeno)[354]. Por lo tanto, no se deben emplear en pacientes que estén tomando este último fármaco.

Gabapentina

La gabapentina[355, 356] ha mostrado utilidad en el control de síntomas vasomotores. En ciertos casos polisintomáticos podría ofrecer ventajas debido a sus efectos pleiotrópicos sobre mecanismos emocionales y modulación del dolor. Posiblemente se vean efectos similares con la pregabalina.

Humectantes y lubricantes vaginales

Humectantes y lubricantes son mencionados frecuentemente y se asumen como tratamientos comparables a los estrógenos locales en su efecto sobre la sequedad sintomática y la dispareunia[357, 358, 359]. Aunque aparecen en numerosas guías y recomendaciones[360, 361, 362, 363] existen muy pocos estudios de evidencia que evalúen su eficacia, efectos colaterales, relación con infecciones y ninguno con respecto a los costos comparativos. Solamente ha habido escasas publicaciones en relación al uso

de ácido hialurónico[364], gel policarbofílico (Replens ®) y una advertencia en contra del uso de vaselina o derivados del petróleo por efectos sobre la flora vaginal[365].

Los medicamentos que se dispongan en cada centro de salud para el desarrollo de estas orientaciones técnicas deberán ser aquellos incorporados en el Arsenal farmacoterapéutico de cada uno de ellos, previa evaluación de los respectivos Comités de Farmacia y Terapéutica, en la cual podrán utilizar las recomendaciones técnicas de este documento.

XII. ANEXOS

Anexo Nº 1. MRS (Menopause Rating Scale)

Nombre..... Fecha.....

☐ MRS – Ingreso
☐ MRS – Control

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada uno de los 11 grupos de síntomas		No siente molestia	Siente molestia leve	Siente Molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
		0	1	2	3	4
1	Bochornos, sudoración, calores.					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho).					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste a punto de llorar, sin ganas de vivir).					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual).					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina).					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales malestar o dolor con las relaciones sexuales).					

	Somático (1 al 4)	Psicológico (5 al 8)	Urogenital (9 al 11)	Total
Uso del profesional				

1. Schneider HP, Heinemann LA,et al. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. Climacteric. 2000 Mar;3(1):50-8.
2. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, et al.. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. Climacteric. 2000 Mar;3(1):59-64.
3. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes. 2003 Jul 30;1:28.
4. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2004 Sep 2;2:45.
5. Heinemann LA, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study.Health Qual Life Outcomes. 2004 Nov 22;2:676.
6. Dinger J, Zimmermann T, Heinemann LA, Stoehr D. Quality of life and hormone use: new validation results of MRS scale. Health Qual Life Outcomes. 2006 May 31;4:32.
7. Chedraui P, Aguirre W, et al.. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. Maturitas.2007 Jul 20;57(3):271-8
8. Aedo S, Schiattino I, Cavada G, Porcile A. Quality of life in climacteric Chilean women treated with low-dose estrogen. Maturitas. 2008 Nov 20;61(3):248-51.
9. Prado M, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel JE. [Assessment of quality of life using the Menopause Rating Scale in women aged 40 to 59 years]. Rev Med Chil. 2008 Dec;136(12):1511-7.

Anexo Nº 2. Formulario Complementario a MRS

Nombre.....
Edad: ..... años RUN/RUT: .....
☐ Ingreso fecha: .....
☐ Control fecha: .....

Fecha de última menstruación, (regla):	**Durante el último año la menstruación me llega:**	**El sangrado de mi menstruación es:**
	☐ Una vez todos los meses ☐ Varias veces en un mes ☐ No me llega todos los meses ☐ Sangro durante todo el mes	☐ Igual que siempre ☐ Diferente ☐ Poco ☐ Abundante ☐ Con coágulos

1	Uso pastillas anticonceptivas	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
2	Uso otras hormonas	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
3	Estoy operada para no tener más hijos	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
4	Tengo útero	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
5	Tengo ovarios (al menos uno)	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
6	Tengo pareja	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
7	Tengo actividad sexual	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
8	Uso antidepresivos o remedios para dormir	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
9	Uso remedios para la diabetes	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
10	Uso remedios para la presión arterial	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
11	Estoy en control en otros programas de mi consultorio:	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe o no responde
	¿En cuál/cuáles?			

Anexo Nº 3. EMPA modificado

Fecha		Teléfono		RUT	
Nombre de usuaria					
Fecha de nacimiento			Edad		
Dirección			Comuna		

Previsión	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ ISAPRE	☐ No tiene	☐ Otro

Fecha de vigencia (fecha en que tiene que ser actualizado)			
Estado del EMPA ☐ Completo ☐ Falta:			
Hábitos	Beber problema	¿Consume bebidas alcohólicas?	☐ SI ☐ NO
	Tabaquismo	¿Fuma?	☐ SI ☐ NO
	Sedentarismo	¿Realiza ejercicio?	☐ SI ☐ NO
Emocional(#)	¿Se ha sentido triste, deprimida o pesimista, casi todos los días?		☐ SI ☐ NO
	¿Siente que ya no disfruta o ha perdido el interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables?		☐ SI ☐ NO
	¿Duran los síntomas más de dos semanas?		☐ SI ☐ NO

Peso	Talla	IMC	Circunferencia de cintura	Talla Máxima registrada	Pérdida de estatura
					☐ ≥7cm

☐ Eutrófica ☐ Sobrepeso ☐ Obesidad ☐ Obesidad mórbida

Presión arterial sistólica actual		¿Es ≥ 130 mm Hg?	☐ SI ☐ NO
Presión arterial diastólica actual		¿Es ≥ 85 mm Hg?	☐ SI ☐ NO
Colesterol total mg/dL actual		¿Es ≥ 200 mm Hg?	☐ SI ☐ NO
Colesterol HDL mg/dL actual		¿Es ≤ 50 mg/dL?	☐ SI ☐ NO
Triglicéridos mg/dL actual		¿Es ≥ 150 mg/dL?	☐ SI ☐ NO
Glicemia mg/dL actual		¿Está entre 100 y 126 mg/dL?	☐ SI ☐ NO
		¿Es ≥ 126 mg/dL?	☐ SI ☐ NO
Riesgo cardiovascular según ATP-III(*):		☐ Hipertensión ☐ Dislipidemia ☐ Diabetes	

Enfermedades transmisibles	Ha tenido tos productiva por más de 15 días ☐ SI ☐ NO (programa tuberculosis)	
	VDRL: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Resultado pendiente ☐ No tiene Requiere otro VDRL o RPR: ☐ SI ☐ NO Requiere VIH: ☐ SI ☐ NO	
Prevención de cáncer cérvico-uterino	Fecha último PAP Vigencia hasta tres años	☐ Muestra satisfactoria ☐ ¿Requiere repetirlo?
	☐ Negativo para neoplasia ☐ Inflamatorio ☐ Sospechoso ☐ Atrófico	
Prevención de cáncer de mama	Mamografía Fecha.....BI-RADS..... Vigencia (con THR 1 año, sin TRH 2 años)	
	Ecotomografía mamaria en Mx BI-RADS 0, 3 o 4, Fecha:	
Observaciones		
Plan		

(*): ATP-III: consignar puntaje. 1 punto por cada factor presente

(#): Referir como Depresión Mayor si presenta duración >2 semanas + cualquier otro síntoma emocional.

Anexo Nº 4. Instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar

4.1 APGAR familiar de Smilkstein

INSTRUMENTO APGAR PARA DIAGNÓSTICO FUNCIONAL DE LA FAMILIA.[1]

Nombre.....
Edad: ..... años RUN/RUT: .....
☐ Ingreso fecha: .....
☐ Control fecha: .....

Haga una marca en un casillero en cada línea, el que mejor describa su caso.		**0**	**1**	**2**
		Casi nunca	**A veces**	**Casi siempre**
A	¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo la perturba?			
B	¿Está satisfecha con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resol-viéndolos juntos?			
C	¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
D	¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...?			
E	¿Está satisfecha con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
	TOTAL			

Es un instrumento de auto aplicación, diseñado para obtener una evaluación rápida, sencilla y global de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Su mayor utilidad es como prueba de tamizaje.

El cuestionario consta de cinco preguntas cerradas. La persona puede asignar cero, uno o dos puntos a cada pregunta, de acuerdo a la intensidad de ocurrencia de cada uno. La posibilidad de respuesta fluctúa en: 0: Casi nunca; 1: A veces; 2: casi siempre. Puntaje Total: mínimo: 0; máximo: 10.

Ámbitos que evalúa:

Adaptación	Adaptation
Asociacion/sociedad	Partnership
Crecimiento	Growth
Afecto	Affection
Resolución	Resolve

1 Diseñada por Smilkstein y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar.

Componentes del funcionamiento familiar medidos por el APGAR Familiar:

- **Afectividad:** Es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia y la capacidad de demostrárselo.
- **Adaptabilidad:** Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares (comunitarios) para resolver problemas familiares en situaciones de estrés familiar o en período de crisis.
- **Gradiente de crecimiento a desarrollo:** Es la maduración física y emocional y la autorrealización que alcanzan los componentes de una familia, gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo a través del curso vital familiar.
- **Participación o cooperación:** Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **Capacidad resolutiva:** Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros familiares.

A mayor puntaje mayor satisfacción. Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas ofrecen una indicación de la función que se encuentra alterada en la familia del entrevistado.

Interpretación:

0 a 3	Disfunción severa.	Necesidad de apoyo inmediato.
4 a 6	Probable disfunción.	Evaluar. Verifique ecograma y genograma.
7 a 10	Funcionalidad normal.	No requiere intervención.

Fuente: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales (2008). En el camino a Centro de Salud Familiar.

4.2 Genograma (árbol familiar)

Construcción de un genograma típico:

A. Trazado de la estructura familiar

La base del genograma es la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de una familia están biológica y legalmente ligados entre sí. La forma de las figuras representa a personas y diversos tipos de líneas describen sus relaciones.

Símbolos.

a. Cuadro = varón.
b. Círculo = mujer.
c. Cruz en cuadrado o círculo = fallecido/a.
d. Doble línea en el cuadrado o círculo = Caso índice (consultante).
e. Persona fallecida :"X" dentro del cuadrado o círculo.
f. Feto muerto = triángulo.
g. Parto de un feto = cuadro con una cruz en su interior.
h. Aborto espontáneo = círculo negro.
i. Aborto provocado = cruz.

Líneas.

Representan las relaciones biológicas y legales entre los miembros de las familias:

a. Línea de puntos = una pareja convive sin estar casada.
b. Barras inclinadas = interrupción del matrimonio
    - Una barra inclinada = separación.
    - Dos barras inclinadas = divorcio.
c. Una línea recta = matrimonio actual.
d. Una línea cortada por otras dos = matrimonio anterior.
e. Cuadro o círculo conectado/s a una línea de pareja = hijo/a/s. Si hay más de un hijo se ordenan de mayor a menor desde la izquierda.
f. Línea de puntos = hijo adoptado. Debe conectar con la línea que une a la pareja que adoptó.
g. Dos líneas que convergen en una = mellizos dizigóticos.
h. Una barra que conecta dos niños = gemelos monozigóticos.
i. Línea de puntos englobando a varias personas = viven en el hogar inmediato.

Representan las relaciones vinculares entre personas.

j. Dos líneas paralelas = unidos.
k. Una línea = distantes.
l. Una línea cortada tangencialmente por otra línea = apartados.
m. Una línea quebrada que une a dos individuos = conflictivos.

B. Registro de la información sobre la familia

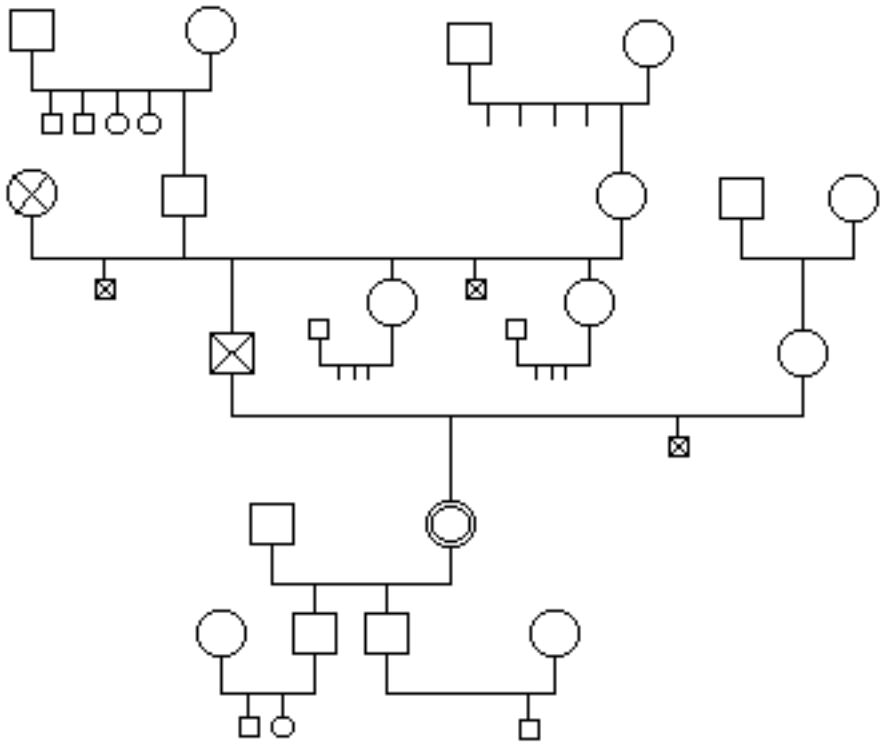
a) Al interior del símbolo (círculo o cuadro):
Información demográfica, edad, fecha de nacimiento y muerte, ocupaciones y nivel cultural.

b) Adyacente al símbolo:
Información funcional de la familia, datos sobre el funcionamiento médico, emocional y de comportamiento de distintos miembros de la familia.

c) En el margen del genograma o si fuera necesario, en una hoja separada:
Sucesos familiares críticos, cambios de relaciones, migraciones, fracasos y éxitos.

C. Descripción de las relaciones familiares.
Se basan en el informe de los miembros de la familia y en observaciones directas.
Se utilizan los diversos tipos de líneas para simbolizar las características de las relaciones entre dos miembros de la familia. Como las relaciones pueden ser bastantes complejas, puede ser necesario representarlas en un genograma apa Fuente: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales (2008). En el camino a Centro de Salud Familiar. Ejemplo de genograma.

Programa para generar un genograma en computador.GENOPRO (solo disponible en windows).



Anexo Nº 5. Indicadores de violencia y riesgo (SERNAM)

La siguiente pauta permite identificar indicadores sobre violencia y riesgo en la relación de pareja.

Indicadores de violencia

Cualquier respuesta positiva a alguna de las siguientes aseveraciones es constitutiva de violencia intrafamiliar.

Marque el casillero correspondiente si su esposo o pareja:

☐	a) Controla sus salidas y donde se encuentra en todo momento.
☐	b) La insulta, la humilla o la ignora, haciéndola sentirse mal consigo misma.
☐	c) Hace cosas para asustarla o amenaza con hacer cosas que la lastimarían emocional o físicamente.
☐	d) La amenaza con destruir o destruye cosas que tienen importancia para usted y/o su familia.
☐	d) La ha golpeado, abofeteado y/o tirado del cabello.
☐	e) Controla sus gastos y/o no la deja trabajar y/o no le entrega dinero a pesar de tenerlo, para las necesidades del hogar.
☐	f) La ha presionado o forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba.

Indicadores de Riesgo

Cualquier respuesta positiva a alguna de las siguientes aseveraciones es constitutiva de riesgo de femicidio o lesión grave. Se sugiere derivar al Centro de la Mujer de SERNAM más cercano y realizar la denuncia correspondiente en Carabineros y/o Fiscalía.

Marque el casillero correspondiente si su esposo o pareja:

☐	a) La ha amenazado con usar o ha usado un arma en contra suya. (Armas u objetos comunes que pueden usarse para herir).
☐	b) La ha amenazado de muerte.
☐	c) Cree que pueda matarle a usted o a alguien de su familia.
☐	d) Ha intentado ahorcarla o asfixiar de alguna manera.
☐	e) La ha golpeado cuando él consume alcohol y/o drogas.
☐	f) Es violento con sus hijos y/o hijas.

Fuente: SERNAM. Unidad de Prevención de Violencia Intrafamiliar Programa Chile Acoge.
Consulta (http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=8#)

Ficha de derivación a centros de la mujer, "Programa Chile Acoge"

SERNAM

Institución que deriva:	
Región:	Provincia:
Persona que solicita la derivación:	
Teléfono de contacto:	
Correo electrónico:	
Institución receptora: Centro de la mujer de	
Región:	Comuna:
Persona responsable:	

Antecedentes de la persona derivada:

Nombre Completo: .....
Rut: ..... Fecha de nacimiento: ...../...../..... Edad:.....
Nacionalidad: .....

Actividad (profesión, oficio o actividad): .....
Domicilio (calle, número, dpto., block, villa, comuna, región) .....
.....
Teléfonos de Contacto:
Casa: ..... Celular: .....
Recados: ..... , ... (nombre de la persona de contacto)
Correo Electrónico: .....

Estado Civil		Condición de Pareja	
Soltera	☐		
Casada	☐	Sin Pareja	☐
Viuda	☐	Convive	☐
Divorciada	☐	Con pareja no convive	☐

IV Descripción del Motivo de Derivación (resumen de los antecedentes relevantes y la situación de violencia que motivan la derivación)*

Firma de quien deriva: .....

*Se refiere a su situación actual en relación a la violencia: relación con el agresor, tipo y frecuencia de la violencia, principales manifestaciones, comentarios sobre el riesgo, denuncias etc. Consignar si tiene hijos, sus condiciones económicas, etc. Registrar sólo aquella información que la usuaria reporta. Tener presente que sobre esta previa evaluación, es el equipo del Centro de la Mujer quien indaga en profundidad durante la entrevista de primera acogida.
Fuente: SERNAM. Unidad de Prevención de Violencia Intrafamiliar Programa Chile Acoge.
Consulta (http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=8#)

Anexo Nº6. Instrumento FRAX para definir riesgo de fractura

Útil para definir derivación al nivel secundario de atención de salud.

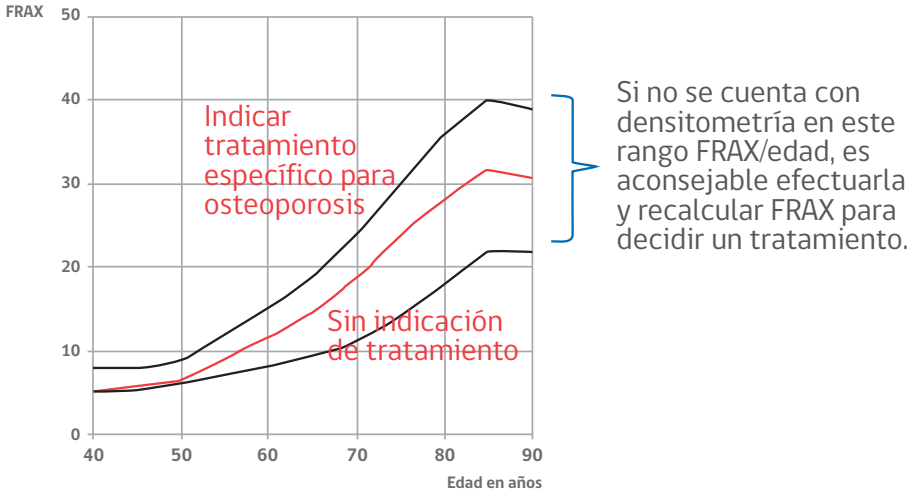
El FRAX es un algoritmo desarrollado por la OMS para tomar decisiones de estudio y tratamiento basado en el riesgo de fractura a 10 años. Si no se cuenta con densitometría, el instrumento es capaz de formular una tasa de probabilidad e incluso permite discriminar a quien conviene realizar una densitometría[366, 367].

Cuando se cuenta con una densitometría, el FRAX permite calcular una tasa de riesgo de tener una fractura grave, a 10 años. Esta tasa se relaciona con la edad en un nomograma para decidir si indicar antiresortivos o tratamientos específicos antifractura.

También permite comparar densitometrías realizadas con aparatos de diversas marcas comerciales, ya que el motor del FRAX dispone de un algoritmo que transforma valores absolutos en gramos/cm^2 a T-score con correcciones automáticas para cada marca de densitómetro. El valor predictivo es diferente para cada país. Ya existe una versión chilena del FRAX y está disponible en el sitio http://www.schomm.cl/Frax.html.

Decisión de tratar con medicamentos específicos para osteoporosis basada en la relación riesgo de fractura definido por FRAX vs edad.

Línea roja continua señala el umbral FRAX/edad para decidir terapia específica para osteoporosis



Adaptado de Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Strom O, Borgstrom F, Oden A; National Osteoporosis Guideline Group. Casefinding for the management of osteoporosis with FRAX® assessment and interventionthresholds for the UK. Osteoporos Int. 2008 Oct;19(10):1395-408.

Anexo Nº7. Instrumento ORAI para decidir densitometría

Útil para decidir solicitud de densitometría ósea en el nivel secundario de atención de salud

El ORAI (Osteoporosis Risk Assessment Instrument) es otro instrumento útil para identificar a mujeres mayores de 45 años que requieren efectuar una densitometría ósea para confirmar diagnóstico de osteoporosis.

Un puntaje total mayor de 8 puntos, se considera riesgo elevado. El umbral de 8 puntos en el ORAI tiene sensiblidad = 93.3% y especificidad = 46.4% para detectar mujeres con osteoporosis.

El ORAI considera sólo tres parámetros:

1. Edad >75 años:15 ptos; 65-74: 9 ptos; 55-64: 5 ptos; 45-54: 0 ptos
2. Peso <60 Kg: 9 ptos; 60-69: 3 ptos; >69:0 ptos)
3. Terapia hormonal (TRH) (No: 2 ptos, Sí: 0 ptos).

Tabla de cálculo de riesgo de osteoporosis ORAI

Parámetro	Rangos	Puntaje	Valor registrado
Edad (años)	45-54	0	
	55-64	5	
	65-74	9	
	>75	15	
Peso (Kg)	>69	0	
	60-69	3	
	<60	9	
TRH	Sí	0	
	No	2	
Puntaje total			

Riesgo elevado>8. Se justifica una densitometría ósea

Anexo Nº 8. Talleres grupales educativos

Talleres educativos, unidades nº 1 a 10.

Unidad Nº 1	Objetivo específico	Contenidos	Actividades	Material
Conociéndonos como grupo.	1. Motivar e integrar a las participantes, creando un ambiente cálido y que les inspire confianza. 2. Organizar el trabajo a desarrollar en el ciclo de talleres.	1. Programa del ciclo de talleres y unidades. 2. Requisitos del trabajo grupal. 3. Análisis de los requisitos del trabajo grupal por los participantes.	1. Presentación del programa: clase expositiva. 2. Presentación cruzada de las participantes y del facilitador. 3. Trabajo en parejas y grupo general.	Audiovisuales. Calendario de actividades para cada participante. Set de tarjetas: "Requisitos del trabajo grupal".
	Evaluación del día: Hoy aprendí que ...			

Unidad Nº 2	Objetivo específico	Contenidos	Actividades	Material
¿Qué está sucediendo en mi persona?	1. Reconocer el curso vital de la mujer, sus tareas y sus proyecciones. 2. Relacionar declinación de la función ovárica con los cambios del climaterio. 3. Identificar factores de riesgo e importancia de modificar estilos de vida. 4. Comprender beneficios de la terapia de reposición hormonal y sus efectos a largo plazo.	1. Curso vital de la mujer 2. Cambios propios del período climatérico. 3. Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. 4. Terapia hormonal.	1. Lluvia de ideas: visión del climaterio en las participantes 2. Trabajo de grupo: compartir conocimientos y experiencias, presentación de conclusiones y síntesis. 3. Clase dialogada. 4. Trabajo de grupo: beneficios de la TRH, dudas y temores, síntesis.	Pizarra y plumón. Franelógrafo o equivalente. Guías de trabajo grupal.
	Evaluación del día: Hoy aprendí que ...			

Unidad Nº 3	Objetivo específico	Contenidos	Actividades	Material
Comer bien para vivir más y mejor.	1. Identificar riesgos de la malnutrición en relación a cambios del climaterio. 2. Reconocer función de los alimentos y de cada uno de los nutrientes. 3. Determinar necesidades nutricionales de la mujer de edad intermedia. 4. Comparar la alimentación habitual con los nuevos requerimientos.	1. Cambios en el perfil lipídico, metabolismo del calcio, distribución de masa magra y grasa. 2. Función de los alimentos. 3. Recomendaciones nutricionales para la mujer de edad intermedia.	1. Medidas antropométricas, cálculo de I.M.C. y estado nutritivo a cada participante. 2. Clase dialogada de cambios del período y función de los alimentos. 3. Trabajo de grupos: Juego "Revisando lo que comemos diariamente" clasificación de los alimentos, separando los alimentos que deben ser aumentados, restringidos o eliminados de la dieta habitual.	Balanza. Cartabón estatural. Tarjeta individual para registro de datos de cada participante. Transparencias o rotafolio. Juego de tarjetas y tablero de función de los alimentos.
	Evaluación del día: Hoy aprendí que ...			

Unidad Nº 4	Objetivo específico	Contenidos	Actividades	Material
Venciendo el sedentarismo.	1. Reconocer beneficios de la actividad física regular. 2. Identificar efectos del sedentarismo en el organismo. 3. Definir condiciones y requisitos del ejercicio físico, de acuerdo a la edad. 4. Practicar ejercicios físicos replicables en el hogar o al aire libre.	1. Beneficios de la actividad física regular. 2. Factores de riesgo relacionados con el sedentarismo. 3. Tipos de ejercicio físico recomendados considerando limitaciones individuales. 4. Esquema de ejercicios físicos, según grandes grupos musculares.	1. Clase dialogada. 2. Clase práctica.	Audiovisuales. Sala despejada. Colchonetas si es posible.
	Evaluación del día: Hoy me propongo ...			

Unidad Nº 5	Objetivo específico	Contenidos	Actividades	Material
Encuentro consigo misma.	1. Identificar necesidades humanas y emocionales. 2. Comprender la importancia de satisfacer estas necesidades. 3. Reconocer fortalezas, debilidades individuales y mecanismos de superación. 4. Relacionar satisfacción de necesidades emocionales y autoestima con actitud frente a la vida.	1. Necesidades humanas, clasificación de Abraham Maslow. 2. Conceptos de autoestima y sus componentes. 3. Formas de lograr el cambio. 4. Climaterio y autoestima.	1. Lluvia-ideas, clase dialogada. 2. Juego de expresión de sentimientos: Dar y recibir afecto. 3. Relajación breve e imaginería. 4. Trabajo individual: identificación de fortalezas y debilidades personales. 5. Trabajo grupal: preparando el cambio.	Audiovisuales. Díptico: "Así soy yo, mis fortalezas y mis debilidades".
	Evaluación del día: Hoy aprendí que ...			

Unidad Nº 6	Objetivo específico	Contenidos	Actividades	Material
Abriendo nuevos horizontes.	1. Reconocer la importancia del uso adecuado del tiempo libre y establecer qué beneficios obtiene la persona. 2. Analizar formas de organizar actividades en el hogar, para disponer de tiempo libre regularmente. 3. Identificar actividades pasivas y activas factibles de realizar en este tiempo. 4. Conocer algunos requisitos para las actividades que se realizan en el tiempo libre.	1. Concepto de tiempo libre: recreación, ocio, descanso pasivo y activo. 2. Beneficios personales del uso adecuado del tiempo libre. 3. Alternativas de utilización del tiempo libre y requisitos de estas actividades.	1. Clase dialogada. 2.Trabajo de grupos: cada grupo desarrolla un tema específico. 3. Presentación de conclusiones y síntesis del tema.	Guía de trabajo grupal. Audiovisuales.
	Evaluación del día: Hoy me siento ...			

Unidad Nº 7	Objetivo específico	Contenidos	Actividades	Material
Reflexionando sobre la comunicación.	1. Revisar conceptos básicos de la comunicación. 2. Compartir experiencias que han ayudado a las personas a comunicarse mejor. 3. Señalar requisitos de una comunicación eficaz y su efecto en las personas y en el grupo familiar.	1. Elementos básicos de la comunicación: lenguaje verbal, no verbal y medios de comunicación. 2. Requisitos de la comunicación eficaz. 3. Relación de la comunicación con la satisfacción de las necesidades.	1. Clase dialogada. 2. Trabajo de grupos: análisis de tarjetas de situaciones de la vida cotidiana. 3. Presentación de conclusiones y síntesis del tema.	Audiovisuales. Juego de tarjetas: "Así me siento y me comunico yo". Pizarra y plumón.
	Evaluación del día: Hoy me siento ...			

Unidad Nº 8	Objetivo específico	Contenidos	Actividades	Material
Controlando el estrés.	1. Identificar situaciones de la vida cotidiana que provocan estrés. 2. Evaluación individual del grado de control de las situaciones estresantes. 3. Señalar riesgos del estrés no controlado. 4. Compartir experiencias sobre manejo del estrés. 5. Aprender técnicas de relajación a aplicar en forma cotidiana.	1. Situaciones de la vida cotidiana que causan estrés. 2. Control de las situaciones estresantes. 3. Riesgos causados por el estrés no controlado. 4. Alternativas de manejo del estrés. 5. Técnicas de relajación.	1. Aplicación de test de manejo personal del estrés. 2. Lluvia de ideas y clase dialogada. 3. Trabajo grupal: reflexión sobre alternativas de manejo del estrés. Presentación de conclusiones y síntesis. 4. Clase práctica de relajación.	Audiovisuales. Test de manejo del estrés. Guía de trabajo grupal. Sala con luz tenue y libre de interferencias o ruidos molestos.
	Evaluación del día: Hoy descubrí que ...			

Unidad Nº 9	Objetivo específico	Contenidos	Actividades	Material
Viviendo la sexualidad.	1. Reflexionar sobre el concepto de sexualidad e influencia de la cultura. 2. Reconocer mitos y creencias existentes en torno a la sexualidad. 3. Señalar cambios en la sexualidad del adulto intermedio y adulto mayor.	1. Concepto de sexualidad y desarrollo psicosexual humano. 2. Respuesta sexual humana. 3. Cambios en el climaterio que pueden afectar la respuesta sexual	1. Lluvia de ideas y clase dialogada. 2. Trabajo en grupos: análisis de mitos y creencias en la sexualidad de la pareja adulta. 3. Conclusiones y síntesis.	Audiovisuales. Juego de tarjetas y tablero: "Mitos y creencias de la sexualidad".
	Evaluación del día: Hoy descubrí que ...			

Unidad Nº 10	Objetivo específico	Contenidos	Actividades	Material
Planificando el futuro.	1. Revisar conceptos de autocuidado y calidad de vida. 2. Aplicar los conocimientos adquiridos, 3. Lograr compromiso para adecuar sus estilos de vida, definiendo un proyecto para el futuro.	1. Concepto de promoción de la salud, autocuidado y calidad de vida.	1. Clase dialogada. 2. Trabajo en grupos: elaboración de proyecto futuro. 3. Presentación de proyecto por las participantes. 4. Síntesis final.	Audiovisuales. Aplicación pauta de evaluación del taller y sugerencias de las participantes.
	Evaluación del día: Hoy me propongo ...			

Unidad Nº 1 "Conociéndonos como grupo".

Objetivo:

1. Motivar e integrar a las participantes, creando un ambiente cálido y que les inspire confianza.
2. Organizar el trabajo a desarrollar en el ciclo de talleres.

En esta actividad se explica el programa del ciclo de talleres y unidades y se procura lograr el compromiso de las usuarias.
Se exponen los requisitos del trabajo grupal.
Las participantes analizan los requisitos del trabajo grupal.

La matrona cuenta con material para realizar una clase expositiva del programa de Talleres Educativos.
Se recomienda efectuar presentación cruzada de las participantes y del facilitador.
Trabajo en parejas y grupo general.

Materiales: Calendario de actividades para cada participante.
Set de tarjetas: "Requisitos del trabajo grupal".

Evaluación del día: Composición realizada por cada participante, "hoy aprendí que ...".

Unidad Nº 2 ¿Qué está sucediendo en mi persona?

El aumento de la esperanza de vida de la mujer y su mayor participación social, han generado un cambio conceptual. El climaterio ya no es sinónimo del final de la expectativa de plenitud en la vida. Por el contrario, se aspira a prolongar la plenitud física y mental, transformando esta etapa en digna de ser vivida con la mayor intensidad y en condiciones óptimas de bienestar.

Esta demanda creciente no se refiere únicamente a los tratamientos médicos actuales con todos los beneficios que estos puedan aportar. Las mujeres también precisan de otros aspectos que les ayuden a integrar el climaterio como algo totalmente natural y sin connotaciones negativas. Necesitan desde la información para establecer hábitos adecuados de alimentación y salud que puedan prevenir muchas molestias, hasta el cambio cognitivo y cultural que supone la aceptación plena de esta etapa.

¿Qué es climaterio?

La palabra climaterio deriva del griego «klimakter» que significa «peldaño, escalón en la vida de una persona, momento difícil de superar». El climaterio es un período de la vida femenina de límites imprecisos, que transcurre entre la madurez sexual y la senectud, durante el cual se produce la disminución progresiva de la actividad ovárica y se establece un nuevo equilibrio hormonal. Es una crisis vital evolutiva.

La crisis resuelve una situación pero al mismo tiempo designa el ingreso a una situación que plantea nuevas inquietudes y características. De eso se trata esta crisis: al comienzo hay una desorganización, una alteración tanto en lo biológico como en lo psicosocial que, a medida que se supera, lleva gradualmente a una reorganización. Pero, mientras transcurre, se abre un abismo entre un pasado que ya no se considera vigente y un futuro que aún no se ha constituido.

El climaterio (incluida la menopausia) es un ciclo más en la vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la menopausia como "el cese permanente de la menstruación producido por la detención de la actividad ovárica", y al climaterio o perimenopausia como "el período en el cual comienza la declinación de la fertilidad", con los característicos cambios endocrinológicos, biológicos y clínicos. Climaterio es el término utilizado para denominar al fenómeno global de envejecimiento del ovario, en el que se incluye la menopausia (cese definitivo de la menstruación al menos durante un año, sin que exista embarazo o algún tipo de patología).

En este período lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural interactúan entre sí constante e interdependientemente.

¿Cómo se vive el climaterio?

Cada mujer, está psicológicamente programada por sus grupos de pertenencia: sus ancestros, sus valoraciones culturales, su familia, las instituciones educativas, la religión, la moral y la ética sexual recibida. El climaterio entonces, será vivido acorde con todas estas variables intervinientes. La resolución de esta crisis vital dependerá de los recursos de adaptación y plasticidad que pueda implementar la mujer en todas sus áreas: el cuerpo, la mente, las relaciones interpersonales y la predeterminación sociocultural.

Si la mujer logra una buena resolución de esta crisis vital, es posible que esta sea una etapa donde la madurez, la experiencia, la sabiduría y la creatividad puedan llegar a su máxima expresión.

La clínica revela que las mujeres que presentan una historia de vida con conflictos no resueltos, manifiestan con más frecuencia reacciones adversas durante el climaterio. El climaterio es una etapa de balance y es posible que la mujer deba vivir duelos por hechos pasados, postergados en su momento por distintas circunstancias.

En el imaginario colectivo es muy frecuente la idea que la menopausia significa el fin de la vida, son comunes las bromas hirientes y discriminantes o los reproches que suelen hacerse sobre los cambios de humor, irritabilidad, depresión, etc. para justificar conductas incomprendidas.

Esta concepción sociocultural refuerza el temor que muchas mujeres tienen a la desaparición del ciclo menstrual y les dificulta adaptarse a la nueva etapa, en la cual se refuerza el mito a la decadencia sexual predicando un tabú según el cual se piensa que disminuye el apetito sexual, sin considerar que éste es variable, que depende del estado psíquico general y del tipo de relación que se mantenga con la pareja.

Efectos de la pérdida de hormonas
Durante el climaterio, las hormonas femeninas producen cambios y reajustes metabólicos en prácticamente todos los órganos y sistemas de la mujer.

El descenso que se produce de las hormonas sexuales hace que muchas mujeres experimenten una serie de síntomas comunes hasta la readaptación del organismo. Estos síntomas se agruparían en:

Somáticos: bochornos y sudoración, palpitaciones, cefaleas, zumbido de oídos.

Emocionales o psicológicos: tendencia a la depresión, cambios de humor, ansiedad, insomnio, pérdida de memoria, disminución del deseo sexual.

Genitales y urinarios: alteraciones de la menstruación, sequedad vaginal, dolor en la relación sexual, mayor posibilidad de pérdida de orina de forma involuntaria.

Metabólicos y cutáneos: cambios en la piel, aumento de peso, problemas cardiovasculares, osteoporosis.

Medidas para tener una buena calidad de vida en el período climatérico:

- Mantener su autoestima.
- Alimentación saludable acorde con la
- edad.
- Suficiente ejercicio físico.
- Peso saludable.
- Moderación en el consumo de alcohol.
- No fumar.
- No tomar medicamentos innecesarios.
- Aprender cosas nuevas, juegos y
- diversiones.

- Disfrutar la vida sexual.
- Ejercicios mentales.
- Llevar una vida satisfactoria.
- Ser asertiva
- Control efectuado por un profesional de la salud competente

¿Cómo adaptarse al climaterio?
La manera de concebir la menopausia marca la susceptibilidad para enfrentar los cambios. Si se eliminan prejuicios, este período puede llevar a la reflexión, a la búsqueda de mejor salud, bienestar, desarrollo profesional, laboral, artístico y otras aspiraciones que la satisfagan y así acompañar el crecimiento de los hijos sin perder de vista sus propios objetivos.

Una buena autoestima en esta época, permite que la mujer cultive y cuide su entorno afectivo y se preocupe por cuidar su cuerpo, su mente y su espíritu, sólo así, descubre que sigue siendo valiosa, deseante y deseable a pesar de los años. Es innegable que en la menopausia hay cambios que pueden originar crisis, que despiertan temor y ponen en cuestionamiento la auto imagen, pero hay que verla o mejor vivirla como una alerta para cuidarse y una oportunidad para mimarse, crecer y ser.

"El ser humano no envejece cuando se le arruga la piel, sino cuando se le arrugan los sueños y las esperanzas"

Autocuidado de la Salud
SALUD
Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (OMS 1946).

- Cuando todo nuestro cuerpo funciona bien y nos sentimos con la energía necesaria para hacer las cosas que tenemos que hacer cada día. (físico)
- Cuando sentimos alegría, y seguridad por nosotros mismos, sin depender de nadie. (Psíquico)
- Cuando nos sentimos bien en nuestro ambiente cotidiano familia, amigos, trabajo, comunidad. (SOCIAL)

Todos los estudios modernos a través de todas las especialidades insisten en la importancia que toma la prevención de enfermedades más que la curación. Pero lo que se está viendo es que con el aumento de los años a vivir si no se trabaja antes de la vejez, los problemas de salud que aparecen requieren mayor atención y cuidados.

Pasa, que al vivir más años, las enfermedades ya existentes se acentúan más, sé hacen crónicas. De ahí que el auto-cuidado y la preservación de la autonomía, dos principios fundamentales que debemos trabajar.

El auto-cuidado, como concepto, fue incorporado en la Asamblea Mundial de Viena de 1982, sobre el envejecimiento. Es una actitud que se logra a partir de una adecuada información y lleva implícito un conocimiento del proceso por el que se está transitando.

Es tomar conciencia de lo que realmente está sucediendo con nuestro cuerpo, hacer una mirada

al pasado y reconocernos en lo vivido integrándolo a nuestro presente, hacernos cargo de nuestro tiempo libre y usarlo para tareas, actividades que nos gratifiquen (personales, grupales, solidarias), descubriendo nuestras posibilidades.

Lleva a mejorar el estilo de vida incorporando conductas que permitan a través de un estado de bienestar desarrollar una vida plena y activa, preservando y fortaleciendo la salud física y psíquica.

Estilo de vida se define como un "conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona" (forma de vivir). Está determinado por múltiples factores por ello cada persona es libre de elegir la forma de vivir que más le acomode.

Decir auto-cuidado es decir cuidarse a sí mismo, buscar cuales son las necesidades del cuerpo pero muy especialmente las motivaciones, los deseos, convirtiéndolos en proyectos. Muchas veces significa cambiar nuestro estilo de vida.

Autocuidado es cualquier conducta que adopte la mujer para:

- Mantenerse sana (promoción de la salud)
- Para prevenir o evitar enfermedades
- Para detener o controlar enfermedades presentes.
- Para reestablecer la salud

Esto significa en la práctica:

- Evitar hábitos nocivos,
- Potenciar los factores protectores de la salud.
- Conocer, controlar y evitar los factores de riesgo,
- Cumplir con controles médicos periódicos pero evitando la automedicación.

Los hábitos nocivos más importantes son el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, la malnutrición que lleva a la obesidad,

Factores protectores: son condiciones presentes en las personas, familia, o comunidad que disminuyen la probabilidad de enfermar.

Los factores de riesgo: son condiciones presentes en las personas, familia, o comunidad que aumentan la probabilidad de enfermar, si se conocen, no son tantos ni tan difíciles de controlar.

Evitar la auto medicación o sea no tomar medicamentos que no han sido indicados por el médico. Muchas pastillas se evitan si se las reemplaza por actividades.

En resumen nuestra preocupación debe centrarse en:

- Evitar hábitos nocivos, que dañen nuestra salud física, mental o social, adecuando nuestro estilo de vida y si es necesario cambiando nuestras conductas (factores protectores)
- Reconocer, controlar y evitar los factores de riesgo que dañan la salud a nuestra edad.
- Cumplir con controles médicos periódicos

"Para lograr el cambio es necesario perder el miedo

Unidad Nº 3 Venciendo el sedentarismo

Mantener la salud y un buen estado físico depende de cada uno de nosotros, del interés y la motivación personal para buscar las mejores alternativas de acuerdo a las propias necesidades. Las personas que colaboran activamente en desarrollar planes para mejorar su salud y bienestar tienen mayor probabilidad de éxito que aquellas que solamente "siguen órdenes".
Los beneficios del ejercicio físico van mucho más allá que mantener el tono muscular y mejorar el aspecto físico. El ejercicio contribuye a una sensación general de bienestar. La gente que hace ejercicio se siente mejor y disfruta más de la vida. Si usted no hace ejercicios regularmente, ahora es el momento de empezar.

Generalmente asociamos los ejercicios físicos con perder peso o mejorar nuestra salud cardiovascular. Pero ¿sabía usted que necesita el ejercicio para sus huesos? Es verdad, sus huesos se fortalecen con el ejercicio físico regular, como caminar, andar en bicicleta y después de la menopausia, el ejercicio conjuntamente con el estrógeno y el calcio, puede ser muy importante para mantener la salud de sus huesos.

El ejercicio hace bien aunque no baje de peso, reduce la probabilidad de llegar a ser diabética. De hecho, ciertos ejercicios que aumentan la masa muscular pueden producir la aparente paradoja de estar más sana con más peso. Use la medida de circunferencia de cintura para ver como va disminuyendo, porque es más precisa que el peso y este puede resultar engañoso si ha ganado músculos.

Beneficios de la actividad física regular

- Mantiene la flexibilidad, elasticidad y fuerza de los músculos y huesos.
- Mejora el rendimiento cardio-respiratorio.
- Oxigena mejor los tejidos
- Contribuye a reducir la grasa del organismo.
- Disminuye el exceso de azúcar en la sangre.
- Aumenta la entrada de glucosa en los músculos.
- Contribuye al sueño reparador.
- Mejora la asimilación del calcio por los huesos.
- Disminuye la presión arterial.
- Mejora la autoestima.
- Proporciona una sensación de bienestar general.
- Reduce el estrés.
- Mejora la postura y el equilibrio.
- Contribuye a aliviar o eliminar dolores.
- Mejora la resistencia al esfuerzo.

El ejercicio físico regular es por lo tanto un factor preventivo de enfermedades tales como: osteoporosis, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes, stress, lesiones músculo-esqueléticas.

Tenga presente que las personas sedentarias con factores de riesgo cardiovascular y más de 35 años de edad deben consultar con su Médico antes de aumentar su carga habitual de ejercicio físico.

Ejercicios aeróbicos
Son ejercicios dinámicos de mediana intensidad que constituyen una actividad recreativa, eliminadora de tensiones y que mejora la condición física general.

Son ejercicios aeróbicos entre otros: Caminar, bailar, trotar, andar en bicicleta, trepar cerros, nadar, jugar tenis, fútbol, o básquetbol, gimnasia aeróbica, etc.

Requisitos del ejercicio físico eficaz:
La meta es llegar a la práctica regular y permanente de ejercicios de mediana intensidad, mantenidos al menos durante 30 a 45 minutos cada vez, con una frecuencia de 3 veces por semana. Es razonable alcanzar ese nivel en 20 a 60 días de entrenamiento progresivo.

Características de una sesión de entrenamiento aeróbico:

- Comienzo rápido: con una entrada en calor que permita superar rápidamente la fase aeróbica, en 5 a 10 minutos.
- Sesión propiamente tal: Ejercicios globales dinámicos, variados que busquen mantener una intensidad de esfuerzo moderado 30 a 40 minutos, de forma continua.
- Vuelta a la calma: La actividad decrece lento. Los ejercicios de elongación por 5 a 10 minutos evitan calambres.

Reglas básicas a considerar:

- Establezca metas razonables (no espere lograr lo mismo que a los 20 años).
- Programe un aumento gradual en la cantidad de ejercicio, en etapas cada 20 días.
- Obtenga un equipo apropiado (zapatillas).
- Evite ejercicios de impacto sobre los cartílagos (saltar). Suspenda en caso de dolor al pecho.
- Haga caso a su cuerpo: es normal que sienta alguna molestia después de hacer ejercicio pero no es normal el dolor.
- Mantener un buen estado físico debe llegar a ser agradable por sus efectos y por la práctica misma, no un castigo.
- Mantenga una actitud positiva, no permita que las cosas pequeñas la depriman; salirse de la dieta un día no es un drama, vuelva a empezar. Haga ejercicio físico regularmente y logrará un mayor bienestar, después de 4 a 12 semanas de actividad física regular, usted notará la diferencia y se sentirá mucho mejor y contenta, porque usted puede lograrlo.

La meta es lograr una mejor salud física, mental y una mejor calidad de vida. Su cuerpo está hecho para moverse y es sorprendente el poco tiempo que se requiere para mantenerse sana y reducir el riesgo de enfermar.

Unidad Nº 4 encuentro consigo misma.

En esta etapa de la vida, puede aparecer la necesidad de replantearse el sentido de la vida, a veces surge aquí por primera vez con una fuerza significativa y que implica hacer necesariamente un balance. Este balance de vida va a surgir remarcando lo positivo o negativo de acuerdo a la personalidad de base y a las circunstancias del momento que permitan esta lectura.

Surge la búsqueda del "yo", a veces acompañada de una pérdida o carencia de la autoestima. La búsqueda del yo lleva unido un elemento importante que es la búsqueda del nuevo rol. Esto es dejar de ser la señora de fulano o la hija de o la mama de fulano o zutano, para empezar a ser ella misma y esto, indudablemente después de una trayectoria de 50, años no es fácil.

Toda esta situación de confrontar con la juventud, replantear la sexualidad y efectuar un balance de la vida, condiciona en la mujer una mayor sensibilidad, una afectividad que está más al descubierto. La mujer reacciona en forma brusca ante un timbre, un grito, un teléfono y tendrá una respuesta afectiva muchas veces melancólica ante el recuerdo de cosas pasadas.

Es necesario recalcar que la mujer no siempre tiene quién la escuche en esta etapa, dado que sus amistades están viviendo igual situación y tratan de eludir circunstancias dramáticas o desagradables, su esposo o su pareja puede estar igual o peor y sus hijos estarán al final de la adolescencia y comienzo de la madurez, en otro mundo, con un marcado desprendimiento que es también muy necesario para ellos.

La mujer está entonces en conflicto con su destino, cuya intensidad dependerá de la estructura y fortaleza de su propio yo, en íntima relación con su biografía.

Áreas de expresión del climaterio:
Psicológica: expresada por la depresión, la melancolía, la visión pesimista de las situaciones personales, familiares o sociales, la falta de interés vital, llanto fácil y a veces sin razón. Muchos de estos síntomas se explican por la disminución de estrógenos aunque no haya otros motivos personales, sociales o familiares.

Somática o corporal: son frecuentes las somatizaciones lo mismo que sucede con la adolescencia. Pero se agregan las consecuencias del déficit de estrógenos: dolores articulares, dolores de cabeza, palpitaciones, insomnio, síntomas vasomotores (sudoración y bochornos). A esta edad puede aparecer hipertensión arterial, aumento de peso y recrudecer algunos desórdenes patológicos preexistentes.

Social o volitiva: expresión del conflicto volcado hacia el entorno. Algunas de ellas pueden sin embargo llegar a ser favorables para la mujer. Otras ponen en descubierto su origen en el subconciente que escapan de las reglas determinadas por nuestra conducta social aceptada. En determinados casos extremos, pueden ser netamente destructivas y aún llevar a tentativas de auto eliminación.

Ninguna de dichas conductas es excluyente y en la práctica suelen coexistir, aunque a menudo predomina una u otra forma.
Sea cual fuere la forma de presentación existe un temor oculto y la necesidad de comprensión y ayuda.

La asociatividad es otra fuente de apoyo efectivo y práctico para las personas. Ser miembro de una asociación, sea formal o informal y cualquiera sea el motivo que la anime, es algo que da sentido de pertenencia y que permite experimentar el vivir como convivir.

Autoestima

- Grado de satisfacción consigo mismo, es la valorización que o hace de sí mismo
- Convicción que uno es competente y valioso para otros.
- Grado de seguridad en sus propias decisiones.

Estrategias para desarrollar la autoestima

- Aprenda a reconocer los eventos y circunstancias positivas presentes en su entorno.
- Busque activamente soluciones y cambios para mejorar sus dificultades.
- Deje de PRE – OCUPARSE... OCÚPESE.
- Sea efusiva y clara al reconocer lo bueno que ha sido capaz de hacer.
- Sea creativa, arriésguese dentro de sus posibilidades. No surgen cambios importantes si se sigue haciendo lo mismo.
- Genere en su familia un clima emocional cálido, participativo, interactivo, comunicativo, tolerante.
- Muestre confianza en sus capacidades y habilidades.
- Póngase exigencias y metas alcanzables en el corto plazo.

Aprenda a decir lo que quiere decir

- Capacidad de decir no, de poner límites.
- Capacidad de pedir y hacer requerimientos.
- El poder expresar sentimientos positivos y negativos.
- El poder comenzar, continuar y terminar conversaciones.

Esto requiere:

- Respetarse a si mismo
- Respetar a los demás
- Auto control emocional
- Saber decir
- Saber escuchar
- Ser positivo
- Tener alta autoestima

Teniendo en cuenta que cada persona tiene derecho a:

1. Expresar sus ideas libremente.
2. Promover su dignidad.

3. Decir "NO" sin sentirse culpable.
4. Ser tratada con respeto.
5. Cambiar de opinión.
6. Cometer errores.
7. Hacer peticiones.
8. Pedir información.
9. Hacer respetar sus derechos.
10. Sentirse bien consigo mismo.

Unidad Nº 5 Reflexionando sobre la comunicación

Comunicarse con los demás es una necesidad básica de toda persona. «Poner en común» lo que cada uno piensa y siente, saberse entendido por las otras personas son condiciones elementales de todo acto de comunicación. Sin embargo, sabemos que esto que resulta tan fácil de decir, muchas veces es difícil de practicar.

El ser humano adquiere esta capacidad a lo largo de su vida, partiendo en la familia, que tiene una influencia poderosa, porque en ella las relaciones son más estrechas y prolongadas. La emoción fundamental que reina sobre toda relación es la «aceptación del otro en la convivencia» y en ello van involucrados valores que cada uno posee y comunica a los demás.
Una buena comunicación es necesaria porque frecuentemente necesitamos de otras personas para satisfacer nuestros deseos y necesidades.
Frecuentemente otra gente es la fuente de nuestras mayores alegrías y buenas experiencias, tanto para satisfacer las necesidades más básicas como las necesidades superiores.

Cuando dos personas están en contacto con sus vivencias y las expresan directamente mientras existe confianza en el otro y las palabras no son mal interpretadas, no hay problemas. Los problemas surgen cuando nuestras palabras son utilizadas con otros propósitos. La palabra puede ser usada para castigar, tranquilizar, confundir, hipnotizar, dominar, implorar, pedir, rechazar, engañar, etc. Cuando la comunicación no es directa y las palabras se utilizan con otros propósitos, en vez de darse solución a un problema se generan otros que pueden ser de mayor envergadura.
A veces se recurre a rodeos con mensajes indirectos o se espera que la persona "se dé cuenta" por gestos o señales. Ambas prácticas son inadecuadas y casi nunca la contraparte entiende lo que se quiere comunicar, deben ser reemplazadas por lenguaje directo y respetuoso.

Aprenda a escuchar

- Deje de hablar! No podemos escuchar si estamos hablando.
- A todos presta atención, pero habla sólo con algunos cuantos" (Polonius Hamlet).
- Haga que el hablante se sienta cómodo.
- Trate que el interlocutor hable con entera libertad. A esto se suele llamar ambiente permisivo
- Muestre al hablante que usted quiere escuchar.
- Muestre interés. No lea su correspondencia, no juegue con el celular mientras alguien está hablando.

Escuche para entender y no para contradecir.

- Elimine las distracciones. No escriba, no haga gestos de impaciencia, no tamborilee con los dedos, no mueva papeles, durante el diálogo.
- Cierre la puerta si con ello se crea un ambiente más tranquilo.
- Sienta empatía por el hablante.
- Procure ver el punto de vista del interlocutor.
- Sea paciente.
- No se apresure. No interrumpa al hablante.
- Controle su temperamento. Una persona enojada no interpreta correctamente las palabras.
- Mantenga la serenidad ante la crítica y las discusiones. Ambas cosas
- ponen a la defensiva, y muchos se irritan o se enojan.
- Haga preguntas. Esto alienta al hablante, muestra que usted está escuchando, ayuda a esclarecer los puntos y los profundiza
- Deje hablar! Para comunicarse mejor hay que hablar menos y escuchar más.
- Para escuchar se requiere de dos oídos, uno para el significado y otro para el sentimiento

APRENDA A RESOLVER CONFLICTOS

1. Descubra, defina y discuta el problema
2. Se deben reunir todos los involucrados para hablar.
3. Establezca las reglas básicas para la discusión del problema:
   - No juegue al "minuto de confianza". Es coercitivo y a veces ofensivo.
   - Sinceridad y asertividad. "Mensajes YO".
   - Hablarán sin interrumpir a cada hablante.
   - Todos hablarán.
   - Nadie podrá insultar o levantar la voz.
   - Opiniones y sentimientos apoyados por hechos y por comportamiento específico.
4. Permita que se ventilen las emociones.
5. Escuche con "objetividad" para conocer todos los ángulos del problema.
6. Cuando el otro termine de hablar diga "Lo que tú quieres decir es...." Esto se usa para tratar de "ponerse de acuerdo entre los que están comunicándose".
7. Haga preguntas que reflejen verdadero interés en lo que está escuchando.
8. Fije metas y establezca un plan de acción para mejorar la calidad de la propia comunicación o cuando detecte algún conflicto.
9. Haga seguimiento para verificar si el conflicto fue resuelto.
10. Exprese su satisfacción por los resultados.

Unidad Nº 6 Abriendo nuevos horizontes

La necesidad de utilizar el tiempo libre de manera provechosa, ha existido siempre. La situación actual nos lleva a tener que mirar con mucha tranquilidad y profundidad la manera como estamos utilizando nuestro tiempo libre o personal y procurar que seamos nosotros y no los acontecimientos o las circunstancias quienes nos manejen. La necesidad de esparcimiento, descanso y diversión es aprovechada por la «industria de la diversión» para ofrecer tentaciones de «vida placentera « que puede aportar solo una pequeña parte del potencial recreativo de una persona. Lo más importante es lograr auto-administrar la generación de tiempo libre y el «como y donde» utilizar nuestro tiempo personal.

Cada persona dispone diariamente de un tiempo para sí misma, el cual suele aumentar los fines de semana, aunque no siempre. Si estamos frente a un tiempo libre de varias horas por día, el limpiar la casa, hacer las tareas del hogar o mirar televisión, visitar a algún amigo, cuidar de los nietos, todo eso de por sí útil y a veces placentero, no alcanza. Por eso hablamos de cambios.

Son oportunidades para obtener ganancia en el uso del tiempo libre integrarse a talleres o seminarios, intercambiar con otra gente experiencias y reflexiones, encontrarse con actividades culturales, recreativas o educativas, ubicarse en nuevos espacios de creación, compartir salidas culturales o de esparcimiento, hacer tareas solidarias. Las actividades más gratas y provechosas son las que permiten y estimulan el crecimiento personal.

¿Qué entendemos por tiempo libre?

Tiempo libre es aquel tiempo del que disponemos para realizar aquellas actividades que no forman parte de nuestras responsabilidades laborales, hogareñas, ni que satisfacen nuestras necesidades básicas como dormir, comer, etc.

Es el tiempo del que disponemos libremente para nuestra recreación o para desarrollar intereses y aptitudes de manera individual o con otros.

Tiempo libre es un conjunto de ocupaciones a las cuales se entrega el individuo voluntariamente, ya sea para descansar, ya sea para distraerse, como para su desarrollo, su formación desinteresada, su participación social voluntaria o su libre capacidad creadora, después de haber cumplido sus obligaciones profesionales, familiares y sociales.

Funciones del tiempo libre

- Reduce la fatiga, reparando los deterioros físicos o nerviosos provocados por las tensiones y obligaciones.
- La diversión libera del tedio, de la monotonía, de las tareas cotidianas, de la disciplina y de las violencias que se provocan en la vida familiar.
- El desarrollo actúa en la personalidad, ampliando los límites del conocimiento práctico, participando más ampliamente en la sociedad y en los diversos grupos de interés.

Actividades que pueden desarrollarse en el tiempo libre

- Recreativas: artísticas, culturales, hobbies, escuchar música, tocar instrumentos participar en coros, dibujar, visitar exposiciones artísticas, ver cine, teatro, videos, TV, leer, escribir.
- Actividades de tipo afectivo: compartir con familiares, amigos, clubes, grupos de vecinos, organizaciones de distinto tipo.
- Actividades sociales al servicio de los demás: voluntariados, clubes, mejora la autoestima y permite aportar sabiduría y experiencia a la comunidad.
- Actividades de pasatiempo: juegos, turismo, paseos, jardinería etc.
- Actividades artísticas: tejido, costura, soft, crochet, artesanía, pintura, bauer, tarjetería, cerámica en frío entre otras.
- Actividades educativas: participación en talleres o cursos de diferentes temas que le permitan cultivarse crecer o desarrollar nuevas actividades laborales.
- Actividades espirituales: Son todas las vivencias del ser humano en relación al sentido de la existencia, la trascendencia de la vida, pueden ser grupos religiosos o grupos de estudio y reflexión.
- Actividades físico deportivas: en forma individual o grupal, cursos de gimnasia, bailes diversos, caminatas. artes marciales, yoga, natación, deportes en general.

Requisitos de estas actividades:

- Libremente elegidas
- Que respondan a verdaderos intereses de la persona.
- Que sean regulares y sistemáticas.
- Que la persona se sienta útil y los demás la consideren valiosa.
- Que su realización produzca agrado a la persona.
- Que impliquen relaciones con otros.

Unidad Nº 7.Comprendiendo la sexualidad

La sexualidad está compuesta por impulsos, instintos y respuesta glandular, todos integrados en un sistema reproductivo que incluye funciones neurológicas, músculo esqueléticas, gonadales y psicológicas.

La sexualidad excede el ámbito reproductivo ya que todas las capacidades reproductivas están disponibles constantemente desde la pubertad y la práctica sexual produce múltiples efectos recreativos y sociales independientes de la reproducción, llegando a ser una fuente de energía que integra el comportamiento humano, un espacio de encuentro donde se mezcla la intimidad, la comunicación, la expresión de sentimientos y los afectos.

En la mujer hay un signo biológico que indica que los años de reproducción han terminado, la última menstruación que señala la menopausia. Los ovarios reducen drásticamente la producción de hormonas femeninas especialmente estrógeno, lo que ocasiona una serie de cambios biológicos que tienen relación directa con el sistema reproductivo y afectan pero no impiden la respuesta sexual de la mujer.

Dos componentes fundamentales del comportamiento sexual humano pueden verse comprometidos en la posmenopausia: la libido y la intensidad de la respuesta sexual (potencia).

La libido es la predisposición compuesta por motivación, deseo y fantasías.

La potencia sexual se afecta por la disminución de los estrógenos que ocasiona múltiples efectos, entre otros menor lubricación vaginal y a veces dolor en la relación coital.

La caída de los estrógenos produce sequedad vaginal y atrofia genital, sobre todo en las mujeres con escasa o sin actividad sexual. La pared vaginal se adelgaza y pierde sus capas superficiales lo que la hace más frágil aumentando la posibilidad que se produzca irritación, sangramiento o dolor.

Entre el 11% y 49% de las mujeres posmenopáusicas puede presentar incontinencia urinaria, afectando indirectamente el estado de ánimo, provocando sentimientos de inutilidad, tristeza, pesimismo y baja autoestima, lo que frecuentemente influye en disfunciones sexuales.

En conjunto, fuera de los trastornos hormonales, los cambios físicos causados por la edad son notablemente pequeños en ambos sexos. Sus sistemas biológicos empiezan a decrecer entre los 60 a 65 años; si las personas han sido relativamente saludables y se encuentran físicamente bien, la alteración de la vida sexual es mínima, más relevancia tienen los aspectos psicológicos y sociales,

Se debe mencionar que una alta proporción de mujeres viven con plena normalidad sin necesidades sexuales. Ese grupo debe estar consciente de su normalidad y no debe ser estigmatizado ni sufrir estrés por cumplir con una actividad si no la desea.

Factores que pueden afectar la sexualidad en la post-menopausia:

Factores individuales: disfunciones sexuales previas, vivencias sexuales traumáticas. Si la mujer tuvo una vida sexual satisfactoria durante su vida, generalmente ésta se mantiene.

Factores psicológicos: tipo de personalidad, estado anímico, inestabilidad emocional, cefalea, cansancio, nerviosismo, depresión, insatisfacción personal, crisis laboral, estrés no bien manejado.

Edad de la pareja: a mayor edad y diferencia en años entre la pareja, mayor descenso de la actividad sexual.

Factores relacionados con la pareja: infidelidad actual o pasada que ha dejado huella y/o resentimiento; falta de comunicación; pérdida de motivación, de atracción por la pareja, desamor o desencanto, rutina.

Factores socioculturales: mitos, creencias y costumbres arraigadas en la comunidad, religión, situación social, ambiente, persistencia aún del concepto de sexualidad ligado a la reproducción y a la maternidad, creencia de que la sexualidad sólo la vive la gente joven.

Cambios en la familia: alejamiento de los hijos, separación, existencia de enfermedades crónicas como Alcoholismo, Obesidad, Hipertensión arterial u otras patologías crónicas.

Todos los aspectos mencionados pueden alterar la relación de pareja y deteriorar la respuesta sexual o provocar alejamiento de la pareja.

Por lo tanto si bien la disminución de las hormonas femeninas tiene influencia sobre la capacidad sexual, es más importante el estado anímico, la aceptación y convencimiento que la afectividad y la actividad sexual son normales a cualquier edad.

Las mujeres pueden sentirse liberadas del temor del embarazo después de la menopausia. Si mantienen el cuidado de su aspecto físico, se sienten contentas consigo mismas y mantienen el interés y atracción por su pareja, se puede vivir una sexualidad plena acorde con la edad y los intereses de la pareja.

La vida sexual se va a desarrollar de acuerdo a como ha sido antes, es decir que aquellas personas que han disfrutado de su sexualidad, que la han tomado como un placer compartido, como una cosa gozosa de la vida, son los que durante mucho más tiempo van a permanecer activos sexualmente, no así las mujeres o parejas que han presentado disfunciones sexuales que no fueron superadas en otro momento de la vida.

Propuesta para mantener la salud sexual

1. "Mantenga su maquinaria física, especialmente su corazón", tanto el hombre como la mujer deben realizar actividades para mantener el tono muscular y la capacidad física.
2. "Mantenga su peso cerca de lo normal", si la persona se encuentra con sobrepeso es más difícil mantener los niveles de capacidad física que el sexo pueda implicar.
3. Encuentre el tiempo y el lugar suficientemente privado para su actividad sexual. Defienda ese tiempo y ese lugar como algo propio y necesario.
4. "Libere el momento sexual de preocupaciones", intente practicar el sexo en condiciones mínimas de ansiedad e interferencias. Elimine sentimientos de culpa y vergüenza. Converse con su pareja, exprese sus sentimientos para que ambos sepan lo que están viviendo juntos.
5. Converse con su pareja sobre alternativas de tratamiento psicológico y farmacológico de la disfunción eréctil, si es el caso, sin menoscabar la autoestima de la pareja.
6. "Favorezca la variedad", este puede ser un aspecto útil para mantener el interés sexual, sin embargo, cada pareja debe decidir que es lo que más le agrada.
7. Si no hay problemas de afecto ni de relación de pareja, pero persiste su libido baja, solicite una evaluación médica. Podría requerir tratamientos hormonales.
8. El adecuado tratamiento del déficit hormonal favorece la actividad sexual normal, especialmente si se presentan muchos síntomas climatéricos, sequedad vaginal o dolor durante las relaciones.

Unidad Nº 8. Buenas ideas para vivir mejor

- Haz actividad física por lo menos 20 o 30 minutos todos los días.
- Camina, baila, sal en bicicleta.
- Nunca conduzcas después de haber bebido alcohol.
- Trata de dormir 7 a 9 horas cada noche.
- Comunícate, comparte tus sentimientos con los demás.
- Incluye frutas y verduras en tus comidas, pan y cereales, leguminosas, pescados, carnes magras y lácteos descremados.
- Aleja la depresión manteniéndote activa.
- Usa cinturón de seguridad.
- Consume menos de dos tragos por día de vino, cerveza o tragos fuertes.
- Piensa en positivo.
- Mantente fuera de los ambientes con drogas
- Evita la sal, el azúcar y la comida chatarra, reduce las grasas cuando sea posible.
- Mantente delgada
- Valora lo bueno de tu trabajo, tu aporte es importante.
- Desarrolla algún pasatiempo o involúcrate en otras actividades.
- Piensa dos veces antes de comprar remedios sin consultar.
- Deja de fumar. Busca ayuda de un familiar, amigo o profesional.
- Libérate del estrés, las técnicas de respirar profundo, hacer ejercicio y de relajación son una ayuda.
- Busca ambientes libres de humo de tabaco.
- Abraza a alguien que tú quieres todos los días.
- Si vas a beber no te embriaguez.
- Tranquilízate. Busca maneras de relajarte: conversa con otras personas, busca una actividad entretenida, sale a dar una larga caminata.
- Practica y aprecia la cortesía en los contactos con otras personas.
- Limita el café, el té y las bebidas cola a dos o tres vasos o tazas por día. Prefiérelas sin azúcar.
- Comparte con tus compañeros de trabajo, trabajando unidos construyes una vida más saludable.
- Contrólate al menos una vez al año, nunca te olvides de examinar tus mamas, hacer Papanicolau una vez al año y mamografía cuando sea indicada.

GLOSARIO

APGAR familiar (anexo Nº 4): Instrumento para evaluar satisfacción del individuo con su familia en cinco áreas de funcionamiento: adaptabilidad, participación, crecimiento, afectividad y capacidad de resolución.

Climaterio: Periodo en la vida de la mujer caracterizado por la claudicación de las gónadas femeninas, que comienza con la disminución de la fertilidad y termina insensiblemente con la senectud.

Comorbilidad: Otras patologías que coexisten en un individuo. En climaterio se aplica para referirse a la presencia de otras patologías, además de síntomas propios del climaterio.

Genograma: Instrumento para evaluar la estructura y dinámica familiar (disponible en APS).

Depresión: Puntaje de depresión EMPA modificado (anexo Nº3).

Ecomapa: Instrumento para evaluar las redes de apoyo social (disponible en APS).

ENS: Estrategia Nacional de Salud.

Morbilidad: Presencia de patología.

MRS: Escala Menopause Rating Scale, para cuantificar impacto sobre la calidad de vida causados por síntomas climatéricos.

OT: Orientaciones Técnicas

Tamizaje: procedimiento para identificar o seleccionar casos.

TRH: Terapia de reposición hormonal.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) www.ine.cl
2. Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Cuadros-Celorrio AM, Fernández-Luzón N, Guadix-Peinado MJ, Del Cid-Martín N, Chedraui P, Pérez-López FR; for The MenopAuse RIsk Assessment (MARIA) Research Group. Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause. Maturitas. 2012 Aug;72(4):367-372.
3. Blümel JE, Cano A, Mezones-Holguín E, Barón G, Bencosme A, Benítez Z, Bravo LM, Calle A, Flores D, Espinoza MT, Gómez G, Hernández-Bueno JA, Laribezcoa F, Martino M, Lima S, Monterrosa A, Mostajo D, Ojeda E, Onatra W, Sánchez H, Tserotas K, Vallejo MS, Witis S, Zúñiga MC, Chedraui P. A multinational study of sleep disorders during female mid-life. Maturitas. 2012 Aug;72(4):359-66.
4. Dennerstein L. Well-being, symptoms and the menopausal transition. Maturitas. 1996 Mar;23(2):147-57.
5. [No authors listed]. Clinical challenges of perimenopause: consensus opinion of The North American Menopause Society. Menopause. 2000 Jan-Feb;7(1):5-13.
6. Dennerstein L, Lehert P, Guthrie JR, Burger HG. Modeling women's health during the menopausal transition: a longitudinal analysis. Menopause. 2007 Jan-Feb;14(1):53-62.
7. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2021
8. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información en Salud
9. Ministerio de Salud Guía Clínica Cáncer de Mama
10. Ministerio de Salud. Guía Clínica Colecistectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años
11. Ministerio de Salud. Guía Clínica Cáncer Cervico Uterino
12. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020
13. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP et al. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. Climacteric. 2000 Mar;3(1):50-8.
14. Aedo S, Porcile A, Irribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. Rev Chil Obstet Ginecol Ginecol 2006; 71: 402-9.
15. Ministerio de Salud (2008). Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria
16. Ministerio de Salud (2008). En el camino a centro de salud familiar. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
17. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. Soc Sci Med. 2000 Sep;51(6):843-57.
18. Weber, L. Reconstructing the landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. In A. Shulz & L. Mullings (Eds.), 2006. Gender, race, class and health. (pp. 22-59). San Francisco Jossey-Bass.
19. Ostlin, P., Eckermann, E., Mishra, U. S., Nkowance, M., Wallstam, E. 2006. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. Health Promot Int, 21(1), 25-35.
20. Im, E. O., Meleis, A. I. An international imperative for gender-sensitive theories in women's health. J Nurs Scholarsh, 2001; 33(4), 309-314.
21. Marmot, M., Wilkinson, R. Social Determinants of Health. 1999. Oxford: Eds. Oxford University Press.
22. Krieger, N., Chen, J. T., Selby, J. V. 2001. Class inequalities in women's health: combined impact of childhood and adult social class--a study of 630 US women. Public Health, 115(3), 175-185
23. Martikainen, P., Bartley, M., Lahelma, E. 2002. Psychosocial determinants of health in social epidemiology. Int J Epidemiol, 31(6), 1091-1093.
24. Malacara JM. Los factores psicosociales en la menopausia. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 14, No. 3 Julio-Septiembre 2006 pp 137-140

25. Krantz, G. Living conditions and women's health. The influence of psychosocial factors on comoon physical and mental symptoms in Swedish women- an epidemiological study. Doctoral thesis., 2000,. Malmo University. Hospital Lund University., Lunds, Sweden.
26. Sorensen, G., Verbrugge, L. M. 1987. Women, work, and health. Annu Rev Public Health, 8, 235-251.
27. Gore, S., Mangione, T. W. 1983. Social roles, sex roles and psychological distress: additive and interactive models of sex differences. J Health Soc Behav, 24(4), 300-312.
28. Rosenfield, S. 1989. The effects of women's employment: personal control and sex differences in mental health. J Health Soc Behav, 30(1), 77-91.
29. Daukantaite, D. Subjective well-being in Swedish women. Doctoral thesis. 2006. Stockholm University, Stockholm.
30. Krantz, G., Ostergren, P. O. 2000. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. J Epidemiol Community Health, 54(3), 192-199
31. Verbrugge LM. Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. Women Health 1987; 12:103-43.
32. Gijsbers van Wijk CM, Kolk AM, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ. Male and female health problems in general practice: the differential impact of social position and social roles. Soc Sci. Med. 1995 Mar;40(5):597-611.
33. Mellner C, Krantz G, Lundberg U. Symptom reporting and self-rated health among women in mid- life: the role of work characteristics and family responsibilities. Int J Behav Med. 2006;13(1):1-7.
34. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE, Cancelo MJ, Bonilla H, Muñoz I, Vergara V, Izaguirre H, Sarrá S, Ríos RV. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. Maturitas. 2004 Aug 20;48(4):425-31.
35. Schulz, A. J., Israel, B. A., Zenk, S. N., Parker, E. A., Lichtenstein, R., Shellman-Weir, S., et al. Psychosocial stress and social support as mediators of relationships between income, length of residence and depressive symptoms among African American women on Detroit's eastside. Soc. Sci Med, 2006; 62(2), 510-522.
36. Steptoe, A.. Invited review. The links between stress and illness. J Psychosom Res, 1991, 35(6),633-644.
37. Woods, N. F., Mitchell, E. S. 1997 a. Women's images of midlife: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Health Care Women Int, 18(5), 439-453.
38. Woods, N. F., Mitchell, E. S. 2005. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity,trajectory, and significance in women's lives. Am J Med, 118 Suppl 12B, 14-24.
39. Arpanantikul, M. 2004. Midlife experiences of Thai women. J Adv Nurs, 47(1), 49-56.
40. WHO. Women, Ageing and Health: A Framework for Action. Focus on Gender. Geneva: World Health Organization. 2007.
41. Meleis, A. I., Im, E. O. 2002. Grandmothers and women's health: from fragmentation to coherence. Health Care Women Int, 23(2), 207-224.
42. OMS OPS (1996). Gente sana en entornos saludables.
43. Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, Beil TL, Zuber SP, Perdue LA, Plaut D, Lutz K. Behavioral Counseling to Promote Physical Activity and a Healthful Diet to Prevent Cardiovascular Disease in Adults: Update of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2010 Dec.
44. Srinath Reddy K, Katan MB. Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases. Public Health Nutr. 2004 Feb;7(1A):167-86.
45. Dauchet L, Amouyel P, Dallongeville J. Fruits, vegetables and coronary heart disease. Nat Rev Cardiol. 2009 Sep;6(9):599-608.
46. Nordmann AJ, Suter-Zimmermann K, Bucher HC, Shai I, Tuttle KR, Estruch R, Briel M. Meta-analysis comparing Mediterranean to low-fat diets for modification of cardiovascular risk factors. Am J Med. 2011 Sep;124(9):841-51.e2.
47. Walker C, Reamy BV. Diets for cardiovascular disease prevention: what is the evidence? Am Fam Physician. 2009 Apr 1;79(7):571-8.

48. Gylling H, Miettinen TA. A review of clinical trials in dietary interventions to decrease the incidence of coronary artery disease. Curr Control Trials Cardiovasc Med. 2001;2(3):123-128.

49. Kuller LH, Kinzel LS, Pettee KK, Kriska AM, Simkin-Silverman LR, Conroy MB, Averbach F, Pappert WS, Johnson BD. Lifestyle intervention and coronary heart disease risk factor changes over 18 months in postmenopausal women: the Women On the Move through Activity and Nutrition (WOMAN study) clinical trial. J Womens Health (Larchmt). 2006 Oct;15(8):962-74. Erratum in: J Womens Health (Larchmt). 2006 Nov;15(9):1101.

50. Curioni CC, Lourenço PM. Long-term weight loss after diet and exercise: a systematic review. Int J Obes (Lond). 2005 Oct;29(10):1168-74.

51. Thorogood A, Mottillo S, Shimony A, Filion KB, Joseph L, Genest J, Pilote L, Poirier P, Schiffrin EL, Eisenberg MJ. Isolated aerobic exercise and weight loss: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med. 2011 Aug;124(8):747-55.

52. Richardson CR, Newton TL, Abraham JJ, Sen A, Jimbo M, Swartz AM. A meta-analysis of pedometer-based walking interventions and weight loss. Ann Fam Med. 2008 Jan-Feb;6(1):69-77.

53. Kelley GA, Kelley KS, Vu Tran Z. Aerobic exercise, lipids and lipoproteins in overweight and obese adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Obes (Lond). 2005 Aug;29(8):881-93.

54. Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD003817.

55. Sherman SE, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB. Comparison of past versus recent physical activity in the prevention of premature death and coronary artery disease. Am Heart J. 1999 Nov;138(5 Pt 1):900-7.

56. Gregg EW, Gerzoff RB, Caspersen CJ, Williamson DF, Narayan KM. Relationship of walking to mortality among US adults with diabetes. Arch Intern Med. 2003 Jun 23;163(12):1440-7.

57. Chao A, Connell CJ, Jacobs EJ, McCullough ML, Patel AV, Calle EE, Cokkinides VE, Thun MJ. Amount, type, and timing of recreational physical activity in relation to colon and rectal cancer in older adults: the Cancer Prevention Study II Nutrition Cohort. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2004 Dec;13(12):2187-95.

58. Patel AV, Press MF, Meeske K, Calle EE, Bernstein L. Lifetime recreational exercise activity and risk of breast carcinoma in situ. Cancer. 2003 Nov 15;98(10):2161-9.

59. Jamrozik K, McLaughlin D, McCaul K, Almeida OP, Wong KY, Vagenas D, Dobson A. Women who smoke like men die like men who smoke: findings from two Australian cohort studies. Tob Control. 2011 Jul;20(4):258-65.

60. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of sustained smoking cessation. Tob Control. 2009 Jun;18(3):197-205.

61. White WB. Smoking-related morbidity and mortality in the cardiovascular setting. Prev Cardiol. 2007 Spring;10(2 Suppl 1):1-4.

62. Woodward M, Lam TH, Barzi F, Patel A, Gu D, Rodgers A, Suh I; Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Smoking, quitting, and the risk of cardiovascular disease among women and men in the Asia-Pacific region. Int J Epidemiol. 2005 Oct;34(5):1036-45.

63. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 2003 Jul 2;290(1):86-97.

64. Ministerio de Salud Chile /OPS (2002). División de Rectoría y Regulación / División Gestión de la Red Asistencial Conversemos de Salud Sexual.

65. Actualizaciones técnico metodológicas para el Enfrentamiento de la Vulnerabilidad frente al VIH y las ETS, CONASIDA, MINSAL, 2006 disponible www.minsal.cl

66. Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS, Minsal, 2008 disponible www.minsal.cl

67. Manual De Consejería Para La Prevención de Enfermedades De Transmisión Sexual y VIH, CONASIDA, MINSAL, 2006, disponible www.minsal.cl

68. Fuentes,B.G. Bases para el diseño de un modelo educativo para la mujer en la edad intermedia de la vida.

69. Lanas F, Potthoff S, Mercadal E, Santibáñez C, Lanas A, Standen D. [Individual and population risk in acute myocardial infarction: the Chilean INTERHEART study]. Rev Med Chil. 2008 May;136(5):555-60.

70. Valenzuela AA, Maíz A, Margozzini P, Ferreccio C, Rigotti A, Olea R, Arteaga A. [Prevalence of metabolic syndrome among Chilean adults]. Rev Med Chil. 2010 Jun;138(6):707-14.

71. Grundy SM. Pre-diabetes, metabolic syndrome, and cardiovascular risk. J Am Coll Cardiol. 2012 Feb 14;59(7):635-43.

72. Denke MA, Pasternak RC. Defining and Treating the Metabolic Syndrome: A Primer from the Adult Treatment Panel III. Curr Treat Options Cardiovasc Med. 2001 Aug;3(4):251-253.

73. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001 May 16;285(19):2486-97.

74. Blümel JE, Legorreta D, Chedraui P, Ayala F, Bencosme A, Danckers L, Lange D, Espinoza MT, Gomez G, Grandia E, Izaguirre H, Manriquez V, Martino M, Navarro D, Ojeda E, Onatra W, Pozzo E, Prada M, Royer M, Saavedra JM, Sayegh F, Tserotas K, Vallejo MS, Zuñiga C; Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Optimal waist circumference cutoff value for defining the metabolic syndrome in postmenopausal Latin American women. Menopause. 2012 Apr;19(4):433-7.

75. Royer M, Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui PA, Danckers L, Bencosme A, Navarro D, Vallejo S, Espinoza MT, Gómez G, Izaguirre H, Ayala F, Martino M, Ojeda E, Onatra W, Saavedra J, Tserotas K, Pozzo E, Manriquez V, Prada M, Grandia E, Zuniga C, Lange D, Sayegh F; Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America. The US National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III): prevalence of the metabolic syndrome in postmenopausal Latin American women. Climacteric. 2007 Apr;10(2):164-70.

76. Arteaga A, Bustos P, Soto R, Velasco N, Amigo H. [Physical activity and cardiovascular risk factors among Chilean young men and women]. Rev Med Chil. 2010 Oct;138(10):1209-16.

77. Ciolac EG, Guimarães GV, D'Avila VM, Bortolotto LA, Doria EL, Bocchi EA. Acute aerobic exercise reduces 24-h ambulatory blood pressure levels in long-term-treated hypertensive patients. Clinics (Sao Paulo). 2008 Dec;63(6):753-8.

78. Fagard RH, Cornelissen VA. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007 Feb;14(1):12-7.

79. Burger JP, Serne EH, Nolte F, Smulders YM. Blood pressure response to moderate physical activity is increased in obesity. Neth J Med. 2009 Sep;67(8):342-6.

80. Hardman AE, Hudson A. Brisk walking and serum lipid and lipoprotein variables in previously sedentary women--effect of 12 weeks of regular brisk walking followed by 12 weeks of detraining. Br J Sports Med. 1994 Dec;28(4):261-6.

81. Kelley GA, Kelley KS, Tran ZV. Walking and Non-HDL-C in adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. Prev Cardiol. 2005 Spring;8(2):102-7.

82. Weise SD, Grandjean PW, Rohack JJ, Womack JW, Crouse SF. Acute changes in blood lipids and enzymes in postmenopausal women after exercise. J Appl Physiol. 2005 Aug;99(2):609-15.

83. Hata Y, Nakajima K. Life-style and serum lipids and lipoproteins. J Atheroscler Thromb. 2000;7(4):177-97.

84. Sanz C, Gautier JF, Hanaire H. Physical exercise for the prevention and treatment of type 2 diabetes. Diabetes Metab. 2010 Nov;36(5):346-51.

85. Saaristo T, Moilanen L, Korpi-Hyövälti E, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, Jokelainen J, Peltonen M, Oksa H, Tuomilehto J, Uusitupa M, Keinänen-Kiukaanniemi S. Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D). Diabetes Care. 2010 Oct;33(10):2146-51.

86. Ramachandran A, Arun N, Shetty AS, Snehalatha C. Efficacy of primary prevention interventions when fasting and postglucose dysglycemia coexist: analysis of the Indian Diabetes Prevention Programmes (IDPP-1 and IDPP-2). Diabetes Care. 2010 Oct;33(10):2164-8.

87. Lindahl B, Nilssön TK, Borch-Johnsen K, Røder ME, Söderberg S, Widman L, Johnson O, Hallmans G, Jansson JH. A randomized lifestyle intervention with 5-year follow-up in subjects with impaired glucose tolerance: pronounced short-term impact but long-term adherence problems. Scand J Public Health. 2009 Jun;37(4):434-42. Erratum in: Scand J Public Health. 2009 Jun;37(4):443.

88. Goldberg RB, Temprosa M, Haffner S, Orchard TJ, Ratner RE, Fowler SE, Mather K, Marcovina S, Saudek C, Matulik MJ, Price D; Diabetes Prevention Program Research Group. Effect of progression from impaired glucose tolerance to diabetes on cardiovascular risk factors and its amelioration by lifestyle and metformin intervention: the Diabetes Prevention Program randomized trial by the Diabetes Prevention Program Research Group. Diabetes Care. 2009 Apr;32(4):726-32.

89. Roumen C, Corpeleijn E, Feskens EJ, Mensink M, Saris WH, Blaak EE. Impact of 3-year lifestyle intervention on postprandial glucose metabolism: the SLIM study. Diabet Med. 2008 May;25(5):597-605.

90. Ratner RE; Diabetes Prevention Program Research. An update on the Diabetes Prevention Program. Endocr Pract. 2006 Jan-Feb;12 Suppl 1:20-4.

91. Laaksonen DE, Lindström J, Lakka TA, Eriksson JG, Niskanen L, Wikström K, Aunola S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Valle TT, Ilanne-Parikka P, Louheranta A, Hämäläinen H, Rastas M, Salminen V, Cepaitis Z, Hakumäki M, Kaikkonen H, Härkönen P, Sundvall J, Tuomilehto J, Uusitupa M; Finnish diabetes prevention study. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. Diabetes. 2005 Jan;54(1):158-65.

92. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001 May 3;344(18):1343-50.

93. Ratner RE, Christophi CA, Metzger BE, Dabelea D, Bennett PH, Pi-Sunyer X, Fowler S, Kahn SE; Diabetes Prevention Program Research Group. Prevention of diabetes in women with a history of gestational diabetes: effects of metformin and lifestyle interventions. J Clin Endocrinol Metab. 2008 Dec;93(12):4774-9.

94. Rochlitz H, Akpulat S, Bobbert T, Mai K, Möhlig M, Osterhoff M, Weickert MO, Pfeiffer AF, Spranger J. [Significance of biomarkers for metabolic syndrome during weight reduction]. Dtsch Med Wochenschr. 2005 Apr 29;130(17):1061-6.

95. Matsushita Y, Nakagawa T, Yamamoto S, Takahashi Y, Yokoyama T, Mizoue T, Noda M. Effect of longitudinal changes in visceral fat area and other anthropometric indices to the changes in metabolic risk factors in Japanese men: the Hitachi Health Study. Diabetes Care. 2012 May;35(5):1139-43.

96. Assoumou HG, Barthelemy JC, Garet M, Dauphinot V, Celle S, Pichot V, Kossovsky M, Gaspoz JM, Roche F. Increased waist circumference is the component of metabolic syndrome the most strongly associated with elevated C-reactive protein in elderly. Metab Syndr Relat Disord. 2011 Aug;9(4):281-5.

97. McDougall JA, Malone KE, Daling JR, Cushing-Haugen KL, Porter PL, Li CI. Long-term statin use and risk of ductal and lobular breast cancer among women 55-74 years of age. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2013 Sep;22(9):1529-37.

98. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, Ward K, Ebrahim S. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 31;1:CD004816.

99. Brugts JJ, Deckers JW. Statin prescription in men and women at cardiovascular risk: to whom and when? Curr Opin Cardiol. 2010 Sep;25(5):484-9.

100. Ward S, Lloyd Jones M, Pandor A, Holmes M, Ara R, Ryan A, Yeo W, Payne N. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events. Health Technol Assess. 2007 Apr;11(14):1-160, iii-iv.

101. Mills EJ, Rachlis B, Wu P, Devereaux PJ, Arora P, Perri D. Primary prevention of cardiovascular mortality and events with statin treatments: a network meta-analysis involving more than 65,000 patients. J Am Coll Cardiol. 2008 Nov 25;52(22):1769-81.

102. Kostis WJ, Cheng JQ, Dobrzynski JM, Cabrera J, Kostis JB. Meta-analysis of statin effects in women versus men. J Am Coll Cardiol. 2012 Feb 7;59(6):572-82. doi: 10.1016/j.jacc.2011.09.067. Review. Erratum in: J Am Coll Cardiol. 2012 Apr 17;59(16):1491.

103. Armitage J, Bowman L, Wallendszus K, Bulbulia R, Rahimi K, Haynes R, Parish S, Peto R, Collins R. Intensive lowering of LDL cholesterol with 80 mg versus 20 mg simvastatin daily in 12,064 survivors of myocardial infarction: a double-blind randomised trial. Study of the Effectiveness of Additional Reductions in Cholesterol and Homocysteine (SEARCH) Collaborative Group.Lancet. 2010 Nov 13;376(9753):1658-69.

104. Truong QA, Murphy SA, McCabe CH, Armani A, Cannon CP; TIMI Study Group. Benefit of intensive statin therapy in women: results from PROVE IT-TIMI 22. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2011 May;4(3):328-36.

105. Karp I, Chen SF, Pilote L. Sex differences in the effectiveness of statins after myocardial infarction. CMAJ. 2007 Jan 30;176(3):333-8.

106. Akdeniz N, Akpolat V, Kale A, Erdemoglu M, Kuyumcuoglu U, Celik Y. Risk factors for postmenopausal osteoporosis: anthropometric measurements, age, age at menopause and the time elapsed after menopause onset. Gynecol Endocrinol. 2009 Feb;25(2):125-9.

107. Reppe S, Refvem H, Gautvik VT, Olstad OK, Høvring PI, Reinholt FP, Holden M, Frigessi A, Jemtland R, Gautvik KM. Eight genes are highly associated with BMD variation in postmenopausal Caucasian women. Bone. 2010 Mar;46(3):604-12.

108. Eisman JA, Bogoch ER, Dell R, Harrington JT, McKinney RE Jr, McLellan A, Mitchell PJ, Silverman S, Singleton R, Siris E; for the ASBMR Task Force on Secondary Fracture Prevention. Making the first fracture the last fracture: ASBMR task force report on secondary fracture prevention. J Bone Miner Res. 2012 Oct;27(10):2039-46.

109. Cadarette SM, Jaglal SB, Kreiger N, McIsaac WJ, Darlington GA, Tu JV. Development and validation of the Osteoporosis Risk Assessment Instrument to facilitate selection of women for bone densitometry. CMAJ. 2000 May 2;162(9):1289-94.

110. Moayyeri A, Luben RN, Bingham SA, Welch AA, Wareham NJ, Khaw KT. Measured height loss predicts fractures in middle-aged and older men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. J Bone Miner Res. 2008 Mar;23(3):425-32.

111. Hannan MT, Broe KE, Cupples LA, Dufour AB, Rockwell M, Kiel DP. Height loss predicts subsequent hip fracture in men and women of the Framingham Study. J Bone Miner Res. 2012 Jan;27(1):146-52.

112. Hillier TA, Lui LY, Kado DM, LeBlanc ES, Vesco KK, Bauer DC, Cauley JA, Ensrud KE, Black DM, Hochberg MC, Cummings SR. Height loss in older women: risk of hip fracture and mortality independent of vertebral fractures. J Bone Miner Res. 2012 Jan;27(1):153-9.

113. Cho JH, Shin SI, Lee JH, Yeom JS, Chang BS, Lee CK. Usefulness of prone cross-table lateral radiographs in vertebral compression fractures. Clin Orthop Surg. 2013 Sep;5(3):195-201.

114. Lenchik L, Rogers LF, Delmas PD, Genant HK. Diagnosis of osteoporotic vertebral fractures: importance of recognition and description by radiologists. AJR Am J Roentgenol. 2004 Oct;183(4):949-58.

115. Nelson HD, Helfand M, Woolf SH, Allan JD. Screening for postmenopausal osteoporosis: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002 Sep 17;137(6):529-41.

116. [No authors listed] Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group. World Health Organ Tech Rep Ser. 1994;843:1-129.

117. El-Desouki MI, Sherafzal MS, Othman SA. Comparison of bone mineral density with dual energy x-ray absorptiometry, quantitative ultrasound and single energy x-ray absorptiometry. Saudi Med J. 2005 Sep;26(9):1346-50.

118. Compston J, Cooper A, Cooper C, Francis R, Kanis JA, Marsh D, McCloskey EV, Reid DM, Selby P, Wilkins M; National Osteoporosis Guideline Group (NOGG). Guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and men from the age of 50 years in the UK. Maturitas. 2009 Feb 20;62(2):105-8.

119. Cauley JA, LaCroix AZ, Robbins JA, Larson J, Wallace R, Wactawski-Wende J, Chen Z, Bauer DC, Cummings SR, Jackson R. Baseline serum estradiol and fracture reduction during treatment with hormone therapy: the Women's Health Initiative randomized trial. Osteoporos Int. 2010 Jan;21(1):167-77.

120. Ettinger B, Pressman A, Sklarin P, Bauer DC, Cauley JA, Cummings SR. Associations between low levels of serum estradiol, bone density, and fractures among elderly women: the study of osteoporotic fractures. J Clin Endocrinol Metab. 1998 Jul;83(7):2239-43.

121. Pines A, Sturdee D, Birkhäuser M; International Menopause Society. Health risks after cessation of postmenopausal hormone therapy. Climacteric. 2008 Jun;11(3):179-80.

122. Tang BM, Eslick GD, Nowson C, Smith C, Bensoussan A. Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis. Lancet. 2007 Aug 25;370(9588):657-66.

123. Reid IR, Bolland MJ, Grey A. Effect of calcium supplementation on hip fractures. Osteoporos Int. 2008 Aug;19(8):1119-23.

124. Broe KE, Chen TC, Weinberg J, Bischoff-Ferrari HA, Holick MF, Kiel DP. A higher dose of vitamin d reduces the risk of falls in nursing home residents: a randomized, multiple-dose study. J Am Geriatr Soc. 2007 Feb;55(2):234-9.

125. Holick MF. Vitamin D deficiency. N Engl J Med. 2007 Jul 19;357(3):266-81.

126. González G, Alvarado JN, Rojas A, Navarrete C, Velásquez CG, Arteaga E. High prevalence of vitamin D deficiency in Chilean healthy postmenopausal women with normal sun exposure: additional evidence for a worldwide concern. Menopause. 2007 May-Jun;14(3 Pt 1):455-61-

127. Rodríguez P JA, Valdivia C G, Trincado M P. [Vertebral fractures, osteoporosis and vitamin D levels in Chilean postmenopausal women]. Rev Med Chil. 2007 Jan;135(1):31-6.

128. Häuselmann HJ, Rizzoli R. A comprehensive review of treatments for postmenopausal osteoporosis. Osteoporos Int. 2003 Jan;14(1):2-12.

129. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, Murad MH, Weaver CM; Endocrine Society. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011 Jul;96(7):1911-30.

130. Feskanich D, Willett W, Colditz G. Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. JAMA. 2002 Nov 13;288(18):2300-6.

131. Masoni A, Morosano M, Tomat MF, Pezzotto SM, Sánchez A. [Association between hip fractures and risk factors for osteoporosis. Multivariate analysis]. Medicina (B Aires). 2007;67(5):423-8.

132. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, De Laet C, Eisman JA, Fujiwara S, Kroger H, McCloskey EV, Mellstrom D, Melton LJ, Pols H, Reeve J, Silman A, Tenenhouse A. Smoking and fracture risk: a meta-analysis. Osteoporos Int. 2005 Feb;16(2):155-62.

133. Wend K, Wend P, Krum SA. Tissue-Specific Effects of Loss of Estrogen during Menopause and Aging. Front Endocrinol (Lausanne). 2012;3:19.

134. Zöllner YF, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. Qual Life Res. 2005 Mar;14(2):309-27.

135. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Danckers L, Espinoza MT, Flores D, Gomez G, Hernandez-Bueno JA, Izaguirre H, Leon-Leon P, Lima S, Mezones-Holguin E, Monterrosa A, Mostajo D, Navarro D, Ojeda E, Onatra W, Royer M, Soto E, Tserotas K. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. Maturitas. 2008 Dec 20;61(4):323-9.

136. Blümel JE, Aravena H, Brantes S, Cruzat L, Lavín P, Montaño R, Navarrete I, Osorio E. [Official position of the Chilean Society of Climacteric on the management of climacteric women]. Rev Med Chil. 2010 May;138(5):645-51.

137. Xu J, Bartoces M, Neale AV, Dailey RK, Northrup J, Schwartz KL. Natural history of menopause symptoms in primary care patients: a MetroNet study. J Am Board Fam Pract. 2005 Sep-Oct;18(5):374-82.

138. Williams RE, Kalilani L, DiBenedetti DB, Zhou X, Granger AL, Fehnel SE, Levine KB, Jordan J, Clark RV. Frequency and severity of vasomotor symptoms among peri- and postmenopausal women in the United States. Climacteric. 2008 Feb;11(1):32-43.

139. Mishra GD, Kuh D. Health symptoms during midlife in relation to menopausal transition: British prospective cohort study. BMJ. 2012 Feb 8;344:e402.

140. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, Schocken M. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. Menopause. 2009 Sep-Oct;16(5):860-9.

141. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, Rimer BK, Siegler IC. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. Psychosom Med. 2001 Jul-Aug;63(4):603-8.

142. Blümel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Córdova AT, Binfa LE, Bonilla HG, Muñoz IG, Vergara VG, Sarrá SC. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. Maturitas. 2004 Nov 15;49(3):205-10.

143. Maki PM, Freeman EW, Greendale GA, Henderson VW, Newhouse PA, Schmidt PJ, Scott NF, Shively CA, Soares CN. Summary of the National Institute on Aging-sponsored conference on depressive symptoms and cognitive complaints in the menopausal transition. Menopause. 2010 Jul;17(4):815-22.

144. Thurston RC, Bromberger JT, Joffe H, Avis NE, Hess R, Crandall CJ, Chang Y, Green R, Matthews KA. Beyond frequency: who is most bothered by vasomotor symptoms? Menopause. 2008 Sep-Oct;15(5):841-7.

145. Thurston RC, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A. Association between hot flashes, sleep complaints, and psychological functioning among healthy menopausal women. Int J Behav Med. 2006;13(2):163-72

146. Juang KD, Wang SJ, Lu SR, Lee SJ, Fuh JL. Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri- and post- but not premenopausal women. Maturitas. 2005 Oct 16;52(2):119-26.

147. Kloss JD, Tweedy K, Gilrain K. Psychological factors associated with sleep disturbance among perimenopausal women. Behav Sleep Med. 2004;2(4):177-90.

148. Aedo S, Schiattino I, Cavada G, Porcile A. Quality of life in climacteric Chilean women treated with low-dose estrogen. Maturitas. 2008 Nov 20;61(3):248-51.

149. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. Mayo Clin Proc. 2010 Jan;85(1):87-94.

150. Huang AJ, Moore EE, Boyko EJ, Scholes D, Lin F, Vittinghoff E, Fihn SD. Vaginal symptoms in postmenopausal women: self-reported severity, natural history, and risk factors. Menopause. 2010 Jan-Feb;17(1):121-6

151. Santoro N, Komi J. Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. J Sex Med. 2009 Aug;6(8):2133-42.

152. Kumari M, Stafford M, Marmot M. The menopausal transition was associated in a prospective study with decreased health functioning in women who report menopausal symptoms. J Clin Epidemiol. 2005 Jul;58(7):719-27.

153. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Danckers L, Espinoza MT, Flores D, Gomez G, Hernandez-Bueno JA, Izaguirre H, Leon-Leon P, Lima S, Mezones-Holguin E, Monterrosa A, Mostajo D, Navarro D, Ojeda E, Onatra W, Royer M, Soto E, Tserotas K, Vallejo MS; for the Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. Climacteric. 2012 Dec;15(6):542-551.

154. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Danckers L, Espinoza MT, Flores D, Gomez G, Hernandez-Bueno JA, Izaguirre H, Leon-Leon P, Lima S, Mezones-Holguin E, Monterrosa A, Mostajo D, Navarro D, Ojeda E, Onatra W, Royer M, Soto E, Tserotas K, Vallejo S; Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. Menopause. 2011 Jul;18(7):778-85

155. Col NF, Guthrie JR, Politi M, Dennerstein L. Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study. Menopause. 2009 May-Jun;16(3):453-7.

156. Politi MC, Schleinitz MD, Col NF. Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. J Gen Intern Med. 2008 Sep;23(9):1507-13.

157. Hunter MS, Gentry-Maharaj A, Ryan A, Burnell M, Lanceley A, Fraser L, Jacobs I, Menon U. Prevalence, frequency and problem rating of hot flushes persist in older postmenopausal women: impact of age, body mass index, hysterectomy, hormone therapy use, lifestyle and mood in a cross-sectional cohort study of 10,418 British women aged 54-65. BJOG. 2012 Jan;119(1):40-50.

158. Huang AJ, Grady D, Jacoby VL, Blackwell TL, Bauer DC, Sawaya GF. Persistent hot flushes in older postmenopausal women. Arch Intern Med. 2008 Apr 28;168(8):840-6.

159. Neer RM. Bone loss across the menopausal transition. SWAN Investigators. Ann N Y Acad Sci. 2010 Mar;1192:66-71.

160. Sowers MR, Zheng H, Jannausch ML, McConnell D, Nan B, Harlow S, Randolph JF Jr. Amount of bone loss in relation to time around the final menstrual period and follicle-stimulating hormone staging of the transmenopause. J Clin Endocrinol Metab. 2010 May;95(5):2155-62.

161. Lo JC, Burnett-Bowie SA, Finkelstein JS. Bone and the perimenopause. Obstet Gynecol Clin North Am. 2011 Sep;38(3):503-17.

162. Warming L, Hassager C, Christiansen C. Changes in bone mineral density with age in men and women: a longitudinal study. Osteoporos Int. 2002;13(2):105-12.

163. Arteaga E, Campusano C, Rodríguez JA, Cervilla V, López JM, Valdivia G. [Frequency of lumbar spine osteopenia in an asymptomatic postmenopausal Chilean population]. Rev Med Chil. 1994 Apr;122(4):372-7.

164. Albala C, Pumarino H. [Epidemiology and clinical aspects of osteoporosis]. Rev Med Chil. 1996 Aug;124(8 Suppl):61-8.

165. Valdivia G, Giaconi J, Arteaga E, Pumarino H, Gajardo H, Villarroel L. [Hip fracture: a case-control study in the metropolitan region I]. Rev Med Chil. 1996 Feb;124(2):189-97.

166. Bacon WE, Maggi S, Looker A, Harris T, Nair CR, Giaconi J, Honkanen R, Ho SC, Peffers KA, Torring O, Gass R, Gonzalez N. International comparison of hip fracture rates in 1988-89. Osteoporos Int. 1996;6(1):69-75.

167. Contreras L, Kirschbaum A, Pumarino H. [Epidemiology of fractures in Chile]. Rev Med Chil. 1991 Jan;119(1):92-8.

168. Cummings SR, Browner WS, Bauer D, Stone K, Ensrud K, Jamal S, Ettinger B. Endogenous hormones and the risk of hip and vertebral fractures among older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. N Engl J Med. 1998 Sep 10;339(11):733-8.

169. Garnero P, Sornay-Rendu E, Claustrat B, Delmas PD. Biochemical markers of bone turnover, endogenous hormones and the risk of fractures in postmenopausal women: the OFELY study. J Bone Miner Res. 2000 Aug;15(8):1526-36.

170. Goderie-Plomp HW, van der Klift M, de Ronde W, Hofman A, de Jong FH, Pols HA. Endogenous sex hormones, sex hormone-binding globulin, and the risk of incident vertebral fractures in elderly men and women: the Rotterdam Study. J Clin Endocrinol Metab. 2004 Jul;89(7):3261-9.

171. Prince RL, Dick IM, Beilby J, Dhaliwal SS, Devine A. A cohort study of the effect of endogenous estrogen on spine fracture risk and bone structure in elderly women and an assessment of its diagnostic usefulness. Bone. 2007 Jul;41(1):33-8.

172. Rodríguez P JA, Valdivia C G, Trincado M P. [Vertebral fractures, osteoporosis and vitamin D levels in Chilean postmenopausal women]. Rev Med Chil. 2007 Jan;135(1):31-6.

173. Roux C, Briot K, Gossec L, Kolta S, Blenk T, Felsenberg D, Reid DM, Eastell R, Glüer CC. Increase in vertebral fracture risk in postmenopausal women using omeprazole. Calcif Tissue Int. 2009 Jan;84(1):13-9.

174. Angeli A, Guglielmi G, Dovio A, Capelli G, de Feo D, Giannini S, Giorgino R, Moro L, Giustina A. High prevalence of asymptomatic vertebral fractures in post-menopausal women receiving chronic glucocorticoid therapy: a cross-sectional outpatient study. Bone. 2006 Aug;39(2):253-9.

175. Pinheiro MM, Reis Neto ET, Machado FS, Omura F, Yang JH, Szejnfeld J, Szejnfeld VL. Risk factors for osteoporotic fractures and low bone density in pre and postmenopausal women. Rev Saude Publica. 2010 Jun;44(3):479-85.

176. ESHRE Capri Workshop Group. Bone fractures after menopause. Hum Reprod Update. 2010 Nov-Dec;16(6):761-73.

177. Gourlay ML, Preisser JS, Hammett-Stabler CA, Renner JB, Rubin J. Follicle-stimulating hormone and bioavailable estradiol are less important than weight and race in determining bone density in younger postmenopausal women. Osteoporos Int. 2011 Oct;22(10):2699-708.

178. Compston JE, Watts NB, Chapurlat R, Cooper C, Boonen S, Greenspan S, Pfeilschifter J, Silverman S, Díez-Pérez A, Lindsay R, Saag KG, Netelenbos JC, Gehlbach S, Hooven FH, Flahive J, Adachi JD, Rossini M, Lacroix AZ, Roux C, Sambrook PN, Siris ES; Glow Investigators. Obesity is not protective against fracture in postmenopausal women: GLOW. Am J Med. 2011 Nov;124(11):1043-50.

179. Premaor MO, Pilbrow L, Tonkin C, Parker RA, Compston J. Obesity and fractures in postmenopausal women. J Bone Miner Res. 2010 Feb;25(2):292-7.

180. Wolff RB, Gomes RC, Verna C, Maioral GC, Rampazo TC, Simões RS, Baracat EC, Soares Júnior JM. Molecular features of sexual steroids on cartilage and bone. Rev Assoc Med Bras. 2012 Jul-Aug;58(4):493-7.

181. Herrero-Beaumont G, Roman-Blas JA, Castañeda S, Jimenez SA. Primary osteoarthritis no longer primary: three subsets with distinct etiological, clinical, and therapeutic characteristics. Semin Arthritis Rheum. 2009 Oct;39(2):71-80.

182. Roman-Blas JA, Castañeda S, Largo R, Herrero-Beaumont G. Osteoarthritis associated with estrogen deficiency. Arthritis Res Ther. 2009;11(5):241.

183. Linn S, Murtaugh B, Casey E. Role of sex hormones in the development of osteoarthritis. PM R. 2012 May;4(5 Suppl):S169-73.

184. Claassen H, Schicht M, Paulsen F. Impact of sex hormones, insulin, growth factors and peptides on cartilage health and disease. Prog Histochem Cytochem. 2011 Feb;45(4):239-93.

185. Richette P, Corvol M, Bardin T. Estrogens, cartilage, and osteoarthritis. Joint Bone Spine. 2003 Aug;70(4):257-62. Review.

186. Tanamas SK, Wijethilake P, Wluka AE, Davies-Tuck ML, Urquhart DM, Wang Y, Cicuttini FM. Sex hormones and structural changes in osteoarthritis: a systematic review. Maturitas. 2011 Jun;69(2):141-56.

187. Stevens-Lapsley JE, Kohrt WM. Osteoarthritis in women: effects of estrogen, obesity and physical activity. Womens Health (Lond Engl). 2010 Jul;6(4):601-15.

188. Afzal S, Khanam A. Serum estrogen and interleukin-6 levels in postmenopausal female osteoarthritis patients. Pak J Pharm Sci. 2011 Apr;24(2):217-9.

189. Wang KC, Lin YF, Qin CH, Chen TL, Chen CH. Bisphenol-A interferes with estradiol-mediated protection in osteoarthritic chondrocytes. Toxicol Lett. 2010 Oct 5;198(2):127-33.

190. Maggio Da Fonseca A, Bagnoli VR, Souza MA, Azevedo RS, Couto Júnior Ede B, Soares Júnior JM, Baracat EC. Impact of age and body mass on the intensity of menopausal symptoms in 5968 Brazilian women. Gynecol Endocrinol. 2013 Feb;29(2):116-8.

191. Royer M, Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui PA, Danckers L, Bencosme A, Navarro D, Vallejo S, Espinoza MT, Gómez G, Izaguirre H, Ayala F, Martino M, Ojeda E, Onatra W, Saavedra J, Tserotas K, Pozzo E, Manriquez V, Prada M, Grandia E, Zuniga C, Lange D, Sayegh F; Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America.The US National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III): prevalence of the metabolic syndrome in postmenopausal Latin American women. Climacteric. 2007 Apr;10(2):164-70.

192. Lejsková M, Alušík S, Valenta Z, Adámková S, Piťha J. Natural postmenopause is associated with an increase in combined cardiovascular risk factors. Physiol Res. 2012 Oct 25.

193. Petri Nahas EA, Padoani NP, Nahas-Neto J, Orsatti FL, Tardivo AP, Dias R. Metabolic syndrome and its associated risk factors in Brazilian postmenopausal women. Climacteric. 2009 Oct;12(5):431-8.

194. Tankó LB, Bagger YZ, Qin G, Alexandersen P, Larsen PJ, Christiansen C. Enlarged waist combined with elevated triglycerides is a strong predictor of accelerated atherogenesis and related cardiovascular mortality in postmenopausal women. Circulation. 2005 Apr 19;111(15):1883-90.

195. Ross LA, Polotsky AJ. Metabolic correlates of menopause: an update. Curr Opin Obstet Gynecol. 2012 Dec;24(6):402-7.

196. Berg G, Mesch V, Boero L, Sayegh F, Prada M, Royer M, Muzzio ML, Schreier L, Siseles N, Benencia H. Lipid and lipoprotein profile in menopausal transition. Effects of hormones, age and fat distribution. Horm Metab Res. 2004 Apr;36(4):215-20.

197. Pérez JA, Garcia FC, Palacios S, Pérez M. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. Maturitas. 2009 Jan 20;62(1):30-6.

198. Matthews KA, Santoro N, Lasley B, Chang Y, Crawford S, Pasternak RC, Sutton-Tyrrell K, Sowers M. Relation of cardiovascular risk factors in women approaching menopause to menstrual cycle characteristics and reproductive hormones in the follicular and luteal phases. J Clin Endocrinol Metab. 2006 May;91(5):1789-95.

199. Matthews KA, Crawford SL, Chae CU, Everson-Rose SA, Sowers MF, Sternfeld B, Sutton-Tyrrell K. Are changes in cardiovascular disease risk factors in midlife women due to chronological aging or to the menopausal transition? J Am Coll Cardiol. 2009 Dec 15;54(25):2366-73.

200. Hu FB, Grodstein F, Hennekens CH, Colditz GA, Johnson M, Manson JE, Rosner B, Stampfer MJ. Age at natural menopause and risk of cardiovascular disease. Arch Intern Med. 1999 May 24;159(10):1061-6.

201. Cagnacci A, Cannoletta M, Palma F, Zanin R, Xholli A, Volpe A. Menopausal symptoms and risk factors for cardiovascular disease in postmenopause. Climacteric. 2012 Apr;15(2):157-62.

202. Lisabeth LD, Beiser AS, Brown DL, Murabito JM, Kelly-Hayes M, Wolf PA. Age at natural menopause and risk of ischemic stroke: the Framingham heart study. Stroke. 2009 Apr;40(4):1044-9.

203. Rocca WA, Grossardt BR, Miller VM, Shuster LT, Brown RD Jr. Premature menopause or early menopause and risk of ischemic stroke. Menopause. 2012 Mar;19(3):272-7.

204. Eshtiaghi R, Esteghamati A, Nakhjavani M. Menopause is an independent predictor of metabolic syndrome in Iranian women. Maturitas. 2010 Mar;65(3):262-6.

205. Kuh D, Langenberg C, Hardy R, Kok H, Cooper R, Butterworth S, Wadsworth ME. Cardiovascular risk at age 53 years in relation to the menopause transition and use of hormone replacement therapy: a prospective British birth cohort study. BJOG. 2005 Apr;112(4):476-85.

206. Blümel JE, Prieto JC, Leal T, Cruz MN, Gallardo L. [Cardiovascular risk factors in middle-age women with acute coronary syndromes]. Rev Med Chil. 2001 Sep;129(9):995-1002

207. Wellons M, Ouyang P, Schreiner PJ, Herrington DM, Vaidya. D. Early menopause predicts future coronary heart disease and stroke: the Multi-ethnic Study of Atherosclerosis. Menopause. 2012 Oct;19(10):1081-7

208. Archer DF. Premature menopause increases cardiovascular risk. Climacteric. 2009;12 Suppl 1:26-31.

209. Falkeborn M, Schairer C, Naessén T, Persson I. Risk of myocardial infarction after oophorectomy and hysterectomy. J Clin Epidemiol. 2000 Aug;53(8):832-7.

210. Lobo RA. Surgical menopause and cardiovascular risks. Menopause. 2007 May-Jun;14(3 Pt 2):562-6.

211. Shoupe D, Parker WH, Broder MS, Liu Z, Farquhar C, Berek JS. Elective oophorectomy for benign gynecological disorders. Menopause. 2007 May-Jun;14(3 Pt 2):580-5.

212. Sherwin BB. Estrogen and cognitive functioning in women: lessons we have learned. Behav Neurosci. 2012 Feb;126(1):123-7.

213. Farrag AK, Khedr EM, Abdel-Aleem H, Rageh TA. Effect of surgical menopause on cognitive functions. Dement Geriatr Cogn Disord. 2002;13(3):193-8.

214. Nappi RE, Sinforiani E, Mauri M, Bono G, Polatti F, Nappi G. Memory functioning at menopause: impact of age in ovariectomized women. Gynecol Obstet Invest. 1999;47(1):29-36.

215. Sherwin BB. Estrogen and/or androgen replacement therapy and cognitive functioning in surgically menopausal women. Psychoneuroendocrinology. 1988;13(4):345-57

216. Rivera CM, Grossardt BR, Rhodes DJ, Rocca WA. Increased mortality for neurological and mental diseases following early bilateral oophorectomy. Neuroepidemiology. 2009;33(1):32-40.

217. Rocca WA, Shuster LT, Grossardt BR, Maraganore DM, Gostout BS, Geda YE, Melton LJ 3rd. Long-term effects of bilateral oophorectomy on brain aging: unanswered questions from the Mayo Clinic Cohort Study of Oophorectomy and Aging. Womens Health (Lond Engl). 2009 Jan;5(1):39-48.

218. Rocca WA, Bower JH, Maraganore DM, Ahlskog JE, Grossardt BR, de Andrade M, Melton LJ 3rd. Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. Neurology. 2007 Sep 11;69(11):1074-83.

219. Shuster LT, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. Prophylactic oophorectomy in premenopausal women and long-term health. Menopause Int. 2008 Sep;14(3):111-6.

220. Rocca WA, Bower JH, Maraganore DM, Ahlskog JE, Grossardt BR, de Andrade M, Melton LJ 3rd. Increased risk of parkinsonism in women who underwent oophorectomy before menopause. Neurology. 2008 Jan 15;70(3):200-9.

221. Oppermann K, Fuchs SC, Donato G, Bastos CA, Spritzer PM. Physical, psychological, and menopause-related symptoms and minor psychiatric disorders in a community-based sample of Brazilian premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women. Menopause. 2012 Mar;19(3):355-60.

222. Schaafsma M, Homewood J, Taylor A. Subjective cognitive complaints at menopause associated with declines in performance of verbal memory and attentional processes. Climacteric. 2010 Feb;13(1):84-98.

223. Weber MT, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki PM. Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. Menopause. 2012 Jul;19(7):735-41.

224. Mitchell ES, Woods NF. Cognitive symptoms during the menopausal transition and early postmenopause. Climacteric. 2011 Apr;14(2):252-61.

225. Baker LD, Asthana S, Cholerton BA, Wilkinson CW, Plymate SR, Green PS, Merriam GR, Fishel MA, Watson GS, Cherrier MM, Kletke ML, Mehta PD, Craft S. Cognitive response to estradiol in postmenopausal women is modified by high cortisol. Neurobiol Aging. 2012 Apr;33(4):829.e9-20.

226. Epperson CN, Amin Z, Ruparel K, Gur R, Loughead J. Interactive effects of estrogen and serotonin on brain activation during working memory and affective processing in menopausal women. Psychoneuroendocrinology. 2012 Mar;37(3):372-82.

227. Thilers PP, Macdonald SW, Nilsson LG, Herlitz A. Accelerated postmenopausal cognitive decline is restricted to women with normal BMI: longitudinal evidence from the Betula project. Psychoneuroendocrinology. 2010 May;35(4):516-24.

228. Maki PM, Henderson VW. Hormone therapy, dementia, and cognition: the Women's Health Initiative 10 years on. Climacteric. 2012 Jun;15(3):256-62

229. Gorenstein C, Rennó J Jr, Vieira Filho AH, Gianfaldoni A, Gonçalves MA, Halbe HW, Fernandes CE, Demétrio FN. Estrogen replacement therapy and cognitive functions in healthy postmenopausal women: a randomized trial. Arch Womens Ment Health. 2011 Oct;14(5):367-73.

230. Espeland MA, Tindle HA, Bushnell CA, Jaramillo SA, Kuller LH, Margolis KL, Mysiw WJ, Maldjian JA, Melhem ER, Resnick SM; Women's Health Initiative Memory Study. Brain volumes, cognitive impairment, and conjugated equine estrogens. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009 Dec;64(12):1243-50.

231. Resnick SM, Espeland MA, An Y, Maki PM, Coker LH, Jackson R, Stefanick ML, Wallace R, Rapp SR; Women's Health Initiative Study of Cognitive Aging Investigators. Effects of conjugated equine estrogens on cognition and affect in postmenopausal women with prior hysterectomy. J Clin Endocrinol Metab. 2009 Nov;94(11):4152-61.

232. Petrovska S, Dejanova B, Jurisic V. Estrogens: mechanisms of neuroprotective effects. J Physiol Biochem. 2012 Sep;68(3):455-60.

233. Dye RV, Miller KJ, Singer EJ, Levine AJ. Hormone replacement therapy and risk for neurodegenerative diseases. Int J Alzheimers Dis. 2012;2012:258454.

234. Wroolie TE, Kenna HA, Williams KE, Powers BN, Holcomb M, Khaylis A, Rasgon NL. Differences in verbal memory performance in postmenopausal women receiving hormone therapy: 17β-estradiol versus conjugated equine estrogens. Am J Geriatr Psychiatry. 2011 Sep;19(9):792-802.

235. Barha CK, Galea LA. Influence of different estrogens on neuroplasticity and cognition in the hippocampus. Biochim Biophys Acta. 2010 Oct;1800(10):1056-67.

236. Ryan J, Carrière I, Scali J, Dartigues JF, Tzourio C, Poncet M, Ritchie K, Ancelin ML. Characteristics of hormone therapy, cognitive function, and dementia: the prospective 3C Study. Neurology. 2009 Nov 24;73(21):1729-37.

237. Craig MC, Fletcher PC, Daly EM, Rymer J, Brammer M, Giampietro V, Maki PM, Murphy DG. Reversibility of the effects of acute ovarian hormone suppression on verbal memory and prefrontal function in pre-menopausal women. Psychoneuroendocrinology. 2008 Nov;33(10):1426-31. Erratum in: Psychoneuroendocrinology. 2009 May;34(4):629.

238. Hesson J. Cumulative estrogen exposure and prospective memory in older women. Brain Cogn. 2012 May 28;80(1):89-95.

239. Heys M, Jiang C, Cheng KK, Zhang W, Au Yeung SL, Lam TH, Leung GM, Schooling CM. Life long endogenous estrogen exposure and later adulthood cognitive function in a population of naturally postmenopausal women from Southern China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. Psychoneuroendocrinology. 2011 Jul;36(6):864-73.

240. Maki PM, Dennerstein L, Clark M, Guthrie J, LaMontagne P, Fornelli D, Little D, Henderson VW, Resnick SM. Perimenopausal use of hormone therapy is associated with enhanced memory and hippocampal function later in life. Brain Res. 2011 Mar 16;1379:232-43.

241. Ryan J, Carrière I, Scali J, Ritchie K, Ancelin ML. Life-time estrogen exposure and cognitive functioning in later life. Psychoneuroendocrinology. 2009 Feb;34(2):287-98.

242. Agrawal K, Onami S, Mortimer JE, Pal SK. Cognitive changes associated with endocrine therapy for breast cancer. Maturitas. 2010 Nov;67(3):209-14.

243. Lejbak L, Vrbancic M, Crossley M. Endocrine therapy is associated with low performance on some estrogen-sensitive cognitive tasks in postmenopausal women with breast cancer. J Clin Exp Neuropsychol. 2010 Oct;32(8):836-46.

244. Hederstierna C, Hultcrantz M, Collins A, Rosenhall U. Hearing in women at menopause. Prevalence of hearing loss, audiometric configuration and relation to hormone replacement therapy. Acta Otolaryngol. 2007 Feb;127(2):149-55.

245. Rodrigues Barral AB, Nahas EA, Nahas-Neto J, Cangussu LM, Buttros Dde A. Effect of hormone therapy on postural balance in postmenopausal women. Menopause. 2012 Jul;19(7):768-75.

246. Naessen T, Lindmark B, Lagerström C, Larsen HC, Persson I. Early postmenopausal hormone therapy improves postural balance. Menopause. 2007 Jan-Feb;14(1):14-9.

247. Bayer U, Hausmann M. Hormone therapy in postmenopausal women affects hemispheric asymmetries in fine motor coordination. Horm Behav. 2010 Aug;58(3):450-6.

248. Hederstierna C, Hultcrantz M, Collins A, Rosenhall U. Hearing in women at menopause. Prevalence of hearing loss, audiometric configuration and relation to hormone replacement therapy. Acta Otolaryngol. 2007 Feb;127(2):149-55.

249. Wend K, Wend P, Krum SA. Tissue-Specific Effects of Loss of Estrogen during Menopause and Aging. Front Endocrinol (Lausanne). 2012;3:19.

250. Vaillant L, Callens A. [Hormone replacement treatment and skin aging]. Therapie. 1996 Jan-Feb;51(1):67-70.

251. Archer DF. Postmenopausal skin and estrogen.Gynecol Endocrinol. 2012 Oct;28 Suppl 2:2-6

252. Patriarca MT, Barbosa de Moraes AR, Nader HB, Petri V, Martins JR, Gomes RC, Soares JM Jr. Hyaluronic acid concentration in postmenopausal facial skin after topical estradiol and genistein treatment: a double-blind, randomized clinical trial of efficacy. Menopause. 2013 Mar;20(3):336-41

253. Katsitadze A, Berianidze K, Kaladze Kh, McHedlishvili T, Sanikidze T. Nitric oxide dependent skin aging mechanism in postmenopasal women. Georgian Med News. 2012 Jul;(208-209):66-71.

254. Bottai G, Mancina R, Muratori M, Di Gennaro P, Lotti T. 17β-estradiol protects human skin fibroblasts and keratinocytes against oxidative damage. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Sep 18. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04697.x. [Epub ahead of print]

255. Piérard GE, Letawe C, Dowlati A, Piérard-Franchimont C. Effect of hormone replacement therapy for menopause on the mechanical properties of skin. J Am Geriatr Soc. 1995 Jun;43(6):662-5.

256. Zouboulis CC, Makrantonaki E. Hormonal therapy of intrinsic aging. Rejuvenation Res. 2012 Jun;15(3):302-12.

257. Guinot C, Malvy D, Ambroisine L, Latreille J, Mauger E, Guéhenneux S, Morizot F, Tschachler E. Effect of hormonal replacement therapy on skin biophysical properties of menopausal women. Skin Res Technol. 2005 Aug;11(3):201-4.

258. Calleja-Agius J, Brincat M. The effect of menopause on the skin and other connective tissues. Gynecol Endocrinol. 2012 Apr;28(4):273-7.

259. Shu YY, Maibach HI. Estrogen and skin: therapeutic options. Am J Clin Dermatol. 2011 Oct 1;12(5):297-311.

260. Mirmirani P. Managing hair loss in midlife women. Maturitas. 2013 Feb;74(2):119-22.

261. Bromberger JT, Kravitz HM. Mood and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 years. Obstet Gynecol Clin North Am. 2011 Sep;38(3):609-25

262. Seritan AL, Iosif AM, Park JH, DeatherageHand D, Sweet RL, Gold EB. Self-reported anxiety, depressive, and vasomotor symptoms: a study of perimenopausal women presenting to a specialized midlife assessment center. Menopause. 2010 Mar;17(2):410-5.

263. Gallicchio L, Schilling C, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. J Psychosom Res. 2007 Sep;63(3):263-8.

264. Horna López A, Romero Gutiérrez G, Horna Quiroz M, Malacara Hernández JM, Pérez Luque EL. [Symptomatic profile in peri and postmenopausal women]. Ginecol Obstet Mex. 2006 Jun;74(6):312-6

265. Anderson E, Hamburger S, Liu JH, Rebar RW. Characteristics of menopausal women seeking assistance. Am J Obstet Gynecol. 1987 Feb;156(2):428-33.

266. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang YF, Cyranowski JM, Brown C, Matthews KA. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Psychol Med. 2011 Sep;41(9):1879-88.

267. Marsh WK, Templeton A, Ketter TA, Rasgon NL. Increased frequency of depressive episodes during the menopausal transition in women with bipolar disorder: preliminary report. J Psychiatr Res. 2008 Feb;42(3):247-51.

268. Clayton AH, Ninan PT. Depression or menopause? Presentation and management of major depressive disorder in perimenopausal and postmenopausal women. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010;12(1):PCC.08r00747.

269. Freeman EW. Associations of depression with the transition to menopause. Menopause. 2010 Jul;17(4):823-7.

270. Marsh WK, Ketter TA, Rasgon NL. Increased depressive symptoms in menopausal age women with bipolar disorder: age and gender comparison. J Psychiatr Res. 2009 May;43(8):798-802.

271. Blümel JE, Cano A, Mezones-Holguín E, Barón G, Bencosme A, Benítez Z, Bravo LM, Calle A, Flores D, Espinoza MT, Gómez G, Hernández-Bueno JA, Laribezcoa F, Martino M, Lima S, Monterrosa A, Mostajo D, Ojeda E, Onatra W, Sánchez H, Tserotas K, Vallejo MS, Witis S, Zúñiga MC, Chedraui P. A multinational study of sleep disorders during female mid-life. Maturitas. 2012 Aug;72(4):359-66

272. Tom SE, Kuh D, Guralnik JM, Mishra GD. Self-reported sleep difficulty during the menopausal transition: results from a prospective cohort study. Menopause. 2010 Nov-Dec;17(6):1128-35.

273. Ohayon MM. Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. Arch Intern Med. 2006 Jun 26;166(12):1262-8.

274. Bolge SC, Balkrishnan R, Kannan H, Seal B, Drake CL. Burden associated with chronic sleep maintenance insomnia characterized by nighttime awakenings among women with menopausal symptoms. Menopause. 2010 Jan-Feb;17(1):80-6.

275. Mayers AG, Grabau EA, Campbell C, Baldwin DS. Subjective sleep, depression and anxiety: inter-relationships in a non-clinical sample. Hum Psychopharmacol. 2009 Aug;24(6):495-501.

276. Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. Menopause. 2008 Sep-Oct;15(5):958-62.

277. LeBlanc M, Beaulieu-Bonneau S, Mérette C, Savard J, Ivers H, Morin CM. Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. J Psychosom Res. 2007 Aug;63(2):157-66.

278. Terauchi M, Hiramitsu S, Akiyoshi M, Owa Y, Kato K, Obayashi S, Matsushima E, Kubota T. Associations between anxiety, depression and insomnia in peri- and post-menopausal women. Maturitas. 2012 May;72(1):61-5. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.01.014.

279. Birkhäuser M. Depression, menopause and estrogens: is there a correlation? Maturitas. 2002 Apr 15;41 Suppl 1:S3-8. Review.

280. Greendale GA, Derby CA, Maki PM. Perimenopause and cognition. Obstet Gynecol Clin North Am. 2011 Sep;38(3):519-35.

281. Schmidt PJ, Rubinow DR. Sex hormones and mood in the perimenopause. Ann N Y Acad Sci. 2009 Oct;1179:70-85.

282. Rajewska J, Rybakowski JK. Depression in premenopausal women: gonadal hormones and serotonergic system assessed by D-fenfluramine challenge test. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2003 Jun;27(4):705-9.

283. Woods NF, Smith-DiJulio K, Percival DB, Tao EY, Mariella A, Mitchell S. Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Menopause. 2008 Mar-Apr;15(2):223-232.

284. Di Donato P, Giulini NA, Bacchi Modena A, Cicchetti G, Comitini G et al.; Progetto Menopausa Italia Study Group. Factors associated with climacteric symptoms in women around menopause attending menopause clinics in Italy. Maturitas. 2005 Nov-Dec;52(3-4):181-9.

285. Ryan J, Burger HG, Szoeke C, Lehert P, Ancelin ML, Henderson VW, Dennerstein L. A prospective study of the association between endogenous hormones and depressive symptoms in postmenopausal women. Menopause. 2009 May-Jun;16(3):509-17.

286. Polisseni AF, de Araújo DA, Polisseni F, Mourão Junior CA, Polisseni J, Fernandes ES, Guerra Mde O. [Depression and anxiety in menopausal women: associated factors]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009 Jan;31(1):28-34.

287. Bromberger JT, Schott LL, Kravitz HM, Sowers M, Avis NE, Gold EB, Randolph JF Jr, Matthews KA. Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Arch Gen Psychiatry. 2010 Jun;67(6):598-607.

288. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. Arch Gen Psychiatry. 2006 Apr;63(4):375-82.

289. Morrison MF, Freeman EW, Lin H, Sammel MD. Higher DHEA-S (dehydroepiandrosterone sulfate) levels are associated with depressive symptoms during the menopausal transition: results from the PENN Ovarian Aging Study. Arch Womens Ment Health. 2011 Oct;14(5):375-82.

290. Freedman RR, Roehrs TA. Sleep disturbance in menopause. Menopause. 2007 Sep-Oct;14(5):826-9.

291. Shors TJ, Leuner B. Estrogen-mediated effects on depression and memory formation in females. J Affect Disord. 2003 Mar;74(1):85-96.

292. Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL.The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. Menopause. 2008 Sep-Oct;15(5):958-62.

293. Joffe H, Hall JE, Soares CN, Hennen J, Reilly CJ, Carlson K, Cohen LS. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. Menopause. 2002 Nov-Dec;9(6):392-8.

294. Zervas IM, Lambrinoudaki I, Spyropoulou AC, Koundi KL, Voussoura E, Tzavara C, Verdeli H, Aravantinos L, Creatsa M, Paparrigopoulos T. Additive effect of depressed mood and vasomotor symptoms on postmenopausal insomnia. Menopause. 2009 Jul-Aug;16(4):837-42.

295. Steinberg EM, Rubinow DR, Bartko JJ, Fortinsky PM, Haq N, Thompson K, Schmidt PJ. A cross-sectional evaluation of perimenopausal depression. J Clin Psychiatry. 2008 Jun;69(6):973-80.

296. Oppermann K, Fuchs SC, Donato G, Bastos CA, Spritzer PM. Physical, psychological, and menopause-related symptoms and minor psychiatric disorders in a community-based sample of Brazilian premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women. Menopause. 2012 Mar;19(3):355-60.

297. Chedraui P, San Miguel G, Avila C. Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors. Gynecol Endocrinol. 2009 Feb;25(2):130-5.

298. Utian WH, Woods NF. Impact of hormone therapy on quality of life after menopause. Menopause. 2013 Jun 24. [Epub ahead of print] PMID: 23799357 [PubMed]

299. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2004 Sep 2;2:45.

300. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes. 2003 Jul 30;1:28.

301. Dinger J, Zimmermann T, Heinemann LA, Stoehr D. Quality of life and hormone use: new validation results of MRS scale. Health Qual Life Outcomes. 2006 May 31;4:32.

302. Aedo S, Porcile A, Irribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. Rev Chil Obstet y Ginecol 2006; 71(6):402-9

303. Prado M, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel JE. [Assessment of quality of life using the Menopause Rating Scale in women aged 40 to 59 years]. Rev Med Chil. 2008 Dec;136(12):1511-7.

304. Aedo S, Schiattino I, Cavada G, Porcile A. Quality of life in climacteric Chilean women treated with low-dose estrogen. Maturitas. 2008 Nov 20;61(3):248-51.

305. Chuni N, Sreeramareddy CT. Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: a cross-sectional survey among midlife Nepalese women. BMC Womens Health. 2011 Jun 14;11:30.

306. López-Alegría F, De Lorenzi DR. [Lifestyles and quality of life of post menopausal women]. Rev Med Chil. 2011 May;139(5):618-24.

307. Cintora, H. Recomendaciones del NCEP-ATPIII. Dislipemia aterogénica y redefinición de valores deseables de triglicéridos. Clin Invest Arterioscl. 2002;14(2):74-6

308. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III), Executive Summary. NIH Publication No. 01-3670, May 2001 (link)

309. Mattsson LA, Cullberg G. A clinical evaluation of treatment with estriol vaginal cream versus suppository in postmenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand. 1983;62(5):397-401.

310. Trevoux R, van der Velden WH, Popović D. Ovestin vaginal cream and suppositories for the treatment of menopausal vaginal atrophy. Reproduccion. 1982 Apr-Jun;6(2):101-6.

311. Grady D, Gebretsadik T, Kerlikowske K, Ernster V, Petitti D. Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 1995 Feb;85(2):304-13.

312. de Lignières B, de Vathaire F, Fournier S, Urbinelli R, Allaert F, Le MG, Kuttenn F. Combined hormone replacement therapy and risk of breast cancer in a French cohort study of 3175 women. Climacteric. 2002 Dec;5(4):332-40.

313. Mattsson LA, Cullberg G. Vaginal absorption of two estriol preparations. A comparative study in postmenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand. 1983;62(5):393-6.

314. Weisberg E, Ayton R, Darling G, Farrell E, Murkies A, O'Neill S, Kirkegard Y, Fraser IS. Endometrial and vaginal effects of low-dose estradiol delivered by vaginal ring or vaginal tablet. Climacteric. 2005 Mar;8(1):83-92.

315. Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. Int J Cancer. 2005 Apr 10;114(3):448-54.

316. Lüthje P, Brauner H, Ramos NL, Ovregaard A, Gläser R, Hirschberg AL, Aspenström P, Brauner A. Estrogen supports urothelial defense mechanisms. Sci Transl Med. 2013 Jun 19;5(190):190ra80.

317. Valdevenito S JP. [Recurrent urinary tract infection in women]. Rev Chilena Infectol. 2008 Aug;25(4):268-76.

318. Raz R. Urinary tract infection in postmenopausal women. Korean J Urol. 2011 Dec;52(12):801-8.

319. Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD005131.

320. Rozenberg S, Pastijn A, Gevers R, Murillo D. Estrogen therapy in older patients with recurrent urinary tract infections: a review. Int J Fertil Womens Med. 2004 Mar-Apr;49(2):71-4.

321. Beerepoot MA, Ter Riet G, Nys S, van der Wal WM, de Borgie CA, de Reijke TM, Prins JM, Koeijers J, Verbon A, Stobberingh E, Geerlings SE. Lactobacilli vs Antibiotics to Prevent Urinary Tract Infections: A Randomized, Double-blind, Noninferiority Trial in Postmenopausal Women. Arch Intern Med. 2012 May 14;172(9):704-12.

322. Robinson D, Cardozo L. Estrogens and the lower urinary tract. Neurourol Urodyn. 2011 Jun;30(5):754-7.

323. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2003 Jan;61(1):37-49. Review.

324. Chapple C. Compendium of review articles and the new standardisation report conducted between the International Urogynaecological Association (IUGA) and the International Continence Society (ICS) dealing with the new suggested terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn. 2010;29(1):1.

325. Haylen BT, Freeman RM, Lee J, Swift SE, Cosson M, Deprest J, Dwyer PL, Fatton B, Kocjancic E, Maher C, Petri E, Rizk DE, Schaer GN, Webb R; International Urogynecological Association; International Continence Society. International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related to native tissue female pelvic floor surgery. Neurourol Urodyn. 2012 Apr;31(4):406-14.

326. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Fertil Steril. 2011 Jun;95(7):2204-8, 2208.e1-3.

327. Bennett GL, Andreotti RF, Lee SI, Dejesus Allison SO, Brown DL, Dubinsky T, Glanc P, Mitchell DG, Podrasky AE, Shipp TD, Siegel CL, Wong-You-Cheong JJ, Zelop CM. ACR appropriateness criteria(®) on abnormal vaginal bleeding. J Am Coll Radiol. 2011 Jul;8(7):460-8.

328. Ozdemir S, Celik C, Gezginç K, Kıreşi D, Esen H. Evaluation of endometrial thickness with transvaginal ultrasonography and histopathology in premenopausal women with abnormal vaginal bleeding. Arch Gynecol Obstet. 2010 Oct;282(4):395-9.

329. Getpook C, Wattanakumtornkul S. Endometrial thickness screening in premenopausal women with abnormal uterine bleeding. J Obstet Gynaecol Res. 2006 Dec;32(6):588-92.

330. Mortakis AE, Mavrelos K. Transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of endometrial abnormalities. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1997 Aug;4(4):449-52.

331. Sesti F, Piancatelli R, Pietropolli A, Ruggeri V, Piccione E. Levonorgestrel-releasing intrauterine system versus laparoscopic supracervical hysterectomy for the treatment of heavy menstrual bleeding: a randomized study. J Womens Health (Larchmt). 2012 Aug;21(8):851-7.

332. Matteson KA, Abed H, Wheeler TL 2nd, Sung VW, Rahn DD, Schaffer JI, Balk EM; Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. A systematic review comparing hysterectomy with less-invasive treatments for abnormal uterine bleeding. J Minim Invasive Gynecol. 2012 Jan-Feb;19(1):13-28.

333. Castracane VD, Gimpel T, Goldzieher JW. When is it safe to switch from oral contraceptives to hormonal replacement therapy? Contraception. 1995 Dec;52(6):371-6.

334. Dreisler E, Sorensen SS, Ibsen PH, Lose G. Value of endometrial thickness measurement for diagnosing focal intrauterine pathology in women without abnormal uterine bleeding. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 Mar;33(3):344-8.

335. Affinito P, Palomba S, Sammartino A, Bonifacio M, Nappi C. Ultrasonographic endometrial monitoring during continuous-sequential hormonal replacement therapy regimen in postmenopausal women. Maturitas. 2001 Sep 28;39(3):239-44.

336. Dreisler E, Sorensen SS, Ibsen PH, Lose G. Value of endometrial thickness measurement for diagnosing focal intrauterine pathology in women without abnormal uterine bleeding. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 Mar;33(3):344-8.

337. Andersson C, Innala E, Bäckström T. Acute intermittent porphyria in women: clinical expression, use and experience of exogenous sex hormones. A population-based study in northern Sweden. J Intern Med. 2003 Aug;254(2):176-83.

338. Bulaj ZJ, Franklin MR, Phillips JD, Miller KL, Bergonia HA, Ajioka RS, Griffen LM, Guinee DJ, Edwards CQ, Kushner JP. Transdermal estrogen replacement therapy in postmenopausal women previously treated for porphyria cutanea tarda. J Lab Clin Med. 2000 Dec;136(6):482-8.

339. Blümel JE, Roncagliolo ME, Gramegna G, Vásquez R, Estartus A, Tacla X, Brandt A. [Double-blind method of the effect of menopause symptoms, lipid profile, and endometrial thickness of continuous therapy with estradiol valerate and medroxyprogesterone acetate]. Rev Chil Obstet Ginecol. 1994;59(5):354-60.

340. Jacobsen DE, Samson MM, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJ. Raloxifene and body composition and muscle strength in postmenopausal women: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Eur J Endocrinol. 2010 Feb;162(2):371-6.

341. Jacobsen DE, Samson MM, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJ. Raloxifene improves verbal memory in late postmenopausal women: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Menopause. 2010 Mar;17(2):309-14.

342. Collins P, Mosca L, Geiger MJ, Grady D, Kornitzer M, Amewou-Atisso MG, Effron MB, Dowsett SA, Barrett-Connor E, Wenger NK. Effects of the selective estrogen receptor modulator raloxifene on coronary outcomes in the Raloxifene Use for The Heart trial: results of subgroup analyses by age and other factors. Circulation. 2009 Feb 24;119(7):922-30.

343. Mosca L, Grady D, Barrett-Connor E, Collins P, Wenger N, Abramson BL, Paganini-Hill A, Geiger MJ, Dowsett SA, Amewou-Atisso M, Kornitzer M. Effect of raloxifene on stroke and venous thromboembolism according to subgroups in postmenopausal women at increased risk of coronary heart disease. Stroke. 2009 Jan;40(1):147-55.

344. Grady D, Cauley JA, Geiger MJ, Kornitzer M, Mosca L, Collins P, Wenger NK, Song J, Mershon J, Barrett-Connor E; Raloxifene Use for The Heart Trial Investigators. Reduced incidence of invasive breast cancer with raloxifene among women at increased coronary risk. J Natl Cancer Inst. 2008 Jun 18;100(12):854-61.

345. Aidelsburger P, Schauer S, Grabein K, Wasem J. Alternative methods for the treatment of post-menopausal troubles. GMS Health Technol Assess. 2012;8:Doc03.

346. Thacker HL. Assessing risks and benefits of nonhormonal treatments for vasomotor symptoms in perimenopausal and postmenopausal women. J Womens Health (Larchmt). 2011 Jul;20(7):1007-16.

347. Eden JA. Phytoestrogens for menopausal symptoms: a review. Maturitas. 2012 Jun;72(2):157-9.

348. Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J. Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD001395.

349. Soares CN, Arsenio H, Joffe H, Bankier B, Cassano P, Petrillo LF, Cohen LS. Escitalopram versus ethinyl estradiol and norethindrone acetate for symptomatic peri- and postmenopausal women: impact on depression, vasomotor symptoms, sleep, and quality of life. Menopause. 2006 Sep-Oct;13(5):780-6.

350. Aedo S, Cavada G, Campodonico I, Porcile A, Irribarra C. Sertraline improves the somatic and psychological symptoms of the climacteric syndrome. Climacteric. 2011 Oct;14(5):590-5.

351. Cheng RJ, Dupont C, Archer DF, Bao W, Racketa J, Constantine G, Pickar JH. Effect of desvenlafaxine on mood and climacteric symptoms in menopausal women with moderate to severe vasomotor symptoms.

352. Climacteric. 2013 Feb;16(1):17-27.

353. Archer DF, Dupont CM, Constantine GD, Pickar JH, Olivier S; Study 319 Investigators. Desvenlafaxine for the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial of efficacy and safety. Am J Obstet Gynecol. 2009 Mar;200(3):238.e1-238.e10.

354. Speroff L, Gass M, Constantine G, Olivier S; Study 315 Investigators. Efficacy and tolerability of desvenlafaxine succinate treatment for menopausal vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2008 Jan;111(1):77-87

355. Desmarais JE, Looper KJ. Managing menopausal symptoms and depression in tamoxifen users: implications of drug and medicinal interactions. Maturitas. 2010 Dec;67(4):296-308.

356. Aguirre W, Chedraui P, Mendoza J, Ruilova I. Gabapentin vs. low-dose transdermal estradiol for treating postmenopausal women with moderate to very severe hot flushes. Gynecol Endocrinol. 2010 May;26(5):333-7.

357. Guttuso T Jr. Effective and clinically meaningful non-hormonal hot flash therapies. Maturitas. 2012 May;72(1):6-12.

358. Beard MK. Atrophic vaginitis. Can it be prevented as well as treated? Postgrad Med. 1992 May 1;91(6):257-60.

359. Leiblum SR, Hayes RD, Wanser RA, Nelson JS. Vaginal dryness: a comparison of prevalence and interventions in 11 countries. J Sex Med. 2009 Sep;6(9):2425-33.

360. Stika CS. Atrophic vaginitis. Dermatol Ther. 2010 Sep-Oct;23(5):514-22.

361. Sturdee DW, Panay N; International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. Climacteric. 2010 Dec;13(6):509-22.

362. Dickson GM. Menopause management: how you can do better. J Fam Pract. 2012 Mar;61(3):138-45.

363. Palacios S. Managing urogenital atrophy. Maturitas. 2009 Aug 20;63(4):315-8.

364. Loprinzi CL, Wolf SL, Barton DL, Laack NN. Symptom management in premenopausal patients with breast cancer. Lancet Oncol. 2008 Oct;9(10):993-1001.

365. Ekin M, Yaşar L, Savan K, Temur M, Uhri M, Gencer I, Kıvanç E. The comparison of hyaluronic acid vaginal tablets with estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet. 2011 Mar;283(3):539-43.

366. Carter J, Goldfrank D, Schover LR. Simple strategies for vaginal health promotion in cancer survivors. J Sex Med. 2011 Feb;8(2):549-59.