

LA EXPERIENCIA CUBANA EN LA ATENCIÓN A LA MUJER DE EDAD MEDIANA

Leticia Artiles Visbal

Médica.Coordinadora Capítulo Cubano de la Red de Género y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

Profesora Titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. Grupo de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia.

INTRODUCCIÓN

Datos de investigaciones demográficas realizadas en Cuba han reportado en el 2001, 11,2 millones de habitantes y una esperanza de vida de 77 años. Tal condición demográfica acusa que un mayor número de mujeres alcanzan la edad mediana, entendiéndose como tal la comprendida entre los 40 y 59 años de edad. En el año 2000 existía una población de 933.286 mujeres de esta edad. Para el 2010 la edad media de ese grupo humano disminuirá de 51,8 a 51,3 para las cohortes de mujeres nacidas entre 1951 y 1965 y la tasa de crecimiento mayor se producirá en el grupo de 45 a 49 años, con una frecuencia del 5% anual. Las características de este grupo se sintetizan en que el 40,6% tienen enseñanza media, y el 5,6% enseñanza superior; que el 67,6% son casadas, 28% son viudas, divorciadas o separadas, y 4,7% permanecen solteras. El 38% son trabajadoras con remuneración y un 37% aparecen como cabezas de familia, en el núcleo censal, aunque están unidas o casadas(1).

Las cinco primeras causas de muerte son las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular, la neumonía y los accidentes (1).

Tal comportamiento poblacional requiere perentoriamente la visibilización del grupo de mujeres comprendidas en la edad mediana. En el proceso de ontogenia femenina, en este período de la vida se produce el tránsito de la fase reproductiva a la no reproductiva, conocido en la fisiología humana como **climaterio**; y dentro de éste, el cese de la función ovárica expresado fenomenológicamente en la amenorrea por doce meses ininterrumpidos, período denominado **menopausia**.

A pesar de la pequeña extensión geográfica de la mayor isla del Caribe, los procesos migratorios ancestrales se han reflejado en un mosaico de morfotipos raciales, según el color de la piel y los antecedentes raciales familiares, así como de costumbres alimentarias, que, aunque con ligeras variaciones, marcan un patrón étnico alimentario de interés.

El Sistema Nacional de Salud cubano se caracteriza por tener una cobertura completa, ser gratuito, con un enfoque priorizado a las atenciones de salud dirigidas a la promoción y prevención de la salud, lo que se expresa en un Modelo de Atención Primaria extendido a todo el país. Existen diversos tipos de Programas de Salud que garantizan el desarrollo de acciones tales como el Programa de Atención Materno Infantil, el Programa del Adulto Mayor, el Programa de Atención al Adulto, y otros. No existe un Programa de Salud específico para la atención de la salud de la mujer de edad mediana. El asunto se hace más compleja debido a que el Programa Materno Infantil incluye a las mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 49 años; el Programa del Adulto Mayor, incluye hombres y mujeres a partir de los 60 años. Las mujeres comprendidas

entre 40 y 59 años, que pueden ya presentar manifestaciones propias de los cambios fisiológicos del climaterio, quedan enmascaradas en el grupo del “contingente fértil”, y las comprendidas entre 50 y 59 años no están de manera específica comprendidas en ningún Programa de Salud. En las Estadísticas de Salud, este grupo poblacional tampoco es tratado de manera específica, lo que hace invisibles los procesos particulares que se producen en esta etapa de la vida de mujeres y hombres, pero a los efectos del presente trabajo, para las primeras(2).

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta han sido las condiciones sociales y económicas de la Isla, sometida durante más de cuarenta años a un bloqueo económico y financiero que ha limitado el acceso a determinadas tecnologías, productos farmacéuticos y otras innovaciones, por su alto costo o por no tener acceso a créditos o mercados específicos. Esto ha exigido una optimización del diagnóstico clínico, de la relación médico paciente, y de las capacidades tecnológicas y cognoscitivas de los profesionales de la salud.

La tendencia al incremento del grupo poblacional de mujeres comprendidas en la edad mediana, las características del Sistema de Salud y la demanda poblacional de atención en las consultas de ginecología en distintas regiones del país favorecieron que al inicio de la década de los 90, en el seno de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia se creara el Grupo de Climaterio y Menopausia, que se comenzaron a desarrollar investigaciones, capacitación de los recursos humanos y un perfeccionamiento sostenido de los servicios de Asistencia, que derivó en el diseño, evaluación e implantación del Modelo de Atención a la Mujer Climatérica (MACLI) que hoy es aplicado en todo el país. A socializar los resultados de las investigaciones, de la capacitación y de la práctica cotidiana de esta concepción y práctica se dirige la presente información.

LA EXPERIENCIA DIARIA

Cuando se comenzaron los estudios, integrados por un equipo multidisciplinario básico formado por una médica, especialista en Ginecología, otra especialista en Endocrinología y una tercera, autora de este trabajo, Antropóloga, el escenario que reclamaba atención se situaba en dar respuesta al servicio de atención médica, centrando los procesos en los cambios biológicos propios de esta etapa, en síntomas declarados o en indagar sobre los procesos que de una manera u otra se involucraban en la percepción del denominado “síndrome climatérico”, en la medicación, sobre todo en los denominados Tratamientos Hormonales, en sus diferentes presentaciones, en boga por la época. Sin embargo, sosteníamos la hipótesis de que había una serie de influencias que ejercía el entorno inmediato (familia, pareja, trabajo, comunidad) sobre los procesos biológicos que no eran considerados de forma consciente por los profesionales de la salud para el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas, entre otros.

La multidisciplinariedad del equipo de trabajo permitió un enfoque holístico donde se integraban los factores sociales, biológicos y clínicos en el diagnóstico y la terapéutica, lo que favoreció el diseño de un modelo de atención para atender el climaterio y la menopausia y se puso en práctica el Hospital de Referencia Nacional de Ginecología y Obstetricia “Ramón González Coro” de la Ciudad de La Habana (3).

La innovación tecnológica del Modelo de Atención a la Mujer Climatérica consistió en la introducción de lo que se denominó “Diagnóstico Médico Social”, que añadía en la

anamnesis, además del motivo de consulta, la historia reproductiva, antecedentes patológicos familiares y personales, unas preguntas en profundidad relacionadas con: descripción de los convivientes, calidad de las dinámicas familiares, de pareja, de las relaciones laborales, de la responsabilidad en el trabajo doméstico. Con tal información, integrada al resto de la historia clínica, se procede a un diagnóstico presuntivo en tres direcciones básicas: predominio de los procesos biológicos, predominio de procesos asociados con la salud mental o disfunciones en los procesos sociales de relación.



Este proceso favoreció el que los profesionales tomaran en cuenta los factores sociales como criterios para el diagnóstico, se incluyera la participación de la mujer en la toma de decisiones, y se ampliara el perfil en la orientación terapéutica.

Al analizar resultados de diferentes estudios, se pudo comprobar que en Cuba la edad de menopausia natural está entre los 47 y 48 años, que entre un 50 y un 65% de las mujeres presentan síntomas vasomotores, fundamentalmente calores y sudores; en menor proporción, cefaleas, taquicardias y parestesias; que entre un 30 y un 40% perciben trastornos de la esfera emotiva; síntomas genitourinarios entre un 20 y un 30%, esencialmente sequedad vaginal y dispareunia; y de la esfera sexual, fundamentalmente disminución de la libido y anorgasmia entre un 18 y un 20%. Las frecuencias tan bajas en las categorías de síntomas genitourinarios y sexuales son esencialmente debidas a que el grupo poblacional estudiado es comprendido sólo hasta los 59 años, lo que se corresponde, acorde con el promedio de edad de menopausia que hemos referido, con la etapa de postmenopausia temprana, etapa en la cual los efectos del deterioro del aparato genitourinario es menos perceptible.

En una investigación realizada, donde indagábamos la contribución de factores como la raza¹, la alimentación y el entorno geográfico, pudimos acumular evidencias en el sentido de que las mujeres de edad mediana del área rural percibían menos síntomas climatéricos que las de las ciudades, que las mujeres de ascendencia mongoloide presentaban menos síntomas que las negroides, y que las europoides, en este orden; y que, correspondientemente, las mujeres con ascendencia mongoloide comían alimentos donde predominaban los vegetales, los alimentos hervidos, el consumo de pescado, mientras que en las negroides prevalecía la carne de cerdo, las comidas grasas y menor consumo de vegetales, las europoides se mantenían en un nivel intermedio (4). Estos resultados también orientaron el conocimiento acerca de la contribución de factores sociales sobre los síntomas climatéricos, que ya habían sido señalados por Avis y colaboradores (5).

Al analizar la relación entre los factores sociales y la percepción de síntomas climatéricos se pudo comprobar que la mayoría de los problemas que se identificaron en el discurso de las mujeres estuvieron vinculados con desigualdades generadas por el condicionamiento de género²: representación del ser madre-esposa, del desempeño de roles reproductivos/productivos que garantizan el bienestar de toda la familia; dentro de ésta, el rol de cuidadora, sobre todo de personas ancianas, que se asoció con la percepción de “estar siempre presente”, “sentimientos de ambivalencia”, “culpa”, “frustración del proyecto de vida”; el cuidado de hijos/hijas, a partir de una extensión temporal del cuidado hasta que llegan a la edad adulta, a lo que hemos denominado “maternaje extendido”; por otra parte, el papel de mediadora, constituyendo las mujeres de esta edad el centro del equilibrio de las familias, cuyas acciones se ven afectadas por la existencia de una contraposición de patrones culturales diferentes entre diversas generaciones, lo que resulta más complejo en familias extensas, la percepción, en algunos casos, de violencia doméstica, predominando la psicológica respecto a la física (6).

Con referencia a la dinámica de pareja, con frecuencia la disfunción de la relación se “somatizó” como disminución de la libido; al profundizar por la forma en que se padecía el síntoma, se pudo identificar una inadecuada historia de pareja, un modelo masculino de la relación, matrimonios funcionales, relaciones “soportadas” de displacer en la relación sexual, entre otros.

Es interesante mencionar que los roles comunitarios no fueron identificados como condicionantes de malestar; ello parece estar indicado por haber sido incorporados, por el carácter de los mismos en Cuba, como parte del proceso cotidiano de la vida (6).

¹ El morfotipo racial se clasificó a partir de 10 características somatoscópicas: color de la piel, forma de la nariz, aperturas piriformes, forma de los labios, prognatismo facial, vellosidad corporal, color de los ojos, antecedente racial familiar, forma y color del cabello.

² El **género** es una construcción simbólica que reside en identificar las expectativas y valores que una cultura concreta asocia al hecho de ser mujer u hombre, al carácter y calidad de las relaciones que se establecen entre los mismos y se puede definir como el conjunto de asignaciones culturales que diferencia a los hombres de las mujeres, los articula dentro de relaciones de poder frente a los recursos y se expresa en el desempeño de roles y en el modo de actuación social en los espacios donde se genera la continuidad cultural.

En general, los factores sociales vinculados con síntomas climatéricos de la esfera emotiva y con estados de estrés que favorecen los síntomas vasomotores, correspondieron directa o indirectamente con el mantenimiento sostenido de relaciones subordinadas de género, que se expresan en estados de malestar y se somatizan como síntomas climatéricos (6).

La insatisfacción laboral fue otros de los elementos referidos relacionados con molestias del climaterio, y las causas estuvieron fundamentalmente asociadas con ajustes en su vida personal o en su esfera de trabajo por decisión propia o por dar respuesta a las necesidades de otros: jefes/as, esposo, hijos/as, padres/madres; a cambios de puesto de trabajo por razones personales, sobre todo del “cuidado de otros”, o por reubicaciones profesionales propiciadas por las gerencias sin tener en cuenta los intereses propios, y porque en muchas ocasiones los consideran puestos “desvalorizados”, lo que se involucra como percepción de frustración, y aparece como soporte de algunos síntomas climatéricos (6).

Las mujeres que refirieron alta autoestima, seguridad y satisfacción personal presentaron menos síntomas climatéricos que la que no presentaron tal condición (6). Otras causas fueron referidas en muy baja proporción, en la mayoría de los casos en que se refirieron otros síntomas, estos estaban asociados con la necesidad de vivienda y con la carestía de la vida cotidiana propias de un país en crisis económica. Finalmente, estas dificultades se manifestaron en las propias responsabilidades que asumen las mujeres en el desempeño de los roles(6).

La interpretación de la posible asociación entre los roles de género y la presencia o no de los síntomas climatéricos se comportó según los resultados que se exponen en la tabla 1.

En el desempeño de los roles, las disfunciones en la dinámica familiar y en la dinámica de pareja incrementan en más dos veces el riesgo de que la mujer padezca síntomas climatéricos. Con la excepción de la doble jornada y el trabajo remunerado en todos los roles de género, así como de a la insatisfacción personal (tablas 1 y 2), se asocian valores del OR superiores a 2; si bien sólo las dinámicas familiar y de pareja alcanzan la significación estadística, todos los OR puntuales son superiores a 1, de acuerdo con las expectativas.

TABLA 1
CONTRIBUCIÓN DE LOS ROLES DE GÉNERO EN EL PADECER EL
SÍNDROME CLIMATÉRICO

	OR	IC	X ²	p
Rol Reproductivo				
Dinámica familiar	2,61	1,12 – 6,09	5,15	0,02*
Dinámica pareja	2,5	1,01 – 6,37	3,94	0,04*
Recarga tareas domésticas	2,34	0,93 – 5,88	3,14	0,07
Doble jornada	1,30	0,54 – 3,12	0,18	0,67
Rol productivo				
Trabajo remunerado	1,25	0,47 – 3,24	0,07	0,79
Insatisfacción Laboral	2,48	0,62 – 11,50	1,99	0,15

TABLA 2
CONTRIBUCIÓN DE PADECER SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS POR
INSATISFACCIÓN PERSONAL

	OR	IC	X ²	p
Insatisfacción Personal	2,24	0,96 – 5,32	3,39	0,06

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados con la puesta en práctica del Modelo de Atención a la Mujer Climatérica (MACLI), que han sido reportados en diferentes escenarios del sistema de Salud, atención primaria, secundaria, y terciaria, a partir de la profundización en el interrogatorio de las mujeres ha permitido acumular evidencia en dirección a que la cultura interviene de manera determinante en la percepción de la salud y de la enfermedad, a partir de sus atributos: forma y capacidad de pensar de las personas, organización social y familiar, lenguaje y ambiente geográfico, lo que se expresa para los diferentes grupos sociales en la forma de crear y de hacer (lo material) y en las creencias, ideas, conocimientos, ideologías, y filosofías para asumir el proceso de una u otra manera (lo espiritual).

La interacción dinámica entre los procesos biológicos y ambientales y la indudable mayor vulnerabilidad de algunas mujeres ante los cambios del entorno se corresponden con una mayor intensidad en la percepción de los síntomas climatéricos y de las limitaciones que éstos implican para la vida cotidiana de algunas mujeres.

Tal resultado concuerda con la descripción de las categorías padecer y enfermar del modelo de Vargas y Casillas (7). Es conocido que mujeres con iguales síntomas padecen el climaterio de diferente forma: para unas representa una limitación seria de actividades cotidianas, para otras es un malestar que se sobrelleva y que enfrentan con buen ánimo.

La diferente vulnerabilidad de las mujeres ante los problemas de salud, en particular los relacionados con el climaterio, está condicionada por su propia historia, por su conocimiento de los procesos relacionados con el climaterio, por su historia personal de vida, por su satisfacción personal y por el tipo y forma de las relaciones humanas en su entorno inmediato, que son mediadores, entre los determinantes que los condicionan y la percepción del padecimiento o de la enfermedad a escala individual.

La relación entre el entorno (condiciones de vida) y la aparición de problemas de salud no puede ser comprendida adecuadamente si se soslaya el carácter activo del ser humano y la producción de su actividad dentro de un conjunto específico de relaciones (8). Pérez Lovelle (9) ha indicado que la causalidad de la salud y la enfermedad requiere una aproximación que supere el esquema de un ser humano pasivo que recibe influjos de un medio ambiente inestructurado.

Los cambios biológicos que se producen durante el climaterio, no del todo conocidos³, unidos con la función social que juegan las mujeres climatéricas en su microsistema familiar y laboral caracterizado esencialmente por el desempeño de múltiples roles, la calidad y el nivel de compromiso con que lo hacen, la desigualdad en el acceso y control de los recursos, la invisibilidad de sus tiempos, a lo que se adiciona la inadecuada asimilación cultural del envejecimiento, hacen que las mujeres de edad mediana constituyan un grupo altamente vulnerable en términos de salud y como tal debe ser incorporado en programas específicos de atención de salud y de otros ámbitos de actuación.

Consideraciones finales

La aplicación del MACLI como vía para elevar la calidad de la atención a la mujer de edad mediana, a partir de implantar en los servicios asistenciales un manejo integrado de los factores biológicos y sociales y sobre todo, el introducir la perspectiva de género entre otros determinantes sociales, como elemento sustantivo en la frecuencia con que se somatizan como síntomas climatéricos, constituye una experiencia que puede ser difundida en la práctica médica, tanto para el diagnóstico como para la toma de decisiones terapéuticas.

Las formas en que se refirieron los síntomas climatéricos sugieren una importante contribución de los factores culturales en la forma de expresarse, lo que se relaciona con los símbolos, representaciones y asignaciones que se legalizan en el proceso de socialización de cada cultura. Estas relaciones culturales y sociales no son manejadas integralmente por los/as profesionales de la salud.

El sustento del modelo y de los resultados que se exponen apuestan por la idea, de la necesaria **desmedicalización del climaterio**, de construir un nuevo escenario para la medicación, cuando sea imprescindible dirigida a la orientación de cambios en el estilo de vida: cese de adicciones como tabaco y alcohol, promover la práctica sostenida de ejercicios físicos y de alimentación sana, aumentar el uso de los tratamientos naturales, tomando en cuenta sus beneficios y riesgos y recomendar el uso de tratamientos

³ La enorme proliferación de bibliografía sobre la menopausia encubre la absoluta ignorancia respecto a que ocurre realmente en ese momento. Nadie sabe por qué se interrumpe la ovulación y ni siquiera cuándo se interrumpe, ni qué síntomas están asociados a este hecho y no al envejecimiento, ni tampoco si es más llevadera una menopausia prematura o una tardía. Nada relacionado con la menopausia puede predecirse con certeza, no se han aislado factores de riesgo, no pueden sugerirse posibles medidas preventivas. El síndrome climatérico se amplía con nuevos síntomas cada año, a la vez que se eliminan otros. La melancolía involutiva ha desaparecido de la lista y a ella se ha sumado el desarreglo autógeno. En todos los ámbitos y en todas las terapias se registra un elevado, y a veces predominante, efecto placebo. Todos los resultados experimentales se ven desvirtuados por la multiplicidad de los síntomas y el carácter autolimitativo del fenómeno. (10)

farmacológicos no hormonales y hormonales sólo cuando sean necesarios acorde con las características clínicas de la mujer.

Por otra parte, es importante fomentar una cultura entre los profesionales de la salud dirigida a fomentar una relación médico/a-paciente donde la mujer participe activamente en la toma de decisiones.

El aporte tecnológico y social más importante del modelo, que puede ser incorporado por diferentes profesionales, sobre todo los que ejercitan su función en la atención primaria, es el referido a lo que he denominado **procesos orientadores para corregir los procesos de la vida cotidiana**. En este punto se concentra el uso de vías destinadas a desarrollar las capacidades de la mujer para incrementar su autoestima, la identificación de los procesos involucrados en su vida cotidiana y la contribución de los mismos sobre los malestares que refiere, crearles una plataforma para el “empoderamiento” y, consecuentemente para la toma de decisiones.

La aplicación de este modelo integral de los factores biológicos y culturales con el fin de perfeccionar el sistema de salud y la calidad en la prestación, donde la mujer sea participe en la construcción del conocimiento acerca de esta etapa de la vida y en la toma de decisiones referida al manejo de su cuerpo, contribuye al perfeccionamiento del Sistema de Salud y a la percepción de los profesionales de la salud y de la propia mujer, que se expresa en la frase dicha por una de ellas: “Cuando asistí a su consulta me sentí algo más que un útero, me sentí un ser humano”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso JC. Características sociodemográficas de las mujeres de edad mediana. Oficina Nacional de Estadísticas. Ciudad de La Habana, Cuba, 2001.
2. MINSAP. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. 2001.
3. Manzano Ovies BR, Artiles Visbal L. Modelo de Atención a la Mujer Climatérica.
4. Artiles L, Manzano BR, Navarro D, Lugones M, Espinosa J, Ortega L. Ambiente, persona, sociedad y cultura. Elementos para un manejo humano e integral del climaterio. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. www.guate.net/revcog. vol.10, no. 3.sept-dic.2000.
5. Avis EN, Ksugrty P, Lock M, Mckinlay S, Vass K. The evolution of menopausal symptoms in Baillierels Clinical. Endocrinology and Metabolism. 1988.
6. Artiles Visbal L. Contribución de los roles de género en la determinación del síndrome climatérico. Tesis para obtener el Grado de Doctora en Ciencias de la Salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Octubre 2001.
7. Vargas LA y Casillas LE. Perspectiva Antropológica de la participación comunitaria para la promoción de la salud. Vargas LA y Casillas L. Conferencia presentada en el Primer Coloquio Nacional de Antropología y Psicología de la Dirección Nacional de Etnología y antropología social del Instituto Nacional de Antropología e Historia. México: 27 Septiembre al 1 de Octubre. 1999.
8. Morales Calatayud F. Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. Editorial Científico Técnica. 1999.
9. Pérez Lovelle R. La psiquis de vida en la tercera edad. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad 1992. La Habana. Cuba.
10. Greer G. El cambio. Mujeres, vejez y menopausia .Editorial Anagrama. S.A.

Barcelona. España. 1993.