

La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino

DEBORAH LEGORRETA PEYTON*
Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio

Abstract

The climacteric period is characterized by an intense variability in the amount of estrogen during perimenopause, and a decrease of sexual steroids, both estrogen and androgens, during menopause. These alterations generally result in the appearance of neuropsychological symptoms, such as: mood changes, decreased concentration and memory skills, language changes, altered sleeping patterns, sexual desire and pleasure, etcetera.

Moreover, the climacteric period, which generally appears between the ages forty and sixty, is also known for the drastic changes in women's social roles like motherhood and attractiveness; these changes are side by side with the worries regarding menopause symptoms. The psychological treatment based on orientation or psychotherapy that is supported by multidisciplinary work with women's health specialists, is considered to be a crucial factor in assuring an adequate quality of life for climacteric women.

Key words: climacteric period, perimenopause, sexual steroids, quality of life, psychological symptoms.

Resumen

El climaterio femenino es un período que se caracteriza por intensa variabilidad en las concentraciones de los estrógenos, durante la perimenopausia, o etapa de transición y descenso, marcado tanto de estos esteroides sexuales como de los andrógenos a partir de la menopausia, que explican en parte la aparición de síntomas neuropsicológicos tales como los cambios en el estado de ánimo, la capacidad de concentración y memoria, la emisión del lenguaje, el patrón de sueño-vigilia, el deseo y disfrute sexual.

Adicionalmente, la etapa del climaterio, que comprende desde aproximadamente los 40 a los 60 años de edad, se caracteriza por ser un período de cambios drásticos en los roles sociales de la mujer, tales como el de madre, el atractivo o el valor laboral asignado, mismos que se combinan con la preocupación ocasionada por los síntomas del climaterio.

La atención psicológica mediante orientación o psicoterapia por parte de psicólogos clínicos actualizados en las características de esta fase de vida, que comprenden el valor del trabajo multidisciplinario con otros especialistas en la salud de la mujer, ha demostrado ser un componente indispensable para asegurar la calidad de vida adecuada de la mujer climatérica.

Palabras clave: climaterio, perimenopausia, esteroides sexuales, calidad de vida, síntomas psicológicos.

* Correspondencia: Deborah Legorreta Peyton. Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio (México). Correo electrónico: lego1@prodigy.net.mx.

Introducción

Dos conceptos relacionados con la menopausia o cese del período menstrual de la mujer son *climaterio* y *perimenopausia*. El primer concepto proviene del griego y está relacionado con la palabra *klimakter*, que significa escalón o peldaño. Climaterio se aplicaba entonces a una época crítica, en la cual la persona tenía que subir o bajar escalones.

Al emplearla para calificar la etapa de cambios hormonales, que tanto preceden como siguen a la menopausia de la mujer, el climaterio se convierte en sinónimo de la perimenopausia (que proviene del prefijo *peri*: “alrededor de”), de acuerdo con los especialistas actuales. El climaterio femenino comprende en promedio 20 años de vida de la mujer y se inicia alrededor de los 40 años de edad.

Es un período que se caracteriza por la intensa variabilidad en las concentraciones de estrógenos y ello explica en parte la aparición de síntomas neuropsicológicos. Durante las distintas fases de la perimenopausia se modifican tanto los niveles como el equilibrio de las hormonas sexuales, afectando el funcionamiento de las áreas cerebrales y los procesos de neurotransmisión. Los síntomas registrados como relacionados de manera directa o indirecta con el climaterio femenino son:

- Síntomas vasomotores (bochornos o sofocos y sudoraciones nocturnas).
- Cambios en el patrón de sueño-vigilia.
- Cambios de humor o estabilidad emocional.
- Disfunciones sexuales.
- Problemas con la concentración y la memoria.

Estos síntomas se vinculan, por un lado, con las variaciones en el equilibrio de las hormonas cerebrales en el cerebro y, por el otro, con la coincidencia durante esta etapa de vida de cambios drásticos en varios de los roles sociales de la mujer directamente relacionados con su sensación de valor productivo, ya sea este familiar, laboral o comunitario; con su autoimagen corporal y, en consecuencia, con una sensación de inestabilidad o confusión acerca de la calidad de vida futura que puede esperar tener.

Ambos aspectos o cambios, tanto hormonales como psicológicos, van a combinarse en algunas

mujeres, para ocasionar en este grupo especialmente vulnerable un deterioro importante en el grado de bienestar integral subjetivo y el funcionamiento psicológico saludable. En este capítulo, revisaremos brevemente tanto los aspectos psicológicos como los hormonales, para comprender el papel del psicólogo especialista en el tratamiento adecuado de los síntomas climatéricos, dentro del enfoque multidisciplinario de la salud actual.

Aspectos psicológicos y psicosociales

Al acercarse a la segunda mitad de la vida en la mayoría de las mujeres ocurren modificaciones en el estilo de vida, ya sea por el crecimiento de los hijos y su salida del hogar –para quienes se habían dedicado hasta entonces a ser madres y amas de casa– o por la sensación de haber perdido una parte importante de su vida como mujeres –en el caso de quienes hasta entonces han optado por vivir solas, quizás dedicadas a una profesión o trabajo remunerado–.

Aun en el caso de la llamada “supermujer”, que ha logrado equilibrar familia y trabajo al mismo tiempo, los cambios en el patrón de vida establecido en los años anteriores pueden ocasionar en su interior una sensación de desubicación, confusión y, en algunos casos, sentimientos de menor valía personal e, inclusive, desesperanza total ante un futuro incierto, de mujer envejecida, que ha sido presentado culturalmente como poco deseable en el mejor de los casos.

Ante los sentimientos desagradables que le provoca pensarse en una fase de transformación hacia una imagen, una salud y nuevos roles sociales distintos a los ya conocidos, la mujer experimenta temor y, en muchos casos, responde con negación o conductas evasivas que pretenden inútilmente detener el paso del tiempo.

Parafraseando a Simone de Beauvoir, hay algo aterrador en toda metamorfosis y ante el temor de despertar siendo otra, distinta a la que ha sido hasta entonces, la mujer intenta con ayuda de la cosmética, la cirugía plástica, el atuendo de moda o el romance con alguien más joven que ella *sigue siendo* la de antes.

Sin embargo, conforme avanza el tiempo en este período de transición, la negación paralizante

da lugar a un solo mensaje claro: que el modelo anterior de vida ya no es satisfactorio y se requiere de uno nuevo. La vida continúa hacia adelante y resulta inútil mirar hacia atrás; de seguir haciéndolo, la mujer sentirá que a cada paso se tropieza más, que vive con un estrés mayor, que se valora cada vez menos y que encuentra su imagen facial y corporal cada vez menos satisfactoria.

Cuando finalmente la mujer enfrenta esta etapa de aceptación de la edad, puede comenzar a realizar con el apoyo del psicólogo especialista los cambios de pensamientos, creencias, sentimientos y conductas que le permitan avanzar hacia una madurez plena e integral. En resumen, durante esta etapa la mujer muy posiblemente deberá realizar cambios o ajustes en las siguientes áreas o facetas de su vida:

1. Relación consigo misma: redefinición de los componentes de la autoestima, la autopercepción y la autoimagen para enfocarse más en valores y cualidades afectivas, intelectuales, creativas y productivas por encima del aspecto físico basado en un ideal de la belleza de la juventud. En esta etapa, es frecuente que aquella mujer que tuvo que suspender alguna actividad intelectual o creativa durante la juventud por asumir el rol de madre, esposa o trabajadora de tiempo completo, decida retomarlo como un estímulo para la nueva fase de vida.
2. Relación con la pareja: establecimiento de nuevas reglas negociadas para la relación en una fase de madurez, en la cual ambos miembros de la pareja tendrán nuevos roles y se perseguirán objetivos distintos a los de la fase anterior. También es una etapa para actualizar e incentivar la vida sexual en pareja.
3. Relación con los hijos si los hubiere: redefinición del rol de madre para adaptarse a hijos adolescentes o ya jóvenes que requieren de menos cuidados, además de ser cada día más independientes.
4. Relación con el ámbito laboral: etapa usualmente más productiva por contar con más experiencia y tiempo, si se vivió el rol de madre de manera intensiva durante la fase de vida anterior, pero también puede experimentarse

en ella una sensación de inseguridad debida, por un lado, a la presión ejercida por las nuevas generaciones y, por la otra, al estrés y la sensación de inseguridad que ocasionan los síntomas neuropsicológicos del climaterio cuando se ignora su origen, duración y posibilidad de tratamiento.

5. Relación con la comunidad y el ámbito social en general: este período se caracteriza, al igual que la adolescencia, por un interés renovado en la amistad femenina, aun en aquellas mujeres poco sociables en las etapas anteriores. La mujer busca a quien sabe que la comprende por estar pasando una etapa similar y por ello es usual que frecuente más a grupos de mujeres en edades similares a la suya. Por otro lado, si el rol principal que ha tenido ha sido el de madre y ama de casa, como mecanismo para evitar la sensación conocida como del “nido vacío”, algunas mujeres comenzarán a involucrarse más en trabajos comunitarios voluntarios, o bien, se ofrecerán como cuidadoras de niños pequeños de familiares, amistades o vecinas.

Aspectos hormonales

Hormonas sexuales y bienestar subjetivo integral

La modificación en las concentraciones de estrógenos durante la declinación de la función ovárica se acompaña en algunas mujeres de uno o varios de los síntomas mencionados arriba, lo que afecta tanto su sentimiento subjetivo de bienestar como su desempeño cotidiano y, en consecuencia, el nivel general de su calidad de vida.

Estos síntomas se explican en parte porque los estrógenos son capaces de regular los procesos de transmisión cerebral y en áreas del sistema nervioso central que están vinculadas con funciones tales como la memoria, la atención, la respuesta frente al estrés y el funcionamiento emocional en general (McEwen, Alves, Buloch & Weiland, 1997; Cologer, Simon & Richter, 1999).

Durante los años que preceden al cese menstrual o menopausia, algunas mujeres comienzan a sentirse menos enfocadas o concentradas, más susceptibles al llanto o la irritabilidad, con problemas de recupera-

ción de información conocida, tales como nombres de personas u objetos cotidianos, cambios que en su patrón habitual de comportamiento les ocasionan preocupación y hasta temor de estar manifestando un deterioro mental irremediable, del tipo de las demencias o la tan temida enfermedad de Alzheimer.

Los síntomas en esta etapa se caracterizan por ser intermitentes y no estar, al menos en apariencia, vinculados con modificaciones drásticas en el estilo de vida de la mujer que pudieran explicarlos.

El impacto en las variaciones hormonales en el cerebro

Por otro lado, Morse, Dudley, Guthrie y Demers-tein (1998) al comparar a 104 mujeres de 45 a 55 años de edad, quienes reportaron haber padecido síndrome premenstrual o de disforia premenstrual con un grupo de 187 mujeres sin este antecedente, encontraron relaciones significativas (todas con $p < 0,05$) entre una historia previa de síntomas físicos y psicológicos premenstruales con una perimenopausia más sintomática, caracterizada por disforia o inestabilidad emocional, síntomas digestivos, respiratorios y esqueléticos, así como estrés interpersonal marcado.

Este estudio planteó una posible mayor vulnerabilidad de ciertas mujeres a los cambios hormonales a lo largo de toda la vida y sugiere la atención preferente de estas entre la población femenina comprendida en el rango de edades del climaterio. Los resultados de Morse y su equipo concuerdan con los obtenidos con un grupo de 300 mujeres mexicanas en las que se encontró que presentar un historial de síndrome de disforia premenstrual y/o depresión posparto en los años previos a la perimenopausia era la variable que más explicaba ($0,260$, $p < 0,001$) la aparición e intensidad de síntomas emocionales y cognitivos relacionados con el deterioro en la calidad de vida durante el climaterio (Legorreta & Morato, 2000).

En conjunto, estos resultados enfatizan la mayor vulnerabilidad de ciertas mujeres a la marcada variabilidad en los niveles hormonales que caracteriza la etapa perimenopáusica, desde la fase de transición previa (Pryor, 1998), lo que explicaría por qué existen diferencias entre aquellos estudios que relacionan los niveles de estrógenos con la depresión o la ansiedad y aquellos otros que no han encontrado una relación

significativa entre los niveles de esta hormona y la mayor incidencia de trastornos emocionales.

Funcionamiento cognitivo y neuroprotección de los estrógenos

La neurofisióloga norteamericana Sally Shaywitz y su grupo (1999) han aportado datos muy importantes para ubicar las áreas cerebrales específicas, así como las funciones de los estrógenos sobre el desempeño cognitivo en mujeres con y sin terapia de reemplazo estrogénico (TRE).

Con el empleo de imágenes obtenidas mediante resonancia magnética funcional durante el desarrollo de diversas tareas verbales y no verbales que involucraban el empleo de memoria de trabajo, este grupo de investigadores pudo observar los patrones de activación mediados por los estrógenos en áreas específicas del cerebro.

Si bien, este estudio no mostró una mejoría estadísticamente significativa en el desempeño cognoscitivo de las mujeres posmenopáusicas con el uso de TRE, sí indica que el uso de este tipo de terapia tiene un efecto evidente en los patrones de activación mental, en especial en las áreas cerebrales asociadas con las funciones de memoria más empleadas en la vida cotidiana.

En otro estudio reciente de Lebrun y otros (2005), realizado con 402 pacientes posmenopáusicas holandesas sanas de 50 a 74 años de edad y entre 8 a 30 años después de la menopausia, que no han estado bajo tratamiento de reemplazo o sustitución hormonal, encontraron que las concentraciones más altas de los estrógenos endógenos o producidos por el propio cuerpo, estradiol y estrona, se relacionaron de manera significativa con la disminución en frecuencia del deterioro cognitivo, independientemente de la edad actual o del tiempo desde la menopausia.

Estos resultados apoyan la hipótesis de que los estrógenos pueden tener un efecto de protección para las neuronas llamado neuroprotector, que a su vez disminuye la probabilidad de presentar deterioro cognitivo después de la menopausia (Lebrun, Van der Schouw, De Jong, Pols, Grobbee & Lamberts, 2005; véase también: Yaffe & cols., 1998 y 2000).

Tratamiento médico de los síntomas

Evidencia acerca del impacto de la terapia hormonal en los síntomas neuropsicológicos que afectan la calidad de vida

La terapia de reemplazo hormonal para el tratamiento de los síntomas asociados con la transición climaterica ha sido debatida en fechas recientes, debido en especial a la publicación de los resultados de estudios epidemiológicos longitudinales que incluyen un período de seguimiento de varios años y una muestra de miles de mujeres, como es el caso del *Estudio de Iniciativa de la Salud de las Mujeres o Women's Health Initiative*, mejor conocido por su sigla WHI.

Investigación realizada en los Estados Unidos, cuyos resultados correspondientes al brazo de terapia combinada compuesta por estrógenos conjugados-medroxiprogesterona fueron dados a conocer en el 2001 y los referentes al brazo de terapia estrogénica o TRE se publicaron en el 2002 (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2001 y 2002).

Estos dos estudios han puesto en duda los efectos benéficos tanto en el control de los síntomas neuropsicológicos como en la prevención de padecimientos posteriores, tales como la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares y el deterioro cognitivo. Sin embargo, al hacer una revisión detallada de la muestra estudiada, es evidente que no se filtraron adecuadamente aquellas mujeres cuyo nivel de riesgo probable, historial de salud mental y tiempo transcurrido después de la menopausia las hacían candidatas no adecuadas para recibir terapia de reemplazo hormonal.

Por otro lado, existen numerosos estudios confiables que han evaluado el impacto de la terapia hormonal en los síntomas relacionados con la calidad de vida de la mujer climaterica, y a la fecha ya se han realizado varios metaanálisis al respecto. Los resultados de dichos estudios constituyen evidencia médica del conocimiento actual acerca del impacto de las distintas modalidades, presentaciones y dosis de terapia hormonal sustitutiva (THS) sobre la calidad de vida.

De acuerdo con la evidencia de investigación médica, realizada a través de estudios con un diseño

adecuado y una selección cuidadosa de las mujeres participantes, con la que contamos a la fecha, podemos concluir lo siguiente con respecto al efecto de los distintos tipos y presentaciones de la terapia hormonal sustitutiva o de reemplazo durante el climaterio (Hogervost *et ál.*, 2002; Beral *et ál.*, 2002; NIH, 2002; Genazzani *et ál.*, 2003; Nelson, 2004).

En mujeres sin síntomas vasomotores (sofocos o bochornos y sudoraciones nocturnas) o que no presenten síntomas neuropsicológicos evidentes, la terapia hormonal no ha demostrado de manera concluyente tener beneficios para la calidad de vida en el corto plazo.

En mujeres con síntomas vasomotores, la terapia hormonal disminuye tanto la severidad como la frecuencia de síntomas, y, como elemento o variable intermedia, este control impacta en otros síntomas que inciden en la calidad de vida, tales como el sueño reparador y el nivel de energía disponible.

Los resultados acerca de concentración, memoria y cognición no han sido concluyentes, pero el beneficio neuroprotector de los estrógenos exógenos o introducidos al cuerpo, ya sea por vía oral o local, parece vincularse con el momento del inicio de la terapia hormonal, antes de que se presente el descenso franco y prolongado del nivel de estradiol posterior a la menopausia.

Este aspecto es muy importante, ya que, de acuerdo con algunos autores (como Schneider, 2003), las neuronas, al experimentar la falta de estrógenos durante un tiempo prolongado debido a la menopausia, pueden experimentar un deterioro importante que, a su vez, puede propiciar la aparición de procesos degenerativos demenciales; mientras que la protección neuronal durante la etapa tardía o año previo y posterior al cese menstrual, permitiría al cerebro adaptarse a los niveles menores de estrógenos de manera más gradual y, por ende, menos agresiva para el funcionamiento neuronal adecuado.

Algunos tipos de terapia hormonal, en especial aquellos que incluyen en su formulación medroxi-progesterona (MPA), pueden ocasionar cefaleas y estados de mayor ansiedad. Estos mismos síntomas, así como cuadros de depresión, se han reportado de manera clínica con las cremas de progesterona supuestamente natural que se ofrecen sin receta

médica como aparente remedio para los síntomas climatéricos.

La terapia hormonal estrogénica puede disminuir algunos síntomas en el nivel vaginal y ser también beneficiosa para la conservación de la vida sexual activa. En algunos casos donde el deseo sexual se encuentra inhibido, la terapia hormonal de combinación estrógeno-andrógenos ha resultado benéfica.

En lo referente a los consensos de cuerpos colegiados de especialistas en climaterio de distintos países del mundo, la postura resulta favorable al uso de la terapia hormonal de reemplazo, tal como se menciona en el documento emitido por la Sociedad Internacional de Menopausia (International Menopause Society), organismo que agrupa a nivel mundial a todos los colegios y asociaciones dedicadas al estudio del climaterio, donde se menciona el alivio de los síntomas menopáusicos y urogenitales como el primer criterio de indicación para las THS (IMS Expert Workshop, 2001).

Otro tipo de tratamientos médicos

En adición o como alternativa a los tratamientos hormonales, existen en la actualidad diversas opciones para el tratamiento médico de los síntomas neuropsicológicos durante esta etapa de la vida, como pueden ser los psicofármacos que regulan los neurotransmisores serotonina y neuroadrenalina principalmente.

Este tipo de medicamentos, bajo la supervisión del psiquiatra especialista, puede resultar muy benéfico en períodos de tratamiento continuo cortos, o bien, utilizados en la etapa previa a la menopausia durante la semana previa a la menstruación como medida preventiva del síndrome premenstrual.

Finalmente, es importante mencionar que, durante el climaterio, será indispensable que la mujer se haga revisar de manera general al menos una vez al año, ya que en esta etapa también pudieran presentarse otros padecimientos, tales como los desórdenes en el funcionamiento de la glándula tiroides o aquellos vinculados con el metabolismo de la glucosa, patologías que ocasionan síntomas similares a la depresión, la ansiedad o el deterioro cognitivo.

Para concluir este apartado referente a los tratamientos médicos disponibles, es importante enfatizar que, a la fecha, existen distintas dosificaciones, vías

y formulaciones que se adaptan a las características personales de cada mujer como un “traje hecho a la medida”, por lo que deberán ser prescritas solo por el/la médico/a especialista en climaterio actualizado y calificado. La automedicación, el uso de sustancias supuestamente “naturales” y cualquier otro remedio mágico pueden traer como consecuencia no tan solo que los síntomas continúen, sino daños irreparables y peligrosos en la salud general de la mujer.

Papel del apoyo psicológico durante el climaterio

En lo que respecta al apoyo psicológico durante esta etapa, se sugieren las siguientes tareas y modalidades, dentro del marco del trabajo en psicología de la salud y como parte del trabajo multidisciplinario para la atención de la mujer.

Diagnóstico

El psicólogo realiza el diagnóstico de la presencia, intensidad y frecuencia de los síntomas neuropsicológicos para determinar su mejor tratamiento. Este se apoya en la entrevista clínica y en escalas de calidad de vida específicamente diseñadas para esta etapa.

Difusión

Uno de los problemas que incrementan la intensidad de los síntomas se debe al estrés adicional ocasionado por ignorar su origen. El psicólogo apoya al médico especialista en la divulgación de información relevante, clara y completa para el público en general, además de ofrecer a los médicos en entrenamiento datos provenientes de la psicología para el mejor manejo de la paciente climatérica durante la consulta médica.

Orientación

El psicólogo ofrece en distintos ámbitos, incluyendo el hospitalario, orientación a grupos de enfermeras, a trabajadores sociales y al público en general, por medio de cursos de preparación para el climaterio que permitan, tanto a la paciente como a quienes la atienden, la información adecuada para enfrentar de manera positiva esta etapa, eliminar los prejuicios e ideas erróneas acerca de la misma

y permitir con ello a quien la atraviesa realizar los cambios y ajustes que le permitan tener la mejor calidad de vida a partir de ese momento.

Psicoterapia

Mediante técnicas cognitivo-conductuales o bien procesos terapéuticos existenciales del tipo de la logoterapia, el psicólogo ofrece a la mujer la posibilidad de modificar ideas, creencias y conductas erróneas, así como rescatar una sensación de valor personal, rumbo claro y sentido para su vida a partir del climaterio. En lo que se refiere a la vida en pareja y/o familiar, el trabajo psicoterapéutico familiar y del sexólogo resultan de gran valor cuando estas áreas de vida requieren la intervención del especialista.

Investigación

En equipos de investigación, el psicólogo aporta sus conocimientos en psicometría, en técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación, así como en el de teorías de la personalidad y de psicología social, con lo que enriquece el trabajo multidisciplinario y aporta a la investigación científica de calidad, que permite a su vez ofrecer a la mujer climatérica una mejor atención integral.

Conclusiones

Es necesario resaltar el efecto benéfico que las terapias de reemplazo hormonal pueden tener sobre las áreas cognitivas, emocionales y conductuales durante toda esta etapa de transición en la vida de la mujer. Mantener concentraciones estables de hormonas, en especial de estrógenos, ha demostrado no solo revertir las anomalías en las conexiones neuronales, sino además mejorar los mecanismos de regeneración y protección del daño oxidativo, beneficios que se manifiestan clínicamente como una mejoría o normalización en las funciones cerebrales vinculadas con receptores de estrógenos.

Sin embargo, como hemos visto, las hormonas solo son una de las variables, y, si bien importantes, no aseguran a la mujer una salud física y mental integral a partir de esta etapa. El trabajo del psicólogo especialista en climaterio permite atender todas esas facetas de vida donde están ocurriendo cambios críticos que requieren de una confrontación funcional y decidida por parte de la mujer, para seguir creciendo como ser humano maduro, integral y con bienestar.

REFERENCIAS

- Avis, N. E., Crawford, S. L., Stellato, R. & Longcope, C. (2001). Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through menopause. *Climacteric*, 4(3), 243-249.
- Beral, V., Banks, E. & Reeves, G. (2002). Evidence from randomised trials on the long-term effects of hormone replacement therapy in UK. *Lancet*, 360, 942-944.
- Cologer-Clifford, A., Simon, N. G., Richter, M. L., Smoluk, S. A. & Lu, S. (1999). Androgens and estrogens modulate 5-HT1A and 5-HT1B agonist effects on aggression. *Physiology and Behavior*, 65(4-5), 823-828.
- Genazzani, A. R., Gambacciani, M., Simoncini, T. & Schneider, H. P. (2003). Hormone replacement therapy in climacteric and aging brain. *Climacteric*, 6(3), 188-203.
- Hogervost, E., Yaffe, K., Richards, M. & Huppert, F. (2002). Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia. *Cochrane Database System Review*, 3, CD003799.
- IMS Expert Workshop (2001). Position Paper. *Climacteric*, 4, 181-193.
- Lebrun, C. E. I., Van der Schouw, Y. T., De Jong, F. H., Pols, H. A., Grobbee, D. E. & Lamberts, S. W. J. (2005). Endogenous oestrogens are related to cognition in healthy elderly women. *Clinical Endocrinology*, 63(1), 50.
- Legorreta, D & Morato, L. (2000). *Perimenopausia y síntomas de conexión hormonal deficiente (síndrome WHMS)*. Memorias del III Congreso Nacional de Climaterio y Menopausia COMEC y I Congreso de Climaterio FRANCYM, Mazatlán, Sinaloa, México, mayo.
- McEwen, B. S., Alves, S. E., Bulloch, K. & Weiland, N. G. (1997). Ovarian steroids and the brain: implications for cognition and aging. *Neurology*, 48(5, Supp. 7), S8-S15.
- Morse, C. A., Dudley, E., Guthrie, J. & Dennerstein, L (1998). Relationships between premenstrual complaints and perimenopausal experiences. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19(4), 182-191.
- Nelson, H. D. (2004). Postmenopausal estrogen for treatment of hot flashes. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1621-1625.
- NIH (2002). International position paper on women health and menopause, Washington: National Institutes of Health. Recuperado de: <http://www.nih.gov/news/pr/mar2002/orwh-18.htm>
- Pryor, J. C. (1998). Perimenopause: the complex endocrinology of the menopausal transition. *Endocrine Reviews*, 19(4), 397-428.
- Schneider, H. P. G. (2003). *Menopause. The state of the art - research and practice*. London: Parthenon Publishing.
- Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Pugh, K. R., Fulbright, R. K., Skudlarski, P., Mencl, W. E., Constable, R. T., Naftolin, F., Palter, S. F., Marchione, K. E., Katz, L., Shankweiler, D. P., Fletcher, J. M., Lacadie, C., Keltz, M. & Gore, J. C. (1999). Effects of estrogen on brain activation patterns in postmenopausal women during working memory tasks. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1197-1202.
- Valles, V., Rojas, R. & Olaiz, G. (1994). *Factores de riesgo cardiovasculares en mujeres posmenopáusicas*. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, México 1993. Presentado en el Simposio Internacional El Climaterio en el Siglo XXI, Ciudad de México.
- Yaffe, K., Grady, D., Pressman, A. & Cummings, S. (1998) Serum estrogen levels, cognitive performance, and risk of cognitive decline in older community women. *Journal of the American Geriatric Society*, 46, 816-821.
- Yaffe, K., Haan, M., Byers, A., Tangen, C. & Kuller, L. (2000) Estrogen use, APOE, and cognitive decline: evidence of gene-environment interaction. *Neurology*, 54, 1949-1954.

Fecha de recepción: febrero de 2006

Fecha de aceptación: mayo de 2007