

Mesa redonda 3. Atención integral a la Mujer

Moderadora: Mercedes Abizanda González

La atención integral a la mujer en Atención Primaria

Mercedes Abizanda González

Médico de familia. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Coordinadora CAP Vila Olímpica. Barcelona. Coordinadora Grupo de trabajo de Atención a la Mujer SEMERGEN.

Los profesionales de Atención Primaria prestan una atención integral de salud a la población, sin distinción de edad, sexo, órgano o patología, extendiéndose su ámbito de competencia profesional a todas las áreas médicas, incidiendo especialmente en cada una de ellas en aquellos problemas de salud más frecuentes y de importante repercusión personal, familiar, laboral o social. Esta atención integral en el caso de la mujer debe abarcar todas las etapas de la vida y las distintas características o situaciones fisiológicas, patológicas y preventivas que en cada una de ellas, por razón de género, precisa.

La presente mesa de discusión pretende realizar un recorrido por las diferentes etapas en la vida de la mujer (adolescencia, edad fértil y menopausia) identificando en cada una de ellas las actividades preventivas, terapéuticas y educativas a tener en cuenta en nuestra práctica diaria, para finalizar con una visión global e integral de la mujer desde el punto de vista de la salud mental, así como las actuaciones que la Administración ofrece tanto a nivel sanitario como social.

El hecho de que los profesionales de Atención Primaria atiendan inicialmente a toda la población y la posibilidad de incluir al paciente en un circuito externo de sucesivas interconsultas o pruebas diagnósticas a partir de la primera derivación, les confiere un especial papel como gestores de los recursos de nuestro sistema de salud. Para conseguir optimizar dicha gestión y lograr una calidad asistencial adecuada debemos conocer un amplio abanico de situaciones en las que pueden encontrarse nuestras pacientes las cuales no son siempre las más frecuentes ni las más conocidas por todos nosotros; por todo ello los temas que hemos recogido en nuestras ponencias son quizá aquellos que plantean más interrogantes en nuestra práctica diaria.

La mujer adolescente

Xavier Manzanera López

Médico de Familia. EAP Ciutat Meridiana. Barcelona.

Mi ponencia sobre la mujer adolescente la dividiré en dos partes. La primera versará sobre la reciente aplicación de la Ley de Autonomía del paciente en nuestro trabajo diario. En la segunda parte hablaré de la prevención desde la consulta de Atención Primaria, especialmente dirigida a este segmento de edad y en el caso de la anticoncepción haré un rápido repaso a toda la edad fértil de la mujer.

CAPACIDAD LEGAL DE LA MENOR

Ha sufrido un significativo cambio con la aparición de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, en adelante Ley Básica, que ha entrado en funcionamiento el pasado 15 de mayo, 6 meses después de su publicación. La Ley Básica regula la capacidad del menor en su artículo 9.3.c, a su autonomía como paciente. *“Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces o incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el reconocimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.”*

Esta autonomía en modo alguno va en contra de lo que establece el Código Civil en su artículo 162 *“Los padres que ostentan la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados, se exceptúan: 1º. Los relativos a los derechos de la personalidad y otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo. 2º. Aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo. 3º. Los relativos a bienes que estén excluidos de la administración de los padres.”*

En consecuencia cabría entender que tanto la Ley Básica como el Código Civil aceptan que la validez jurídica de

la autonomía del menor (consentimiento informado y decisión sobre exploraciones, intervenciones y tratamientos) no se refiere puramente a un factor cronológico, sino que debe entenderse como su capacidad para comprender intelectual o emocionalmente sobre la cuestión de salud que le afecta y sobre la que ha de consentir o no.

Basándonos en la Ley Básica, queda claro que la menor que tenga 16 años tendrá pleno derecho a decidir por sí misma cualquier exploración, intervención o tratamiento que se le deba aplicar en función de la "lex artis". Sólo hay una excepción a la regla y es la que expresa el artículo 9.4 que fija la mayoría de edad para dar su conformidad en la interrupción voluntaria del embarazo, la participación en ensayos clínicos y la reproducción asistida.

Cuando la menor tenga entre 12 y 16 años se tendrá que juzgar, y lo hará el médico, si la adolescente es capaz intelectual o emocionalmente. La conjunción copulativa entre intelectual y emocional quiere decir que si la menor es capaz emocionalmente aunque no lo sea intelectualmente y con más razón si es capaz intelectualmente sin serlo emocionalmente, es suficiente para considerarla una menor madura y por tanto única responsable para tomar decisiones sobre su salud. Al médico de familia, en el supuesto de la menor madura, nadie le puede recomendar que una vez juzgada la madurez emocional o intelectual de la menor, pueda aplicarle aquella técnica que considere más adecuada para su salud, por supuesto, con el consentimiento de la menor. Para ello será necesario reflejar en la historia clínica que se considera a la menor madura, que se la ha informado y que da su consentimiento.

A modo de caso práctico. A una adolescente de 15 años se le puede dar la píldora del día después si se la considera madura; a la misma adolescente se le puede ofrecer un tratamiento con anticonceptivos orales. Además, al ser la menor la única que puede tener acceso a su historia clínica, atendiendo a la confidencialidad de la historia clínica tal como marca la Ley Básica, no deberá informarse a los padres aunque estos lo pudieran exigir.

Pero con todo y la nueva Ley, las cosas no quedan tan claras y muchas son las dudas que se le pueden plantear al médico de familia:

—¿Qué ocurre si se consulta a los padres sobre una determinada terapia, que en este caso implica grave riesgo, y es contraria a la opinión de la menor madura?

—¿Qué criterios debe seguir el médico para juzgar la capacidad emocional e intelectual de la menor? ¿Es revisable judicialmente este criterio del médico? ¿Le puede demandar quien cuestione su decisión de dar por capacitada a la menor?

Ante muchas de estas dudas al médico sólo le queda el camino de hacer uso y quizá abuso del artículo 158 del Código Civil, poniendo el problema en conocimiento del Juez.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA ADOLESCENCIA

Tres serían las actividades que convendrían realizar de la forma más metódica posible en la consulta del médico de familia:

- Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Prevención de los trastornos alimentarios.
- Prevención del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Las actividades de prevención deben realizarse de forma continuada en la consulta, es bueno que diferentes profesionales que atiendan a la adolescente los den y una forma que consideramos muy satisfactoria es en el marco de las revisiones de salud que cada vez de forma más habitual se dan en el seno de los equipos de Atención Primaria. Durante la visita programada sería un momento ideal para realizar un control antropométrico, repaso de las vacunaciones y consejos de salud. Otra solución que se planteará en la mesa será la de realizar consultas grupales con las adolescentes, o acudir a los institutos para aconsejar sobre modos de vida saludable y prevención de enfermedades.

—*Recomendación sobre el consejo antitabaco.* Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en la consulta, sobre hábitos de vida saludable y también en las consultas oportunistas por problemas de salud. Consejo orientado a los aspectos estéticos, como oscurecimiento de los dientes y mal aliento y bajo rendimiento deportivo, además de adicción al tabaco.

—*Recomendación sobre consejo antialcohol.* Investigar consumo de alcohol. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las consultas oportunistas.

—*Recomendaciones frente al consumo de otras drogas.* Se debe actuar igual que en los dos casos anteriores.

El nivel de evidencia científica para estos tres consejos es III-C, al ofrecer un beneficio pequeño a medio- largo plazo sobre consumo de tabaco y alcohol y no haber evidencias disponibles sobre el consumo de otras drogas. Las dificultades metodológicas, de evaluación, implantación así como los costes son todavía muy grandes.

—*Prevención de los trastornos alimentarios.* Debemos buscar en la adolescente características de la anorexia nerviosa como pueden ser el intenso deseo de pesar menos, intenso miedo a la obesidad y un peculiar trastorno del esquema corporal. El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso está en una intensa restricción calórica, en el ejercicio físico exagerado y en las conductas de purga. En este caso debemos controlar el peso, hablar con la familia, evitar el uso de purgantes y diuréticos, y en caso de no conseguir un aumento de peso progresivo (se considera pérdida significativa de peso un índice de masa

corporal [IMC] < 17,5) deberemos derivar a una consulta especializada.

–*Prevención del embarazo y de las ETS en adolescentes.* Se informará a las adolescentes a partir de la menarquía, en los controles de salud, de las posibilidades de embarazo y de los métodos anticonceptivos a su alcance. En especial entre los 15 y 22 años. Se recomendará el uso de preservativos para relaciones esporádicas y se informará de los factores de riesgo de adquirir una ETS. La importancia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) obliga a que deba informarse al respecto de riesgos y medidas preventivas a adoptar a todas las personas sexualmente activas.

ANTICONCEPCIÓN EN LA MUJER

Daremos una visión general y después comentaremos cuatro situaciones especiales como son adolescentes, post-coital, perimenopausia y post-parto. De los métodos actualmente vigentes nos centraremos en los tres grupos más extendidos: métodos de barrera, anticonceptivos hormonales orales (AHO) y dispositivos intrauterinos (DIU).

Métodos de barrera

Por su alta tasa de fallo (20%) estos métodos tienen con frecuencia una valoración inferior a la de otros métodos, pero el aumento de las ETS y la extensión masiva del VIH los han vuelto a poner de actualidad. Como ventajas destaca el que no precisan de intervención sanitaria y son de libre venta al público, tienen escasos efectos colaterales, no tienen efectos sistémicos y pueden reducir el riesgo de transmisión de las ETS. Las principales desventajas son su menor eficacia que va unida a la falta de motivación y la inconstancia, requieren manipulación de los genitales y la mayoría deben de ser aplicados en el momento del acto sexual. Su uso de forma provisional puede ser útil durante la lactancia materna, cuando la mujer por un corto período de tiempo ha de tomar una medicación que interfiera con los AHO y cuando por presentar trastornos menstruales o sangrados uterinos anormales deba de realizarse un diagnóstico.

Anticonceptivos orales

Deberán darse a toda mujer que lo solicita siempre que no existan contraindicaciones médicas (tabla 1).

Los controles a realizar previos a la prescripción AHO serán la anamnesis, exploración física, analítica, exploración ginecológica y mamaria, y citología si precisa.

El seguimiento diferirá si se trata de una mujer menor de 35 años o no.

La evidencia científica no justifica los descansos.

Los efectos secundarios más habituales no comportan riesgo, pero pueden ser causas de abandono: cefaleas, tensión mamaria y náuseas.

Las interacciones medicamentosas más significativas las tendríamos con anticonvulsivantes (hidantoínas, primidona, barbitúricos y carbamecepina), rifampicina, penicilina y sus derivados y tetraciclinas.

Dispositivo intrauterino

El índice de embarazos entre portadoras de DIU se sitúa entre el 1% y el 3% año / mujer. Si la técnica de inserción es correcta los inconvenientes son mínimos.

Las ventajas del método son claras:

- No precisa motivación diaria para su uso.
- Protege del embarazo permanentemente y está dissociado del acto sexual.
- Proporciona alta eficacia anticonceptiva.
- Relación costo / protección favorable.
- Seleccionado y colocado por técnicos expertos es prácticamente inocuo.
- Mayor continuidad de las revisiones médicas periódicas.

ANTICONCEPCIÓN EN PERÍODOS ESPECIALES DE LA VIDA

Adolescentes

Se debe realizar ante todo una escucha activa dedicando tiempo para resolver dudas y temores. La información que

Tabla 1. Contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales

Absolutas	Relativas
Enfermedad cardiovascular	Migraña
Tromboembolismo	Diabetes mellitus, podrán usarse si no hay complicaciones asociadas
HTA moderada grave	Diabetes gestacional
Tromboflebitis	HTA leve (buen control TA)
Cardiopatía isquémica	Cirugía mayor por la inmovilización
Enfermedad cerebrovascular	Epilepsia (interacción farmacológica)
AIT	Antecedentes de colostasis
Migraña con focalidad neurológica o tratada con ergotamina	Litiasis vesicular
AVC	Anemia de células falciformes
Cáncer de mama	Patología mental
Cánceres hormonodependientes	Varices
Hemorragia uterina no filiada	
Embarazo y lactancia materna	
Fumadoras > de 35 años	

HTA: hipertensión arterial, AIT: accidente isquémico transitorio, AVC: accidente vascular cerebral; TA: tensión arterial.

se da debe adaptarse a la adolescente, haciendo especial énfasis en los beneficios y aprovechar para relacionar los métodos con las ETS, embarazos no deseados, drogas y comportamientos sexuales. La elección del método anti-conceptivo deberá ser libre, siendo esto fundamental para el uso correcto del método.

1. AHO

- Inicio en bajas dosis.
- Anamnesis.
- No es imprescindible analítica y exploración para el inicio de toma.
- Información amplia.
- Control a los 6 meses / un año para reforzar cumplimiento
- Controles establecidos de mujer sexualmente activa con exploración, citología y analítica cada 2-3 años.
- Se puede iniciar tras 1-2 años con ciclos regulares.
- No hay evidencia científica para descansos.
- Doble método para el caso de contactos esporádicos con preservativos junto a los AHO.

2. DIU

Como método no está contraindicado en adolescentes. El aumento detectado hasta la fecha de expulsiones y fracasos no se mantiene con los nuevos DIU. El riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica ante una ETS nos sugiere considerar la prevención de estas, haciendo uso de preservativos en casos de contactos esporádicos, más que contraindicar su colocación.

Contracepción post-coital

Son los métodos que empleamos después de un coito de riesgo de embarazo. El método más usual sería la píldora del día después (2 comprimidos de 750 mg de levonorgestrel) o el método de Yuzpe (100 mcg de etinilestradiol y 500 mg de levonorgestrel, repetidos 12 horas después). Se pueden usar dentro de las 72 horas siguientes al coito de riesgo. Su eficacia aumenta en las primeras 24 horas y tiene como principales efectos secundarios las náuseas, cefalea, mastodinia y vómitos.

Otra posibilidad pasadas las 72 primeras horas y hasta el sexto día poscoito es insertar un DIU.

Anticoncepción en la perimenopausia

Es un momento muy controvertido la etapa de la vida que va de los 40 años hasta la menopausia.

Lo ideal sería un método que proporcionara alta eficacia, tratara los síntomas del climaterio, diera protección cardiovascular y osteoporótica y previniera las patologías ginecológicas más frecuentes.

Hasta cuándo el método anticonceptivo. Si el método no enmascara la aparición de la menopausia, mantener hasta un año después de la última regla en mujeres menores de 50 años, y en las mayores de 50 años, hasta 6 meses después de la última regla.

En las mujeres que toman AHO se puede realizar una determinación de hormona folículo estimulante (FSH) y

17 estradiol en el séptimo día de descanso. Si FSH > 40 y 17 estradiol < 20, en 2 determinaciones seguidas, equivale a menopausia.

–DIU. La tendencia actual es la dejar el DIU que se inserte por encima de los 40 hasta la menopausia. Está contraindicado si existen menometrorragias. No alteran el peso, ni la tensión arterial ni producen modificaciones metabólicas.

–AHO. No hay contraindicación si no se es fumadora, ni hay riesgo de patología cardiovascular. Se deben usar productos a bajas dosis y gestágenos de tercera generación. Presentan ventajas no anticonceptivas como prevención de hemorragia uterina, anemia y regulan los ciclos, reduciendo el riesgo de hiperplasia endometrial, cáncer de endometrio y cáncer de ovario. Previenen la aparición de síntomas del climaterio y osteoporosis.

Anticoncepción en el postparto

–AHO. Con lactancia artificial se pueden usar a partir de las 3 semanas del posparto normal y de las 6 semanas de una cesárea; con lactancia materna no es aconsejable su uso por reducir la calidad y cantidad de la lactancia, y también por la posibilidad de provocar alteraciones en el desarrollo del recién nacido.

–DIU. Esperar la menstruación. Si lacta, a partir del segundo o tercer mes posparto.

La ponencia en este caso sólo pretende dar una visión al nuevo contexto que deberemos tener con la menor en nuestra práctica diaria a través de lo que legisla la nueva Ley de Autonomía del paciente. También a modo de resumen he intentado dar un breve repaso a las acciones más importantes que deberemos tratar cuando coincidamos con ella en nuestra consulta.

La mujer en la edad adulta

Sonia Pérez López

Médico de Familia. ABS Llefià de Badalona (Barcelona).

CONSEJO REPRODUCTIVO

El consejo reproductivo no solo se refiere a los casos de planificación familiar encaminados a tener una maternidad o paternidad responsable, o a evitar los embarazos no deseados, sino que también existe otro gran número de pacientes que nos solicitan nuestra ayuda y consejo para la situación contraria.

Debemos distinguir entre el consejo reproductivo realizado a una pareja fértil o a una pareja estéril.

Pareja fértil

En la pareja fértil el consejo reproductivo tiene como objetivo la prevención de un defecto congénito, entendiendo

como tal toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer (aunque puede manifestarse más tarde), externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple (OMS, 1970, 1975, 1982). Dicho consejo debe realizarse en dos etapas bien definidas: la preconcepcional y la prenatal.

En la etapa preconcepcional nos centraremos en aspectos preventivos como los siguientes: en la infancia-adolescencia especial atención al calendario vacunal en especial inmunización activa contra el virus de la rubéola, elección del momento del embarazo (embarazo deseado y en las edades óptimas en las que el organismo materno está mejor preparado para el mismo), estado nutritivo adecuado ya que tanto el bajo peso como el sobrepeso previos a la gestación incidirán sobre la misma, grupo sanguíneo y factor RH de ambos progenitores, así como posibles transfusiones previas, profilaxis anti-D en abortos previos, técnicas invasivas de diagnóstico prenatal y gestaciones a término previas, enfermedades crónicas maternas que pueden influir en el desarrollo de la gestación, al igual que la gestación puede agravar la enfermedad sistémica (diabetes, cardiopatías, nefropatías, distiroidismos, esclerosis múltiple, enfermedades inmunológicas, etc.), hábitos tóxicos, teratogenia (factores ambientales, medicamentos administrados durante la gestación).

Desde el punto de vista de diagnóstico prenatal en esta etapa podemos simplificar diciendo que un feto puede padecer tres tipos de enfermedades:

–*Alteraciones cromosómicas*: pueden ser por alteración del número (por ejemplo, trisomía 21) o por alteración de la estructura (por ejemplo, traslocaciones) de los cromosomas. Todas las alteraciones cromosómicas aumentan progresivamente con la edad de los progenitores y pueden diagnosticarse con el estudio del cariotipo obtenido de células ovulares procedentes de líquido amniótico (amniocentesis), de la placenta (biopsia corial) o de tejidos fetales (funiculocentesis). Los trazadores de este tipo de alteraciones son: alta edad de los progenitores, abortos previos o hijos previos con anomalías cromosómicas o sospechosas, padres portadores de anomalías cromosómicas, alfafeto-proteína disminuida, signos ecográficos de cromosomopatía o malformación fetal, etc.

–*Enfermedades metabólicas*: en las que se hereda un defecto químico a menudo enzimático y suelen tener un patrón hereditario autosómico recesivo. De los casi 250 trastornos metabólicos hereditarios conocidos sólo unas decenas pueden diagnosticarse prenatalmente mediante la determinación enzimática en las células de líquido amniótico y/o de la biopsia corial, pero las técnicas de ADN recombinante están proporcionando cada día más posibilidades diagnósticas.

–*Malformaciones o enfermedades congénitas*: son muy variadas en cuanto a su origen y herencia, pero en general el riesgo de recurrencia varía para los parientes en primer grado del afecto entre un 1%-10%. Pueden diagnosticarse, habitualmente, mediante una exploración ecográfica detallada en la primera mitad de la gestación (20 semanas), la

cual es aconsejable realizarla a toda la población, ya que en ocasiones se puede actuar terapéuticamente

Pareja estéril

La esterilidad se define como la dificultad de una pareja para obtener un embarazo después de 24 meses de relaciones coitales sin protección anticonceptiva. No se deben realizar estudios de sospecha de esterilidad antes de los 12 meses, ya que ese es el tiempo medio en el que el 85% de las parejas consiguen un embarazo.

La esterilidad se debe en un 40% a causas femeninas, un 40% a causas masculinas y el 20% restante a causa desconocida. Las principales causas de esterilidad femenina suelen ser de factor tubarico en un 50%, repartiéndose el otro 50% en problemas inflamatorios como endometriosis, alteraciones de la ovulación o alteraciones en la migración del óvulo. Las principales causas de esterilidad masculina son, la oligospermia, la presencia de espermatozoides anómalos, la parotiditis postpuberal, las infecciones gonocócicas o tuberculosas que obstruyen los conductos deferentes entre otras.

Desde la consulta de Atención Primaria, a cualquier pareja que acuda por un problema de esterilidad deberemos dar una serie de consejos e información que el paciente que la padece comprenda la situación y pueda poner en marcha mecanismos y soluciones a su alcance para solucionar el problema. Iniciaremos nuestra actuación realizando una anamnesis de la pareja que incluirá: antecedentes familiares (enfermedades sistémicas, enfermedades de transmisión sexual [ETS], historia familiar, enfermedades hereditarias), duración de la esterilidad, frecuencia coital, historia de uso o ausencia de métodos anticonceptivos, existencia de embarazos con esa pareja o con otras anteriores, así como la situación psicológica con respecto al entorno y en la pareja.

En una pareja estéril, los objetivos a investigar son las circunstancias que se han de dar para que se instaure un embarazo y llegue a término desde el punto de vista fisiológico, para compararlos y ver cuál de todos escalones falla para poder subsanar el problema.

EMBARAZO

El embarazo es un proceso fisiológico, pero son necesarios una serie de cuidados y una vigilancia médica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones intercurrentes. La mortalidad neonatal disminuye si la primera visita se realiza precozmente, si los controles durante la gestación son suficientes y si la mujer es atendida durante el parto en un servicio hospitalario adecuado. Por ello, la educación sanitaria y la planificación familiar deberían comenzar antes del embarazo para conseguir la gestación en el momento más adecuado y en las mejores condiciones para la mujer.

En la mayoría de los casos es el médico de Atención Primaria el que tiene el primer contacto con la mujer y quien confirma la gestación. Para ello es necesaria una adecuada formación de los miembros del equipo, así como una bue-

na coordinación con la atención especializada, con unos objetivos, criterios y actuaciones comunes. El equipo tendrá los siguientes objetivos generales: disminuir la morbi-mortalidad perinatal, reducir la incidencia de bajo peso al nacer, contribuir a reducir el número de abortos, disminuir la morbi-mortalidad de causa obstétrica y promover la lactancia materna.

En el protocolo de seguimiento del embarazo del equipo de Atención Primaria se incluirá a las gestantes que no presenten factores de riesgo previos a la gestación. En algunos casos será necesario el control de la gestación por el especialista en tocoginecología.

Si en el curso del embarazo apareciese algún factor de riesgo, éste debería valorarse cuidadosamente para sopesar la derivación de la mujer al especialista de zona o al hospital.

Mujer y menopausia

Àngels Paulí Cabezas

Licenciada en Psicología. Diplomada Universitaria en Enfermería. Profesora asociada en Enfermería Maternal. Universidad de Barcelona. Badalona.

La menopausia, el climaterio y los cambios relacionados con ellos afectarán al 100% de las mujeres que no hayan fallecido antes. Todas tendrán asignado un médico general de familia (MG/F) al que la mayoría consultarán por éstos u otros problemas de salud, tanto suyos como de otros miembros de la familia. Por tanto, el papel del MG/F en estos procesos o en otros en que se vean afectados es fundamental: atenderá a todas las mujeres en esta etapa de su vida y es el profesional adecuado para hacerlo de forma integral, abordando los distintos aspectos interdisciplinarios que en ella se presentan. Sólo en un pequeño porcentaje necesitará realizar una interconsulta.

El climaterio y la menopausia es una situación endocrina vivida por la mujer con una variada sintomatología, propia de este periodo y que en nuestro medio suele ocurrir entre los 45-55 años de edad.

Los problemas cardiovasculares y la osteoporosis por su repercusión sobre la morbi-mortalidad en la mujer a partir de la menopausia requieren una especial atención por parte de los profesionales de la salud.

La menopausia repercute en la vida de la mujer, no solo por los cambios físicos y psíquicos sino, además, por las circunstancias ambientales que la acompañan.

No se puede hablar de «una menopausia» sino de «diferentes menopausias». Cada mujer vivirá de una manera especial esta época de su vida según sus características personales y su entorno afectivo, psicológico y social.

Aquello que se podría sentir como un proceso natural, a menudo puede transformarse a causa del desconocimiento y la presión del medio en una situación difícil de asumir por muchas mujeres.

Nuestra realidad de esperanza de vida de la mujer más allá de los 80 años hace necesario ocuparnos de este perí-

odo, como profesionales de la Salud, ya que la mujer vive una tercera parte de su vida en menopausia.

Dentro del marco del Programa de Atención a la Mujer, cabe destacar el «Programa de Atención a la Mujer durante el Climaterio-Menopausia» dirigido a mujeres que se encuentran en este periodo de su vida, donde se ofrece además de información sanitaria, un programa práctico de trabajo corporal y un espacio de apoyo donde poder expresar y compartir emociones y experiencias con otras mujeres en similar situación.

También incidiremos en las controversias aparecidas recientemente en la utilización de la terapia hormonal sustitutiva y realizaremos un repaso a los tratamientos existentes en la actualidad para los síntomas climatéricos y la osteoporosis.

Salud mental y mujer

Magda Miralles Piñeiro

Médico de Familia. CAP Vila Olímpica-Barcelona.

La salud mental se entiende como la capacidad de mantener relaciones armoniosas con los demás, satisfacer necesidades potencialmente en conflicto sin lesionar a otros y ser capaz de participar en las modificaciones positivas del ambiente ecológico y social (OMS -2000).

La salud psíquica implica el goce de vivir, la creatividad, el aprendizaje, la relación social y el crecimiento integral del individuo y de su entorno.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión se convertirá en los próximos años en el segundo problema de salud mundial, después de las enfermedades cardiovasculares.

Es importante reflexionar sobre la salud mental en las distintas etapas vitales de la mujer. Haciendo una revisión de los estudios publicados de salud mental en los últimos años se constata que la prevalencia de los trastornos mentales es mayor en la mujer que en el hombre.

Pretendemos hacer una revisión de las patologías mentales más frecuentes en las distintas etapas de la vida de la mujer así como su prevención y los posibles tratamientos.

ADOLESCENCIA Y SALUD

Con la menarquía y la adolescencia hay un cambio importante de la imagen corporal, que implica una adaptación no solo física sino también psíquica. No todos los adolescentes lo viven del mismo modo ni todos están preparados para ello.

La adolescencia es en sí misma un periodo de gran vulnerabilidad, y es una etapa fundamental para la adquisición de hábitos. El estilo de vida, la familia y el entorno social influyen en la salud mental del adolescente.

La patología mental más frecuente en el adolescente es la depresión, la ansiedad, la somatización, y con menor frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos obsesivos y los suicidios.

Existe una mayor probabilidad de depresión en los adolescentes en situaciones de pérdidas: muerte de alguno de los progenitores. También hay mas probabilidad de ansiedad en ambientes familiares muy protectores, así como una mayor probabilidad de alteración de comportamiento y agresividad en ambientes familiares en el que uno de los progenitores es agresivo o muy crítico, o el ambiente familiar es muy desorganizado.

El abuso de drogas y de alcohol son algunos de los desencadenantes de los problemas mentales en adolescentes.

Los expertos prevén un aumento de problemas de salud mental en la población adolescente. Cada generación de adolescentes multiplica su riesgo a la depresión.

El suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y los 24 años; superada solamente por los accidentes, ha aumentado considerablemente y se ha convertido en una forma de resolver las dificultades de la vida.

El estilo de vida familiar, la sociedad competitiva, el consumismo, la no aceptación de la frustración, en global el entorno del adolescente son factores clave para el desarrollo de enfermedades mentales en el mismo.

En los adolescentes es importante un diagnóstico correcto y un tratamiento precoz para impedir la cronificación de la enfermedad, aunque no siempre es fácil el diagnóstico de los trastornos mentales en los adolescentes, ya que les cuesta hablar de sus problemas y cuando acuden a la atención primaria lo hacen en general por un problema muy puntual, cosa que hace difícil que el profesional identifique un problema mental sobre todo si no se piensa en ello.

Para tratar la salud mental de los adolescentes es muy importante la predisposición del propio profesional frente a los mismos, así como una buena formación en este tema. Esto favorecerá la buena relación medico-paciente.

Es importante indagar en cualquier consulta banal sobre la salud mental del adolescente. Una vez diagnosticada se ha de tener presente que un abordaje multidisciplinario será más efectivo que de forma individualizada.

Se ha observado que la psicoterapia y la terapia grupal pueden ser útiles en el tratamiento de depresiones, ansiedades y obsesiones en adolescentes a veces solas y a veces asociada a tratamiento farmacológico.

MUJER ADULTA Y SALUD MENTAL

En esta etapa de la vida debemos destacar el trastorno disfórico premenstrual o síndrome premenstrual, ya que se sabe que es un trastorno frecuente que afecta a mujeres de todas las culturas y ámbitos geográficos.

Se trata de alteraciones físicas y psíquicas que se presentan de forma recurrente en la semana anterior a la menstruación y que remiten pocos días después de haberse iniciado.

Los síntomas son: irritabilidad, tensión, disforia, labilidad emocional, alteraciones del apetito, alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse.

Un 80 % de las mujeres tienen uno o dos síntomas al mes y un 3 % de las mujeres presentan síntomas incapacitantes.

Aparece a los 25-30 años y en general hay un agravamiento progresivo; este síndrome no aparece antes de la pubertad, durante el embarazo ni en la menopausia.

El tratamiento puede ser no farmacológico: cambios de hábitos de vida, ejercicio físico y psicoterapia. A veces es necesario además un tratamiento farmacológico.

La actitud del médico frente a estas pacientes, su manera de actuar, la orientación puede proporcionar una gran ayuda a estas mujeres, por lo tanto es importante la relación medico-paciente.

Un 30% de las mujeres con síndrome premenstrual padecen además depresión. En la tristeza postparto predomina la tristeza, el cansancio, el desaliento, la confusión, las crisis de llanto, el insomnio, la ansiedad, cefaleas. Aparece a las 48-72 h después del parto y suele durar unos días.

En este período, es importante que la mujer se sienta acompañada, pueda manifestar sus sentimientos, sus preocupaciones, sus miedos ya que poderlos compartir ayuda a la mujer a sentirse mejor, más liberada. También es importante el entorno de la parturienta, la pareja, los familiares, los amigos.

Se ha de educar y ayudar a las mujeres en esta etapa importante de su vida; si saben qué les puede pasar lo afrontarán mucho mejor y con menos temores. Teniendo presente esto es necesario el abordaje interdisciplinario: comadrona, ginecólogo, médico.

El tratamiento va desde la información y educación de la mujer, grupos de apoyo a la mujer, hasta la psicoterapia, sea individual o grupal.

La depresión puerperal propiamente dicha afecta a un 10 % de las mujeres de nuestro país, según distintos estudios realizados, cifras que coinciden en otros países. Los síntomas son tristeza, ansiedad, irritabilidad, fatiga, pérdida de interés por sus aficiones y por actividades cotidianas, lenguaje lento, dificultad para concentrarse, falta de atención, lentitud psicomotriz, anorexia, pérdida de peso, insomnio, disminución de la libido, sentimientos de culpa frente al bebé, preocupación excesiva por su salud y a veces rechazo del propio hijo.

La depresión postparto aparece al mes del parto y puede durar varios meses y no solo afecta a la mujer, afecta a toda la familia. Es importante su prevención, sobre todo en mujeres con antecedentes previos de depresión y valorar la situación social y familiar.

El tratamiento corresponde al abordaje del episodio agudo y la prevención de las recaídas o recurrencias.

A la hora del abordaje terapéutico, la actitud del médico es importante un clima cordial, una buena relación medico-paciente puede influir de forma positiva en la evolución de la mujer.

Un tratamiento adecuado será la terapia individual, grupal y familiar y en caso necesario asociado a un tratamiento farmacológico.

La psicosis puerperal es poco frecuente pero preocupante; se caracteriza por aparición de ideas delirantes, paranoias, a veces ideas de grandeza, tienen un discurso sin sentido y totalmente incomprensible. A veces presentan

alucinaciones y alteraciones conducta psicomotora. El tratamiento en esta fase lo dejaremos en manos de un profesional de la salud mental.

MENOPAUSIA Y SALUD MENTAL

El incremento de la expectativa de vida de las mujeres españolas provoca un elevado número de mujeres menopáusicas; teniendo en cuenta que la etapa de la menopausia empieza aproximadamente a los 50 años y que la expectativa de vida de las mujeres españolas es de 82 años estamos hablando de un período importante de la vida de la mujer.

Durante este período se suceden una serie de acontecimientos, para los que no todas las mujeres están preparadas, ni todas las mujeres lo aceptarán de la misma manera. El período de adaptabilidad a los cambios varía de una mujer a otra. Existen unos cambios en la estructura familiar, los hijos empiezan a marchar de casa: (el nido vacío) cambios en la propia pareja, cambios físicos de la mujer (pasa de ser fértil a no serlo), cambios en el trabajo (empiezan las jubilaciones), muerte de los progenitores.

Haciendo una revisión de artículos publicados, se ha constatado que los cambios psicosociales tienen un mayor impacto que los fisiológicos en las alteraciones psicológicas de la mujer en esta etapa de la vida.

En España un 20 % de la población sufre depresión. El problema radica en que no todos los pacientes que sufren depresión están diagnosticados ni reciben la atención adecuada. La depresión es una patología muy prevalente entre la población anciana, que puede pasar inadvertida en las consultas de Atención Primaria, ya que muchas veces se confunde con el proceso propio de envejecimiento.

Una buena relación médico-paciente, dedicarle tiempo, ser amable, estar disponible puede ayudar al diagnóstico de estas depresiones enmascaradas ya que el anciano habla de sus problemas físicos, pérdida de audición, de la visión, lentitud en hacer las cosas, falta de memoria, falta de concentración, etc., pero habla poco de lo que realmente le preocupa, la soledad, la tristeza, la desesperanza, la muerte...

La depresión en el anciano, si no se diagnostica precozmente y se trata, causa un gran sufrimiento al paciente y a las personas que lo rodean. Es importante el tratamiento para que el anciano viva de una forma más placentera.

Las ancianas deprimidas acuden a la Atención Primaria refiriendo muchas más quejas inespecíficas que las que no están deprimidas, esto implica mayor número de visitas, mayor número de derivaciones y mayor número de pruebas complementarias, mayor número de visitas de urgencias... la somatización de la depresión puede provocar un aumento considerable de la utilización de recursos sanitarios.

También es importante mencionar que las personas ancianas activas socialmente en general presentan un estado de salud mejor que las personas inactivas socialmente.

En nuestra sociedad, en la que los ancianos van en aumento, están o se sienten solos, donde los hijos se despre-

ocupan de ellos por falta de tiempo, es importante organizar ocupaciones para estos pacientes, relaciones sociales grupales para que no se sientan solos, y compartan sus inquietudes, por ejemplo, voluntariados, gimnasia grupal, universidad para gente mayor, charlas...

La educación de la mujer perimenopáusica y menopáusica puede ayudar a disminuir la aparición de síntomas depresivos en estas mujeres, para que puedan afrontar de una manera más positiva los cambios que se producen.

La menopausia no es una enfermedad, sino una etapa más de la vida de la mujer, que puede vivirse de una manera positiva o no, dependiendo en gran medida de cómo sea interpretado, por las propias mujeres y por los profesionales. No todas las mujeres lo viven de la misma manera, así unas lo viven como la pérdida de la capacidad reproductiva mientras para otras supone una liberación de las molestias propias de la menstruación y una liberación de los métodos anticonceptivos; unas sólo valoran las pérdidas mientras que otras se sienten satisfechas de su evolución, para algunas mujeres es una de las etapas más gratificantes.

Es importante educar a la mujer para esta etapa de la vida para poder así disminuir la patología mental tan frecuente en esta época de la vida; si la mujer está preparada y puede ver los cambios de una manera positiva, disminuyendo la ansiedad, será capaz de disfrutar de esta etapa de la vida.

En estudios realizados se ha visto que la educación y el trabajo remunerado se asocian con actitudes más positivas y menos patología mental.

En algunos estudios se habla de que un 50% de mujeres menopáusicas presentan trastornos emocionales. Algunos autores lo han relacionado con el déficit de estrógenos, otros en cambio asocian estos problemas más con situaciones estresantes: logros personales, vida en pareja, estado de salud, pérdidas, estado psicológico, apoyo social y nivel social, de ahí la importancia del trabajo en este grupo de pacientes, ya que puede disminuir de manera importante la percepción negativa de la menopausia.

Con la menopausia se ven mermadas la capacidad reproductiva, hay un cambio a nivel físico y una disminución a la respuesta sexual que afectan la valoración personal; esto, junto a una sociedad competitiva donde se sobrevalora la juventud en detrimento de otras edades y el estilo de vida actual que no enseña a aceptar los cambios evolutivos de una manera positiva sino asociándolos a una pérdida.

La depresión junto con la demencia son las patologías más frecuentes en los ancianos; que pueden darse de manera independiente y pueden aparecer asociadas. También se ha visto relación o comorbilidad entre la depresión y la enfermedad vascular, así como entre el insomnio y la depresión.

La depresión en el anciano es más difícil de reconocer (sólo un 10 % de ancianos con depresión reciben tratamiento); los síntomas son igual en jóvenes que en ancianos pero en éstos muchas veces se atribuyen al proceso de envejecimiento y a las pérdidas asociadas.

Los ancianos consultan más por síntomas somáticos que por su estado de ánimo deprimido; hay una incapacidad de verbalizar experiencias afectivas y a veces nos en-

contramos frente a conductas regresivas para llamar la atención sobre los familiares.

Las tasas de suicidio son elevadas en personas ancianas y existe una fuerte relación con la depresión. Las recurrencias son mas frecuentes, consiguen menos recuperaciones totales y suelen tener dificultad en retornar a su estilo de vida previo.

En estos paciente el tratamiento farmacológico no siempre es efectivo, a veces mal tolerado y a veces rechazado, por lo que hemos de tener presente que en estos casos puede ayudarnos una terapia de apoyo.

Los cambios en el estilo de vida, los acontecimientos estresantes y las enfermedades crónicas asociadas pueden requerir un tratamiento psicoterapéutico.

Los trastornos depresivos son mas frecuentes en mujeres que en hombres 2:1. Factores de riesgo de depresión en las ancianas: pérdidas, alteraciones del sueño, depresión con anterioridad, sexo femenino.

El pronóstico de la evolución de la depresión está estrechamente ligado al entorno social, por lo que son importantes las amistades, los entretenimientos o *hobbies*.

Según las recomendaciones de la OMS el tratamiento en Geriatria debe mantenerse entre un año o año y medio después de resuelto el primer episodio Si el paciente ha presentado más de 3 episodios el tratamiento debe continuar durante 5 años .

Hay que destacar el papel de la psicoterapia individual o grupal para el tratamiento de las personas ancianas cuando la depresión es leve y cuando no pueden o no quieren tomar medicamentos. La terapia de grupo duplica la eficacia del abordaje antidepressivo en los ancianos se-

gún un estudio publicado en *The Journal of the American Medical Association* el pasado año 2002.

Otras de las patologías mentales destacadas en la menopausia son la ansiedad y las somatizaciones.

Actuaciones de la Administración dirigidas a la atención a la mujer

Josep Antoni Teixidó i Fontanillas

Licenciado en medicina por la universidad Autónoma de Barcelona. Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva. Miembro del Grupo de trabajo de Gestión Sanitaria de SEMERGEN.

1. Introducción, cambios en la demografía y el papel de la mujer en la sociedad actual.
2. Actuaciones de la administración a nivel sanitario.
 - Educación.
 - Prevención.
 - Actuaciones específicas.
3. Actuaciones de la administración a nivel social.
 - Ayudas sociales.
 - Ayudas laborales.
4. Últimas novedades en la programa de prevención del cáncer de mama en Catalunya. Importancia de la detección precoz, medidas empleadas. Objetivos de Salud. Plan de Salud de Cataluña 2002-2005.