

Calidad de vida de la mujer menopáusica

Dr. José Moreno Isturiz.¹

¹Especialista en Ginecología y Obstetricia Maternidad Concepción Palacios. Unidad de Menopausia y Osteoporosis Clínica Ávila. Coordinador de actividades científicas e investigación SOVEMO.

CONTENIDO:

1. Introducción
2. Recomendaciones de la *International Menopause Society*
3. Modificaciones del peso y alimentación
4. Actividad física
5. Sociabilidad
6. Conclusiones

1. Introducción

El concepto de calidad de vida (CV) es muy amplio puesto que abarca diferentes ámbitos del ser humano. En el campo de la salud individual incluye aspectos físicos, emocionales, intelectuales, sociales, espirituales, holísticos, físicos y psíquicos, en fin, estilo de vida, donde impera el sentimiento de la paciente y la orientación médica de su tratante.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definición de calidad de vida es la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y de sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (1).

Es importante señalar que la calidad de vida es diferente según los grados culturales, el ambiente, las épocas y la percepción personal sobre lo que cada quien considera como felicidad y satisfacción de vivir. Asimismo, abarca las percepciones y sentimientos de la persona con respecto a su pasado, presente y expectativas hacia el futuro.

La menopausia es un evento fisiológico en el ciclo vital femenino, pero no es un evento aislado, sino que está acompañado por un conjunto de cambios de diversos tipos: físicos, psicológicos, sociales; en esta etapa las mujeres deben enfrentar el alejamiento de los hijos (síndrome del nido vacío) sea por estudios o por la formación de nuevas familias o, a veces, de nido muy lleno, con la vuelta de los hijos acompañado de los

nietos; enfrentarse a la posibilidad de dejar de trabajar, jubilarse. Existen cambios en el rol y posición de la mujer en el transcurso de esta etapa, así como cambios en creencias, valores y oportunidades que debe asumir ella en esta etapa de la vida.

De esta manera, la menopausia es para algunas mujeres un momento de plenitud personal y para otras un reto, lo que implica un esfuerzo adicional y la necesidad de apoyo en su entorno familiar y social (2).

Según las estadísticas sanitarias mundiales, las personas están viviendo más años en todo el mundo. Según la OMS, la expectativa de vida actual para Latinoamérica es de 76 años (3).

La percepción de los síntomas menopaúsicos se relaciona con la condición sociocultural, psicológica y biológica de las mujeres. La combinación de factores biológicos y socioculturales, determina la naturaleza de la menopausia en la mujer latinoamericana (4).

La severidad de los síntomas menopaúsicos, en especial los derivados del sistema nervioso, es muy diferente en relación a la clase social y ocupacional de la mujer. La mujer sin profesión, de un estrato socioeconómico más alto, presenta, por ejemplo, más síntomas, que la profesional, que encuentra sentido de pertenencia en su trabajo, para su subsistencia y no solo centrado en su grupo familiar (5).

El impacto que tiene el climaterio y la menopausia en la calidad de vida, es atribuido a la sintomatología asociada a los síntomas vasomotores y palpitaciones, que provocan, en algunas mujeres, grandes molestias diurnas e interrumpen el sueño en la noche. Estos síntomas pueden persistir hasta por 5 años en más de la mitad de las mujeres y en muchas de ellas pueden desaparecer con el tiempo (6).

Los síntomas urogenitales son consecuencia de los cambios atróficos desencadenados por el déficit estrogénico, donde su progresión puede deteriorar la calidad de vida, interfiriendo con las actividades cotidianas y los eventos sociales y también pueden repercutir en la esfera psicosexual (7).

Muchas mujeres (y hombres) manifiestan alteraciones psicosomáticas durante esta etapa de madurez. Sin embargo, la menopausia *per se*, no tendría un efecto deletéreo en la salud mental y estos trastornos se vinculan más a factores psicosociales y su relación directa con la caída estrogénica es poco probable. Entre ellos tenemos: nerviosismo, fatiga, cefalea, insomnio, depresión, irritabilidad, artralgias, mialgias y mareos (8).

La disminución de los esteroides ováricos influye en la patogenia de las enfermedades más incapacitantes e invalidantes de la mujer de mediana edad, como la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular y el Alzheimer, donde hay influencia de otros factores como aspectos genéticos y del propio envejecimiento (9).

Por todo esto, se debe, como médicos, conocer la realidad de cómo la paciente se ve en esta etapa de su vida, cómo está su entorno social, cómo se siente frente a la sociedad, cómo la ve su pareja y cómo ella ve a su pareja. Cómo están sus relaciones con su familia, amistades, trabajo, en fin, cómo realmente ella afronta esta etapa de la vida.

Por ende, la relación médico paciente es fundamental, debe existir una atmósfera de confianza y confidencialidad como base de esta relación.

Es importante, para evitar el uso excesivo de medicamentos, identificar las percepciones subjetivas y actitudes de la mujer hacia su salud y su envejecimiento.

2. Recomendaciones de la *International Menopause Society*

La *International Menopause Society* (IMS) señala, en sus recomendaciones de 2016, lo siguiente: La opción de usar terapia hormonal en la menopausia (THM) debe ser parte de una estrategia general, incluyendo recomendaciones sobre el estilo de vida y la dieta, el ejercicio, cese del tabaquismo, y consumo de cantidades seguras de alcohol, para mantener la salud de la mujer durante la peri- y posmenopausia (10).

En este amplio espectro de situaciones y posibilidades

que conforman el vivir, la salud reviste un acento muy especial. En este sentido, se ha determinado que los diferentes aspectos de lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL, *health related quality of life*), corresponden a la presencia de síntomas, actividad diaria, estabilidad emocional, funcionamiento social y satisfacción general con la vida.

Existen instrumentos diseñados para medir HRQOL, tales como el SF-36, Calidad y Función Sexual de Heineman, el cuestionario para medir el Impacto de la Menopausia sobre la Calidad de Vida, y la Escala Cervantes. No debe olvidarse que los cuestionarios de CV no deben sustituir a las evaluaciones sintomáticas, analíticas o morfológicas, por el contrario, ser un complemento que permita introducir algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de salud (11).

Sin embargo, lo más importante, es el tiempo que los médicos se tomen con la paciente para realmente entender cómo se siente ella en esta etapa de la vida y cómo, modificando el estilo y pensamiento del día a día, asociado, si es necesario, a una terapia hormonal menopáusica (THM), mejorar su bienestar y prevenir complicaciones a futuro.

También es importante considerar que las mujeres que reciben una mejor atención al momento de enfrentarse al diagnóstico, con un equipo profesional que resuelve sus dudas e informa de acuerdo a sus inquietudes, demuestran sentirse más seguras y apoyadas en esta experiencia, lo que revela mejores índices de CV en relación a las pacientes que no reciben este tipo de atención (12).

De esta forma, al evaluar la calidad de vida en todas sus dimensiones, se puede tener idea del impacto de la menopausia en el bienestar de la mujer, y así determinar los beneficios del tratamiento indicado como complemento. Para esto, la IMS, en sus recomendaciones de 2016, señala una serie de puntos (10):

- Se recomienda el ejercicio regular para reducir la mortalidad general y cardiovascular.
- La recomendación óptima de ejercicio es de al menos 150 minutos de ejercicio de intensidad

moderada por semana. Dos sesiones semanales adicionales de ejercicios de resistencia pueden proporcionar beneficio adicional.

- La intensidad recomendada de actividad aeróbica debe tener en cuenta la capacidad de la persona mayor.
- La pérdida de peso de solo el 5 % – 10 % es suficiente para mejorar muchas de los problemas asociados con el síndrome de resistencia a la insulina.
- Los componentes básicos de una dieta saludable son varias raciones/día de frutas y verduras, fibras de legumbres, pescado dos veces por semana, y baja grasa total (pero se recomienda el uso de aceite de oliva). El consumo de sal debe ser limitado y la cantidad diaria de alcohol no debe exceder de 30 g para el hombre y 20 g para la mujer.
- Se debe evitar fumar.
- Las modificaciones de estilo de vida incluyen mantener relaciones sociales, y ser física y mentalmente activa

3. Modificaciones del peso y alimentación

El aumento de peso es común en las mujeres mayores, especialmente durante la transición menopáusica. En promedio, las mujeres aumentan alrededor de 0,7 kg por año durante la quinta y sexta décadas de la vida, independientemente del tamaño inicial de su cuerpo o su raza/etnia. En EE. UU., casi dos tercios de las mujeres de 40 a 59 años y alrededor de las tres cuartas partes de las mujeres de ≥ 60 años tienen sobrepeso, es decir, un índice de masa corporal (IMC: el peso en kg dividido entre la altura en m²) >25 kg/m² (13).

Por otra parte, casi la mitad de las mujeres de estos grupos etarios son obesas (IMC ≥ 30 kg/m²). Las mujeres posmenopáusicas también experimentan cambios en la distribución de la grasa corporal, con mayor tendencia a la distribución central de grasa (patrón androide) en comparación con las mujeres premenopáusicas de la misma edad e IMC, que tienen una distribución ginecoide de la grasa (parte inferior del cuerpo).

La obesidad y el aumento de la grasa corporal central, particularmente la grasa visceral, se asocian con consecuencias metabólicas adversas y mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, que es la causa principal de muerte en mujeres posmenopáusicas. Las mujeres obesas de mediana edad, también tienen más probabilidades de sufrir oleadas de calor severas más frecuentes y/o síntomas de disfunción sexual.

Además del envejecimiento, las mujeres de mediana edad están expuestas a varias influencias particulares y potencialmente interrelacionadas que promueven el aumento de peso. Estas influencias son la privación de estrógenos y los trastornos del estado de ánimo y del sueño, entre otros. Para el control del peso en las mujeres de mediana edad, estos factores deben ser identificados y abordados ofreciendo recomendaciones sobre modificaciones del estilo de vida (14).

El envejecimiento se ha asociado con el aumento de peso en ambos sexos, y en las mujeres de mediana edad existe controversia sobre las contribuciones relativas del envejecimiento vs. la menopausia. Sin embargo, la mayor parte de la literatura existente apoya la teoría de que el aumento de peso en mujeres de mediana edad se debe al envejecimiento y los cambios del estilo de vida, y que la menopausia per se no da lugar al aumento de peso después del ajuste por el envejecimiento. Aunque la privación del estrógeno después de la menopausia aumenta la grasa corporal total, también disminuye la masa corporal magra, de manera que el efecto neto de la menopausia sola sobre la ganancia de peso es escaso.

Las mujeres tienden a aumentar de peso con la edad, independientemente del estado menopáusico; este aumento de peso es el resultado de cambios fisiopatológicos del envejecimiento y del estilo de vida. El envejecimiento se acompaña de la disminución de la masa corporal magra, lo que disminuye la tasa metabólica en reposo. El envejecimiento también se relaciona con una disminución de la actividad física, que puede ser sutil y, por lo tanto, no percibida fácilmente por el individuo (15).

La disminución de la actividad física coincide con la disminución de la masa corporal magra. En estudios de gemelas, el factor ambiental que más afectó el peso fue la actividad física. En un estudio realizado en mujeres

de 50 a 64 años, solo alrededor de la mitad informó practicar actividad física, y solo la cuarta parte informó actividad física de alta intensidad. El envejecimiento puede resultar en una disminución tanto del gasto energético basal como del total y, a menos que la mujer ajuste su ingesta calórica y/o aumente conscientemente su nivel de actividad física, el resultado del balance energético será la ganancia de peso (16).

La alteración del sueño también contribuye al aumento de peso en las mujeres de mediana edad. Entre varios contribuyentes potenciales a las alteraciones del sueño en mujeres de mediana edad se encuentran los síntomas vasomotores nocturnos (sudor nocturno), trastornos del humor, apnea obstructiva del sueño y el efecto directo de la hipoestrogenemia.

La privación crónica del sueño puede aumentar la fatiga diurna y disminuir la actividad física. Los cambios del estado de ánimo que afectan a la cuarta parte de las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas también pueden interferir con la adopción de hábitos de vida saludables y contribuir al aumento de peso.

Aunque la menopausia en sí no parece influir sustancialmente en el aumento de peso, la distribución de la grasa central, un efecto que persiste después del ajuste por el envejecimiento, la masa grasa corporal y el nivel de actividad física, aumentan la grasa corporal central en forma independiente (13).

En otras palabras, en las mujeres de edad e IMC comparables, las mujeres posmenopáusicas tienden a tener mayor porcentaje de grasa corporal con distribución central en comparación con las mujeres premenopáusicas. De hecho, los depósitos de grasa visceral pueden aumentar hasta 15 % a 20 % la grasa corporal total en comparación con 5 % a 8 % en el estado premenopáusico (13).

Las mujeres posmenopáusicas obesas tienen mayor riesgo de mortalidad global. Las que tienen un IMC >29 kg/m² tienen 4 veces más riesgo de muertes cardiovasculares (13).

La obesidad aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud metabólica, particularmente si hay un aumento de la grasa visceral, incluyendo la

disglucemia o la diabetes mellitus tipo 2 manifiesta, la dislipidemia y la hipertensión. La obesidad también aumenta el riesgo de ciertos cánceres como el cáncer de mama y el de útero.

Las mujeres con sobrepeso u obesidad también tienden a tener oleadas de calor más graves o más frecuentes durante la transición menopáusica, y tienden a reportar estos síntomas más a menudo que sus pares de peso normal. La pérdida de peso se asocia con la mejoría de los síntomas vasomotores (16). En mujeres posmenopáusicas, el alto IMC y obesidad abdominal son fuentes de disturbios del sueño, disminución de sueño profundo y dormir adecuadamente, aumentando el riesgo de apnea obstructiva del sueño y alterando su calidad de vida. Por eso, además de las recomendaciones dietéticas, se recomienda dormir por lo menos de 6 a 8 horas seguidas. Otros estudios agregan una siesta de 30 minutos al día (17).

Desde un punto de vista psicosocial, el aumento de peso en la mitad de la vida puede afectar adversamente la salud emocional, la autoimagen y las relaciones íntimas de pareja. Cualesquiera de estos factores, solos o combinados, pueden contribuir a la disfunción sexual.

Los clínicos que atienden a mujeres posmenopáusicas deben estar atentos a la presencia de obesidad y ofrecer un manejo adecuado del peso asesorando a las mujeres que experimentan un aumento del IMC, incluso cuando no se trate de la consulta específica de la paciente. La aplicación de un programa para el control del peso ideal es una intervención conductual multicomponente que incluye cambios en los hábitos alimenticios, actividad física y apoyo psicológico.

A pesar de que los servicios especializados no están disponibles para muchos pacientes, las intervenciones para adelgazar se ejecutan mejor con un enfoque de equipo multidisciplinario, con la participación de médicos, psicólogos conductistas, nutricionistas, especialistas en ejercicios y entrenadores del estilo de vida. Para bajar de peso también pueden ser apropiados los medicamentos, la cirugía bariátrica y las terapias bariátricas endoscópicas.

Se deben evaluar los obstáculos médicos para

implementar los cambios en el estilo de vida, como las artalgias, la apnea obstructiva del sueño no reconocida o los medicamentos que afectan el peso. Los cambios en el estilo de vida son un viaje para toda la vida y no una estrategia a corto plazo.

Los médicos desempeñan un papel fundamental en la educación apropiada, el estímulo, el apoyo y la fijación de objetivos realistas para evitar decepciones. Se espera que el resultado de una intervención intensiva en el estilo de vida se traduzca en una pérdida promedio de peso de aproximadamente 6 % a 8 % en 6 a 12 meses; la pérdida de peso ≥ 5 % se considera clínicamente significativa.

Cuando no existen complicaciones metabólicas asociadas, la dieta en la menopausia, se suscribe como una alimentación suficiente y equilibrada en función de la edad, talla, clima y actividad física (18).

Es fundamental en esta etapa de riesgo metabólico, disminuir progresivamente el aporte de calorías diarias, aumentar el aporte de calcio y limitar el aporte de grasas saturadas debido a que está demostrado que empeoran la resistencia a la insulina por un fenómeno de regulación descendente del receptor de insulina y los efectos conocidos sobre el receptor LDL (19).

Igualmente hay relación entre lo que se ingiere y la salud mental o declive cognitivo que deteriora la calidad de vida en las mujeres. El consumo de, aproximadamente, 1 porción por día de verduras de hoja verde y alimentos ricos en luteína, nitrato, ácido fólico, α -tocoferol, puede ayudar a retardar el declive cognitivo que ocurre con el envejecimiento (20).

La mayoría de los escasos estudios sobre este tema concuerdan en que hay que aumentar el consumo de frutas, lácteos descremados y si es posible deslactosados, mejorar la variedad de alimentos y disminuir la cantidad de azúcar y sal, indicando la necesidad de intervención profesional (21).

Las recomendaciones dietéticas deben realizarse respetando lo más posible los hábitos alimentarios y especialmente los hábitos regionales (22).

Las guías de obesidad del *American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice* y la guía de la *Obesity Society* recomiendan un déficit calórico diario de 500 a 750 kcal, lo que se traduce en una ingesta calórica de 1200 a 1500 kcal/día para la mayoría de las mujeres y se espera que provoque una pérdida de peso promedio de 0,5 a 0,75 kg/semana (23).

4. Actividad física

Para mantener un correcto estado de salud y reducir las complicaciones asociadas a la menopausia, además de llevar a cabo una dieta adecuada y sana, cuyos aspectos más destacados se han comentado, resulta necesario mantener o incorporar a la vida diaria una serie de estilos de vida considerados también como saludables. Por ejemplo, la práctica diaria de ejercicio físico. Las recomendaciones actuales a este respecto formuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que establecen la mayoría de los países occidentales, son las de realizar al menos 30 minutos de paseo diario para cualquier grupo poblacional.

A nivel de esta etapa de la vida se recomienda: ejercicio aeróbico moderado durante un mínimo de 30 minutos, 5 días por semana, o ejercicio intenso durante un mínimo de 20 minutos, 3 días por semana. Se recomienda añadir un mínimo de 2 días no consecutivos cada semana para practicar 8-10 ejercicios que desarrollen la fuerza de la mayor parte de grupos musculares (brazos, hombros, tórax, abdomen, espalda, caderas y piernas), con 10-15 repeticiones de cada ejercicio. También es recomendable dedicar 2 sesiones de 10 minutos a la semana para realizar 8-10 ejercicios que mantengan la flexibilidad de la mayor parte de grupos de músculos y tendones. El ejercicio físico puede comportar lesiones del aparato locomotor y un riesgo cardiovascular, pero el beneficio supera al riesgo (24).

En esta etapa de la vida hay que mantener masa muscular, evitando así la sarcopenia, y la pérdida de fortaleza muscular que puede degenerar en pérdida de equilibrio con consecuencias posteriores.

Los ejercicios de resistencia son beneficiosos porque mejoran la masa corporal magra, aumentando así la tasa

metabólica basal y el gasto energético. Independiente de su efecto sobre la pérdida de peso, los ejercicios de resistencia mejoran la composición corporal disminuyendo la grasa abdominal y preservando la masa corporal magra. Además, la actividad física, en general, ayuda a mejorar los problemas relacionados con el peso, incluso en ausencia de pérdida real de peso. Por ejemplo, el ejercicio regular mejora la sensibilidad a la insulina y el control de la glucemia, disminuye el colesterol y la presión arterial, así como las muertes por enfermedades cardiovasculares y por todas las causas (25).

La fatiga y el stress que se pueden presentar en esta etapa de la vida, pueden generar disminución de la calidad de vida y por ello se deben evaluar. El yoga practicado diariamente durante 30 minutos, reduce los síntomas menopáusicos totales (SMD = -1,05; 95 % CI -1,57 a -0,53), psicológicos (SMD = -0,75; 95 % CI -1,17 a -0,34), somáticos (SMD = -0,65; 95 % CI -1,05 a -0,25), vasomotores (SMD = -0,76; 95 % CI -1,27 a -0,25) y síntomas urogenitales (SMD = -0,53; 95 % CI -0,81 a -0,25) (26).

Una buena calidad de vida que incluya ejercicios, yoga y orientación dietética, acompañados de médicos preparados para este enfoque holístico mediante el conocimiento de las variables que perturban a la paciente y el tiempo que ella tarda en volver a su homeostasis, es el éxito en mejorar la salud de las mujeres en esta etapa de la vida (27).

5. Sociabilidad

La mujer en esta etapa de la vida experimenta muchas sensaciones en su entorno social, familiar y de amistades. Por los cambios naturales en su fisonomía y en su vida diaria, muchas veces se asoman los estados de depresión y abandono personal, los cuales alteran la calidad de vida. La orientación que los médicos especialistas deben dar, no solo se debe concretar a la paciente, sino involucrar a su grupo familiar y pareja. Ideas positivas de calidad de vida, tanto física como psíquica e intelectual, deben prevalecer sobre la “belleza física de la juventud” y donde los valores de experiencia, compañerismo y compromiso superen las mismas. Por eso es importante el entorno de amigos,

familia y pareja que estén en “sintonía” con esta etapa de la vida y sus cambios.

Practicar actividades de deporte y recreación en grupos con similares características es fundamental.

En el caso de la mujer menopáusica, específicamente, la disminución de los estrógenos y de la producción de andrógenos ováricos y adrenales relacionados con la edad, puede afectar significativamente su salud y en consecuencia el bienestar personal, produciendo un impacto de muy variada naturaleza, que, como se ha dicho, están directamente relacionados con las características personales y del ambiente sociocultural en el que se desenvuelve la mujer, lo que incide en las diferentes percepciones de los síntomas tales como síntomas vasomotores, cambios en el estado de ánimo, fatiga y alteraciones en las diferentes etapas de la función sexual.

En general, educando y aportando una serie de alternativas con respuestas adecuadas ante la sintomatología que se pueda presentar como consecuencia del proceso menopáusico, se conseguirá que la mujer afronte de una manera más saludable su menopausia, y si se han abordado directamente los factores que mediaban o exacerbaban diversos síntomas, se conseguirá una remisión significativa de estos (28).

6. Conclusiones

1. El estado de salud representa el determinante más importante en la calidad de vida de la mujer menopáusica.
2. Los cambios hormonales asociados con el envejecimiento y con la menopausia pueden afectar profundamente la calidad de vida.
3. Las intervenciones terapéuticas, deben incluir, no solo tratamientos hormonales y no hormonales, sino un enfoque donde la calidad de vida con los aspectos físicos, psíquicos, religiosos, familiares y holístico-espirituales son primordiales y tan importantes como los tratamientos hormonales indicados por el especialista. Binomio Calidad de Vida-THM.
4. Los médicos, juegan un papel importante tanto en el diagnóstico como en la difusión de los múltiples aspectos que abarca la menopausia y por ello deben estar en constante preparación y actualización para así dar la mejor orientación a todas las mujeres en esta etapa de la vida.

REFERENCIAS

1. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQL). Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41 (10): 1403-1409.
2. Jiménez Sánchez LM, Marván Garduño ML. Significado psicológico de la menopausia en mujeres en etapa adulta media. *Psicología 70 y Salud.* 2005; 15 (1): 69-76.
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud [En línea]. Ciudad: Salud en las Américas. Resumen: Panorama regional y perfiles de país; 2017. [Revisado marzo 2018]. Disponible en: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
4. Siseles N, Gutierrez P. Do different cultures really explain differences attitudes to the management of the menopause? *Medicographe.* 2001; 23 (4): 313-314.
5. Siseles N, Gutierrez A, Syegh F. The climacteric in Latin America: Actual state and future trends. New York: The Parthenon Publishing Group; 2000. 108-116
6. Oldenhav A, Jaszmann LJ, Haspels AA, Everaerd WT. Impact of climacteric on well-being. A survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 168 (3Pt1): 772-780.
7. Bachmann G, Ebert G. Vulvovaginal complaints En: Lobo R editor. *Treatment of the postmenopausal women: basic and clinical aspects.* 2da edición, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. P. 195-201
8. Dennerstein L, Smith AM, Morse C. Psychological well-being, mid-life and the menopause. *Maturitas.* 1994; 20 (1): 1-11.
9. Utian W. Rol de la hormonoterapia a largo plazo en el contexto de la medicina preventiva para la mujer menopáusica. En: Gonzalez Campos Editor. *Menopausia y Patologías asociadas.* Santiago de Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio; 1998. P. 25-33.
10. Baber NJ, Panay N, Fenton A, the IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric* 2016; 19 (2):109–150.
11. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp.* 2004; 76 (2): 71-77.
12. Cerda P, Pino P, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71

- (3): 216-221.
13. Wing RR, Matthews KA, Kuller LH, Meilahn EN, Plantinga PL. Weight gain at the time of menopause. *Arch Intern Med.* 1991; 151 (1): 97-102.
 14. Abdunour J, Doucet E, Brochu M, Lavoie JM, Strychar I, Rabasa-Lhoret R, et al. The effect of the menopausal transition on body composition and cardiometabolic risk factors: A Montreal-Ottawa New Emerging Team group study. *Menopause.* 2012; 19 (7): 760-767.
 15. Thurston R, Sowers MR, Sternfeld B, Gold EB, Bromberger J, Chang Y, et al. Gains in body fat and vasomotor symptom reporting over the menopausal transition: The Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol.* 2009; 170 (6): 766-774.
 16. Leeners B, Geary N, Tobler PN, Asarian L. Ovarian hormones and obesity. *Hum Reprod Update.* 2017; 23 (3): 300-321.
 17. Naufel MF, Frange C, Andersen ML, Girão MJBC, Tufik S, Beraldi Ribeiro E, et al. Association between obesity and sleep disorders in postmenopausal women. *Menopause* 2018; 25 (2): 139-144.
 18. Gómez G, Alfaro S. Nutrición y menopausia. *Rev Colomb Menopausia.* [En línea]. 2002 [Revisado febrero 2018]; 8 (2): [Alrededor de 5 p.]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vm-82/meno8202-contribuc2/>
 19. Pisabarro R. Metabolismo y climaterio: la visión de un endocrinólogo. *Rev Med Uruguay* 2000; 16: 144- 151.
 20. Morris MC, Wang Y, Barnes LL, Bennett DA, Dawson-Hughes B, Booth SL. Nutrients and bioactives in green leafy vegetables and cognitive decline. Prospective study. *Neurology.* 2018; 90 (3): e214-e222.
 21. Durán E, Soto D, Labraña A, Sáez K. Adecuación de energía y nutrientes en índice de alimentación saludable en mujeres climatéricas. *Rev Chil Nutr.* 2008; 35 (3): 200-207.
 22. Úbeda N, Basagoiti M, Alonso-Apperte E, Varela-Moreiras G. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. *Nutr Hosp.* 2007; 22 (3): 313-321.
 23. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society. *J Am Coll Cardiol* 2014; 63 (25, pt B): 2985-3023.
 24. Crespo-Salgado J, Blanco-Moure A. Prescripción de ejercicio físico: ¿cómo mejorar la adherencia? *Medicina Clínica.* 2012; 139 (14): 648-649
 25. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK, et al. American College of Sports Medicine position stand: appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2009; 41 (2): 459-471.
 26. Cramer H, Peng W, Lauche R. Yoga for menopausal symptoms—A systematic review and meta-analysis. *Maturitas.* 2018; 109: 13–25
 27. Taylor-Swanson L, Wong AE, Pincus D, Butner JE, Hahn-Holbrook J, Koithan M, et al. The dynamics of stress and fatigue across menopause: attractors, coupling, and resilience. *Menopause.* 2018; 25 (4): 380-339.
 28. Gutiérrez Gómez S. Tratamiento cognitivo conductual de la Menopausia. [Tesis doctoral]. Madrid (España): Universidad Complutense de Madrid; 2012.