

Editorial

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES DE EDAD MEDIANA EN CUBA

Dra. Liliam Delgado Peruyera ¹

¹Especialista de 1^{er} Grado en Medicina General Integral y en Ginecología y Obstetricia. Profesora asistente. Máster en Atención Integral a la mujer e investigaciones en climaterio. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad "Manuel Fajardo". Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro".

INTRODUCCIÓN

"Nuestra vida es un viaje constante, desde el nacimiento hasta la muerte. El paisaje cambia, las personas cambian, las necesidades se transforman, pero el tren sigue adelante", hemos querido comenzar con estas palabras del escritor portugués Paulo Coelho, precisamente para referirnos a la transformación que experimentan las féminas con el decursar de los años y que las convierte en determinadas etapas de su vida como grupos de mayor vulnerabilidad.⁽¹⁾

En el pasado siglo, uno de sus principales logros fue el aumento de la expectativa de vida experimentada en todo el mundo de forma global, por lo que el presente trabajo tendrá entre sus retos, brindar atención y mejorar la calidad de vida de una población cada vez más avejentada. Es conocida la paradójica mayor esperanza de vida de las mujeres, se reconoce que es aproximadamente de siete a diez años más dilatada que en los hombres; sin embargo, estas presentan una incidencia más alta de morbilidad y de discapacidades durante su existencia que los hombres, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas que estos últimos.

Las mujeres tienen mayores probabilidades de experimentar el equivalente a dos o tres años más de mala salud, en comparación con los hombres durante el curso de su vida. Este importante acontecimiento trae como consecuencia un incremento significativo de las mujeres en edad mediana, en las que debido a los cambios biológicos con una marcada interrelación social, se producen alteraciones que pueden requerir de atención especializada en Salud, así como de comprensión y tolerancia familiar y social.⁽²⁻⁴⁾

El hecho de que la mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida, es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad. Ya en el *Génesis* se menciona la pérdida de la impureza mensual y en los papiros egipcios se señala a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban. También Abraham en este mismo libro, conocía el fallo de la reproducción cuando consideraba las pocas posibilidades de descendencia en las parejas que tenían mucha edad. Hipócrates menciona en sus escritos el cese de las menstruaciones y Aristóteles en el año 322 a.n.e. describió en su historia *Animalium*, que la menstruación se detiene alrededor de los 50 años. En el siglo VI a.n.e. Aecio de Amida plantea que, la menstruación se interrumpe en la mujer en un período nunca anterior a los 35 años y por

lo común hacia los 50. Durante la edad media, las descripciones sobre la menopausia fueron escasas y esporádicas.⁽⁵⁻⁷⁾

En 1729 John Freind refirió que el cese de la menstruación se llevaba a cabo alrededor de los 49 años. El enfoque más clínico del problema aparece en los siglos XVIII y XIX en el mundo occidental, en países como Francia e Inglaterra. Gardanne en 1816 (Francia), introdujo el término de menopausia para referirse al cese de las menstruaciones. Pero fue en 1857, en que Edwards Tilt da a conocer en Inglaterra uno de los primeros trabajos con cierta metodología científica respecto al climaterio. En este se valora determinadamente y con criterios estadísticos, los síntomas y trastornos de la mujer climatérica y se relacionan con la involución ovárica de esta edad.⁽⁶⁾

Otros autores a inicios del siglo XIX comienzan a modificar sus investigaciones y establecen los demás síntomas que la acompañan, como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos. Colombat de L'Isere en el siglo XIX, al referirse a la mujer menopáusica decía: "*Se parece a una reina destronada o más bien a una diosa cuyos adoradores ya no frecuentan el templo, solo puede atraerlos por la gracia de su ingenio y la fuerza de su talento*". Todavía en el pasado siglo XX, un autor de gran prestigio universal como fue Sigmund Freud, dijo acerca de las mujeres en esta etapa: "*Son pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas*".⁽⁷⁾

A finales de la década de los años 40, también del pasado siglo, hacen su aparición en el escenario varios científicos que se convierten en los llamados *apóstoles del evangelio*; los cuales predicán acerca del estudio de la menopausia y su importancia para la salud de las mujeres, así como disertan sobre el efecto provechoso de la terapia de reemplazo hormonal, fundamentalmente con estrógenos. Entre ellos se destacan Robert Benjamín Greenblatt, pionero de la Ginecología Endocrinológica, y Fuller Albright, epítome del investigador clínico por excelencia; quienes demuestran por primera vez que los estrógenos ejercen una acción importante, no solamente en la esfera ginecológica, sino también fuera del aparato reproductivo. El profesor Greenblatt continuó hasta el fin de su brillante y pródiga existencia, que fue el año 1987, difundiendo la manera de cómo una mujer en la posmenopausia podría mantener su dignidad y juventud. Él mismo era un enamorado de la vida y un jovial soñador, que tenía un secreto que compartir seguramente inspirado en Shakespeare: "*(...) una buena pierna cojeará, una espalda recta se encorvará, una ensortijada cabellera encanecerá, un cutis terso se arrugará, un ojo pleno se ahuecará, pero un buen corazón, es el sol y la luna*".⁽⁷⁾

Según el Dr. Eduardo Cáceres Álvarez: "*la mujer es el único animal sobre la tierra agobiada por la menopausia*", ya que todos los animales pueden reproducirse hasta el último día de sus vidas. Sin embargo, esta desigualdad tan peculiar no existió siempre. Hasta el año primero de nuestra era o poco después, la expectativa de vida era de 33 años y la mujer como todos los animales de diferentes especies, morían con sus funciones ováricas en pleno apogeo.^(5,6)

En los últimos años se ha elevado el interés por el estudio del climaterio, por tres razones fundamentales:⁽⁸⁻¹¹⁾

- ✓ Problema sociodemográfico: dado el elevado crecimiento y envejecimiento de la población mundial; fenómeno del cual nuestro país no está ajeno, ya que la esperanza de vida en la mujer cubana es hasta los 80 años.

- ✓ Problema de salud: dado por la morbilidad del síndrome climatérico y la provocada por las afecciones cardiovasculares, del sistema nervioso central y la osteoporosis.
- ✓ Demanda de atención: debido a la solicitud de cuidado por parte de las mujeres de edad mediana, con el fin de mejorar su calidad de vida cuando se encuentran agobiadas por los síntomas del climaterio y no han tenido una preparación previa durante su juventud, que les permita atravesar la frontera climatérica de una forma más segura.

Estas mujeres son esposas, hijas, madres, abuelas, más otras relaciones familiares por consanguinidad o afinidad, incluidas en no pocos casos las nietas, dado el aumento de la esperanza de vida. A esto deben unírsele sus responsabilidades sociales, sobre todo laborales. Todo ello ocasiona que estén sometidas a cargas que otros grupos de edad no reciben y al no estar contempladas en aquellos considerados como vulnerables -niñas, adolescentes, en edad reproductiva, envejecidas-, no estaban diseñados e implementados programas de atención específicos, situación que internacionalmente es muy similar. Una de las razones que puede incidir es la falta de información, la cual impide el conocimiento del problema, sus particularidades y características que lo diferencian de otros y por tanto, necesitan de una atención específica.⁽¹²⁾

En gran medida, la mayor morbilidad y discapacidad de las mujeres se justifica por los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres, así como tienen una marcada influencia en su salud. Cabe mencionar que, las féminas durante su ciclo de vida realizan el trabajo de cuidadoras del bienestar familiar, puesto que son las que tienden a cuidar primero a los hijos, después a los padres y finalmente al cónyuge enfermo en su vejez. En los últimos años los roles de las mujeres han cambiado, en muchos casos empeorando su situación, al propiciar el fenómeno de la "doble jornada" o "triple jornada". Esta diferencia de género, que se transforma en una desigualdad, condiciona seriamente el bienestar social, biológico, psicológico y físico de las mujeres, de forma diferencial de acuerdo a su edad.⁽¹²⁾

Se ha dicho que la única cosa constante en la vida es el cambio, un concepto que la mujer que pasa por el climaterio comprende mejor que nadie; pues este trae consigo muchas de las transformaciones más significativas en la vida de una mujer, algunas pueden ser desconcertantes y otras difíciles, pero lo importante es recordar que para muchas mujeres, esta etapa de la vida puede ser un cambio para mejorar. El climaterio, por su parte, no es sinónimo de deterioro, puede ser leído como una pausa para reflexionar sobre el quehacer como mujeres y madres; constituye una transición social, a veces difícil y dolorosa, pero también de apertura y oportunidades en distintos ámbitos. Las generaciones de mujeres al final de la vida reproductiva y en la etapa anterior a la vejez han sido denominadas "generación sándwich o mujeres en el medio", porque además de estar en muchas ocasiones incorporadas a la vida laboral activa y ocuparse de las tareas del hogar, tienen que brindar cuidados a sus familiares ancianos u otros representantes de la descendencia, por lo que disponen de menos tiempo para el descanso. Por otro lado, sufren los cambios biológicos propios de su edad y los de su pareja. Todo lo cual conlleva a un mayor deterioro de su salud, a que se automediquen más y acudan más frecuentemente a las consultas médicas.⁽¹³⁾

Teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional que ocurre en la población cubana y la marcada disminución de la tasa de fecundidad, lo cual hace que las mujeres en edad mediana alcancen una proporción importante en nuestro país; es necesario conocer sus características sociodemográficas, para crear estrategias de atención que estén basadas

en la realidad existente y permitan dar soluciones a sus principales problemáticas, por lo que se decide realizar una revisión del tema para precisar estas características.

OBJETIVO

Describir las características sociodemográficas de las mujeres cubanas en edad mediana.

DESARROLLO

Es necesario tener en cuenta algunas definiciones muy utilizadas en torno a estos temas y que además, permiten comprender mejor todo cuanto ocurre a la mujer en edad mediana.

Edad Mediana: Es la que se corresponde con mujeres de 40 a 59 años, conjunto humano al que va dirigida la atención del grupo de climaterio.^(2,10)

Climaterio: Existen tantos conceptos de climaterio como autores que estudian el tema, no obstante, hemos preferido hacer uso de los que se exponen en el Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia, Ciudad Habana, Diciembre 2006; donde se define como: *el período de transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la mujer, que se divide en dos etapas:*

1. **Perimenopausia:** Desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.
2. **Posmenopausia :** Desde la menopausia hasta los 64 años, a la vez se subdivide en:
 - a) Etapa temprana: se refiere a los cinco primeros años de la posmenopausia.
 - b) Etapa tardía: desde los cinco años de la menopausia hasta los 64 años.^(2,10)

Otros autores como Paredes Pérez señalan que: "el climaterio es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparece la menstruación, se pierde la capacidad reproductiva, se producen signos de desfeminización y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, todo esto como consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica". Climaterio viene del griego *klimakter*, en latín *climacter*, que significa escalera, peldaño, escalón en la vida de una persona, momento difícil de superar. Es una etapa del desarrollo humano que marca la transición entre la edad adulta y la vejez.⁽⁵⁾

Menopausia natural: Es el cese definitivo de la menstruación, como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario. Su diagnóstico es retrospectivo y se hace después de un período de amenorrea mayor de 12 meses. Es un suceso más que un período.^(2,10,63)

Menopausia precoz: Es la menopausia natural que ocurre antes de los 40 años.^(2,10)

Menopausia artificial o quirúrgica: Es el daño gonadal irreversible inducido por radio o quimioterapia, o extirpación quirúrgica.^(2,10)

Menopausia tardía: Es la menopausia que ocurre después de los 55 años de edad.^(10,14)

La Organización Mundial de la Salud define la menopausia como el cese permanente de la menstruación, tras un período de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica. Se reserva el término de perimenopausia para el período de tiempo que precede a la última regla y los 12 meses posteriores, y posmenopausia para todos los años que siguen tras la última regla.⁽⁵⁾

La edad de aparición de la menopausia es variable, se acepta que tiene lugar entre los 35 y 55 años, con un promedio a los 50 años. Diferentes factores influyen en el momento del cese definitivo de la menstruación, entre los que se señalan: la edad de la menarquía; la herencia, ocurre a una edad similar en una misma familia; el hábito de fumar, las fumadoras tienden a presentar la menopausia en edades inferiores al resto de la media poblacional; la paridad, se considera que a mayor paridad se eleva la edad de la menopausia y las nulíparas tienen menopausias más tempranas; así como la presencia de enfermedades asociadas como la Diabetes Mellitus, donde se describe la menopausia en edades por debajo de los 45 años. Todos estos elementos se explican por una aceleración en la depleción de los folículos antrales y primordiales en dependencia del estímulo causante, así mismo, indirectamente se genera un incremento en los niveles de hormona *Folículo Estimulante* y una disminución de la hormona *Antimulleriana*, producida por las células de la granulosa de los pequeños folículos en crecimiento del ovario; esta hormona hoy en día es considerada como uno de los mejores marcadores para la predicción de la insuficiencia ovárica primaria, sus niveles durante la menopausia son prácticamente indetectables y no guarda relación con el eje hipotálamo hipofisiario.⁽¹⁵⁻²⁵⁾

La menopausia se produce de forma fisiológica entre los 45-55 años de edad. El promedio de edad de la menopausia, en la mayoría de los países subdesarrollados que llevan registros de Salud, es de 48 años; en cambio en las naciones desarrolladas, la mujer tiene su menopausia alrededor de los 51 años. Según estudios realizados, en España ocurre a partir de los 50 años, existiendo diferencias inclusive entre las féminas españolas y las inmigrantes que viven en esta región, sobre todo las latinas; para las españolas se describe una edad media alrededor de los 52 años y para las latinas el promedio fue de 50,5 años. En América Latina y países árabes se señalan edades algo inferiores.^(5,7,26-30)

En trabajos desarrollados en Cuba acerca del climaterio, se ha encontrado que la edad de la menopausia natural es entre los 47 y 48 años, con una media a los 48,1 años, y es poco frecuente que se presente después de los 55 y antes de los 40 años.^(5,10,13,31-36)

Cerca del 80% de las mujeres expresan algún síntoma durante este período de transición, y según el momento en que aparezcan se les conoce como:^(2,3,8,10,37)

Síntomas precoces: Son aquellos que ocurren con máxima frecuencia durante la perimenopausia y en el año de amenorrea. Bajo esta denominación se encuentra el subgrupo conocido como síntomas vasomotores que incluye las palpitaciones, las sudoraciones y los sofocos o hot flashes, que al parecer caracterizan al climaterio. También conforman este grupo los **síntomas psicológicos** que abarcan la irritabilidad, la ansiedad, la depresión, el insomnio y la disminución de la libido.

Síntomas intermedios: Son aquellos que ocurren entre los 2-5 años de la posmenopausia, entre estos se encuentran los síntomas genitourinarios que incluyen sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria e incontinencia urinaria.

Síntomas tardíos: Su debut clínico ocurre 10 años después de la menopausia, generalmente están relacionados con el déficit estrogénico existente, que lleva a un incremento en la morbimortalidad de afecciones como osteoporosis, aterosclerosis, Alzheimer, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Coronaria y neoplasias de mama, útero y ovario.

Existe otro grupo de síntomas conocido como **Síntomas Generales**, que pueden aparecer en cualquier momento de esta etapa de la vida y entre los que se encuentran: la variación del peso, el decaimiento, los calambres, las artralgias, las mialgias y los mareos.⁽¹⁰⁾

Para las mujeres en edad mediana que fisiológicamente tienen su paso por el climaterio, este puede ser menos satisfactorio por la aparición de morbilidad oculta con afecciones cardiovasculares, cerebrovasculares, osteoporosis y enfermedad de Alzheimer, o verse agobiadas por una brecha de género que no tolera su transformación. En nuestro país, según el Anuario Estadístico de 2012 existen 1 678 415 mujeres en edad mediana, de ellas los mayores volúmenes se localizan en La Habana, Santiago de Cuba y Holguín. En el otro extremo, resulta la Isla de la Juventud con la menor cantidad de mujeres en esta etapa de la vida. Dicha distribución se mantiene desde hace varios años, con algunas variaciones no significativas y mostrando una tendencia al envejecimiento poblacional, ya que al analizar las tasas de natalidad y fecundidad de forma general en el decursar de los años, estas disminuyen. La reducción de la natalidad en Cuba ha ocurrido a un ritmo veloz y persiste en la actualidad, teniendo un impacto visible en el crecimiento demográfico de la población.^(8,9,38,39)

Bajos niveles de fecundidad y mortalidad de forma continua en el tiempo, conllevan a una estructura etárea envejecida y a su vez, ello se interrelaciona en un proceso de población y desarrollo, con aspectos de índole económica, social y demográfica. El envejecimiento poblacional es un hecho concreto en Cuba, dado entre otros factores por el desarrollo social alcanzado y su interrelación con la evolución demográfica. Su situación actual y perspectiva, plantean decisivos retos para la política social del país y la sociedad en su conjunto. Las consecuencias del envejecimiento están directamente vinculadas con cambios en la estructura social y de manera específica, con aspectos relacionados con el cuadro de salud de la población, los recursos laborales, la seguridad social y la composición familiar, entre otros factores básicos en la dinámica social y económica del país.^(38,40)

La fecundidad en Cuba es la variable que más ha incidido en el crecimiento de su población. La contracción experimentada por esta a partir de mediados de la década de los años sesenta del siglo pasado continúa en la actualidad, constituyendo un ejemplo de la interrelación entre población y desarrollo; donde los avances educacionales, de salud en general y reproductiva en específico, de seguridad y asistencia social y sobre todo los profundos cambios en la condición de la mujer, explican un proceso que resulta inédito en el contexto de los países en desarrollo y en particular en nuestra región; todavía ninguna nación ha descendido de los niveles de reemplazo en su transición de la fecundidad (menos de un hijo por mujer). Para algunos, ello constituye un patrón de comportamiento muy avanzado, que delinea elementos de lo que se ha dado en llamar la segunda transición demográfica; pero que a su vez ha estado acompañado de una alta fecundidad en la adolescencia, una estructura de métodos anticonceptivos no del todo favorable, una recurrencia a la interrupción del embarazo más alta de lo deseado, entre otros aspectos.^(38,39,40)

Este grupo poblacional de mujeres en edad mediana no ha escapado del comportamiento anteriormente explicado en la tasa de fecundidad, aunque presenta sus particularidades. En el año 1995 para las mujeres entre 40-49 años era de 3 por cada 1 000 mujeres, sin embargo, en el 2010 cierra con un resultado de 4,8 por cada 1 000 mujeres. Este incremento está condicionado por varios factores: la postergación de la maternidad por la búsqueda de la superación profesional y/o económica, así como la aparición de las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad, las cuales han permitido que mujeres infértiles

con una edad materna avanzada, sin esperanza de lograr la maternidad, hayan satisfecho su anhelo.^(9,11,40-42)

En cuanto a la mortalidad, las cinco primeras causas de muerte en la mujer fluctúan pero no varían desde hace varias décadas, estas son: las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la enfermedad cerebro vascular, la influenza, la neumonía y los accidentes. Para este grupo de mujeres en específico, en el 2012 se describe una tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular de 27,8 por 100 000 habitantes del sexo correspondiente, seguida por el cáncer de mama con una tasa de 26 y la enfermedad cerebro vascular con 25. En Cuba las enfermedades crónicas no transmisibles acaparan los lugares iniciales entre las primeras causas de muerte ocurridas en ambos sexos, concentrando la mayor proporción de defunciones; los hombres muestran una sobre mortalidad en la mayoría de las causas.^(4,9,11)

En general, las mujeres en edad mediana tienen un nivel educacional alto, registrándose más de un 50% con medio o superior. Se han realizado múltiples investigaciones en nuestro medio con este resultado, como es el caso de la desarrollada por la profesora Stalina Santiesteban que reporta un 63,3% de pacientes con nivel medio, también obtuvieron hallazgos similares las series descritas por Lugones y Artiles.^(8,34,35,43-45)

Relacionado con los cambios en el desarrollo económico de nuestro país, más del 50% de la fuerza técnica laboral es femenina. Esta situación está muy vinculada con el nivel educacional alcanzado, el cual le permite a la mujer en edad mediana mantener una vida profesional activa, incluso cuando se encuentran fuera de la edad laboral establecida. En ocasiones el hecho de estar ligada a una profesión determinada favorece la búsqueda de información y atención médica ante la aparición de los síntomas del climaterio, aunque es muy frecuente la postergación de su cuidado en función de la doble jornada en esta etapa de la vida; inclusive todo el cortejo sintomático del síndrome climatérico interfiere en la calidad del trabajo de las féminas y puede convertirse en un generador de stress; además, siempre hay que tener en cuenta la nueva misión que para muchas mujeres aparece, la de “cuidadoras” de la familia y fundamentalmente de los ancianos.^(2,6,8,31-35,36,43-45)

Con respecto a la nupcialidad y la divorcialidad en esta etapa de la vida, una vez satisfechos los deseos de maternidad, con una mayor madurez biológica y psicológica, se intenta mantener la estabilidad del hogar, por lo que la mayoría de estas mujeres no son solteras, ya bien sea casadas o unidas de forma estable. Aunque existen no pocos casos con una tendencia a reconstruir sus vidas, describiéndose un incremento de los divorcios en la medida que aumentan los años de unión, lo que puede repercutir en el estado psicológico y emocional de estas mujeres, que por lo demás ya no son las más jóvenes.^(11,34,44)

De manera general, se ha querido tener un acercamiento a este grupo de la sociedad, que requiere de atención específica y que tan importante rol de género desempeña en los progresos de la Cuba de hoy.

Este texto se inició con una frase de Coelho y se culmina con otra, que inspira a la mujer en edad mediana: “La verdad es que siempre podemos ir más lejos. Amar más, vivir más, arriesgar más. Jamás la inmovilidad ha sido la mejor de las soluciones. Porque todo a nuestro alrededor cambia- incluso el amor- y debemos seguir este ritmo.”

CONCLUSIONES

En Cuba las mujeres en edad mediana son casadas, distribuidas en zonas urbanas, con nivel educacional entre medio y alto, vida social activa, disminución en sus tasas de

fecundidad de manera general y riesgo de fallecer por enfermedades cardiovasculares, tumorales y cerebrovasculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coelho P. El Aleph. 1^{ra} edición. Rio de Janeiro: Editoras S.A; 2010.
2. Navarro D. Climaterio y Menopausia. De médica a mujer . 2^a ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006.
3. Navarro D. Diabetes Mellitus, Menopausia y Osteoporosis. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.
4. Corral A, Castañeda IE, Bárzaga M, Santana MC. Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2010; 36(1):66-7.
5. Capote MI, Segredo AM, Gómez O. Climaterio y menopausia. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(4): 543-557.
6. Lugones BM, Ramírez BM. Lo social y lo cultural: Su importancia en la mujer de edad mediana. Rev. Cubana Obstet Gineco. 2008; 34(1).
7. Lugones BM, Ramírez BM. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia. Rev. Cubana Med Gen Integr oct.-dic. 2008. 24(4).
8. Artiles L, Navarro D, Manzano B. Climaterio y Menopausia: Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.
9. Anuario Estadístico de Salud 2012. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud La Habana, abril 2013.
10. Colectivo de Autores. II Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia. Taller Nacional de Actualización y Revisión. Sección de Climaterio y Menopausia. Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia. La Habana: Editorial CIMEQ; 2006.
11. Herrera VR, Torres RM. Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. Rev Cubana Salud Pública. 2009; 35(1).
12. Salgado de Zinder N, Soc D, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública Méx. 2007; 49(supl 4).
13. Castañeda IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 33(2).
14. Novak. Tratado de Ginecología. 12^a ed. México DF: Interamericana; 2002.
15. Siobán D, Pangaja P. Menstruation and the Menopause Transition. Obstet Gynecol Clin North Am. 2011; 38(3): 595-607.
16. Chunyan H, Kraft P, Chasman DI, Buring JE, Chen C, Hankinson SE, et al. A large-scale candidate-gene association studies of age at menarche and age at natural menopause. Hum Genet. 2010; 128(5): 515-527.
17. Heredia HB, Lugones BM. Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007; 33(3).

18. Mikkelsen TF, Graff-Iversen S, Sundby J, Bjertness E. Early menopause, association with tobacco smoking, coffee consumption and other lifestyle factors: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2007; 7(1): 149.
19. Plante BJ, Cooper GS, Baird DD, Steiner AZ. The impact of smoking on antimüllerian hormone levels in women aged 38 to 50 years. *Menopause*. 2010; 17(3): 571.
20. Meczekalski B, Podfigurna-Stopa A. Genetics of premature ovarian failure. *Minerva Endocrinol*. 2010; 35(4): 195-209.
21. Wiacek M, Jegal BS, Hagner W, Hagner-Derengowska M, Zubrzyckil Z. Age- and menopause-related differences in physiological factors of health quality in women aged 35-60. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011; 54(2), 385-390.
22. Morris DH, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ. Familial concordance for age at natural menopause: results from the Breakthrough Generations Study. *Menopause*. 2011; 18(9), 956-961.
23. Monterrosa-Castro A, Blümel JE, Portela-Buevas K, Mezones-Holguín E, Barón G, et al. Type II diabetes mellitus and menopause: a multinational study. *Climacteric*. 2013; 16(6), 663-672.
24. Anderson RA, Nelson SM, Wallace WH. Measuring anti-Müllerian hormone for the assessment of ovarian reserve: When and for who is it indicated? *Maturitas*. 2011; 71(1), 28-33.
25. Visser JA, Schipper I, Laven JS, Themmen AP. Anti-Müllerian hormone: an ovarian reserve marker in primary ovarian insufficiency. *Nat Rev Endocrinol*. 2012; 8(6), 331-341.
26. Mendoza N, Sánchez-Borrego R, Cancelo MJ, Calvo A, Checa MA, Cortés J, et al. Position of the Spanish Menopause Society regarding the management of perimenopause. *Maturitas*. 2013; 74(3), 283-290.
27. Pérez-Alcalá I, Sievert LL, Obermeyer CM, Reher DS. Cross cultural analysis of factors associated with age at natural menopause among latin-american immigrants to Madrid and their spanish neighbors. *Am J Hum Biol*. 2013; 25(6), 780-788.
28. Taher YA, Ben Emhemed HM, Tawati AM. Menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Libyan women. *Climacteric*. 2012; 16(1), 179-184.
29. Siseles ON, Gutiérrez P. El climaterio en Latinoamérica: estado actual y tendencias futuras. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio. 2007. Disponible en: http://www.aapec.org/trab_cientificos/28.htm
30. Legorreta D, Montañó JA, Hernández I, Salinas C, Hernández-Bueno JA. Age at menopause, motives for consultation and symptoms reported by 40-59-year-old Mexican women. *Climacteric*. 2012; 16(4), 417-425.
31. Lugones M, Valdés S, Pérez J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (I). *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2001; 27(1): 16-21.
32. Navarro D, Padron RS, Seuc A, Desdin M. Factores relacionados con las características del síndrome climatérico en un grupo de mujeres cubanas. *Rev. Cubana Endocrinol*. 1999; 10(2): 116-123.
33. Marrón JC, Manzano BR, Pérez J, Nodarse A. Caracterización de mujeres atendidas en consulta de climaterio del Hospital González Coro. La Habana. 2000. (Trabajo de

terminación de residencia para optar por el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.)

34. Santiesteban SR. Atención Integral a las mujeres climatéricas desde el nivel Primario de Salud. Junio 2000-06. La Habana. 2007 (Trabajo para optar por el grado científico de Doctora en Ciencias Médicas).
35. Lugones BM, Córdova AM, Dávalos ST. La salud integral de la mujer en el climaterio. Rev Sexología y Sociedad. 2003; 9(23), 28-32.
36. Navarro D, Xiqués T, Pérez A. Características clínicas y sociales de la mujer en etapa climatérica. Rev. Cubana Endocrinología. 1996. 7(1): 10-4.
37. Corral A, Pérez J. Clasificación del síndrome climatérico en mujeres de edad mediana, Ciudad de La Habana, 2003 (I). Rev. Cubana Med Gen Integr. 2009; 25(1).
38. Alfonso Fraga JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(1).
39. López L, Gran Álvarez MA, Felipe AM. Evolución de la fecundidad en Cuba en las últimas cinco décadas. Rev. Temas Estadísticos de Salud. 2005; 1(2).
40. Rodríguez G. La fecundidad cubana entre los fines del siglo XX y principios del XXI. Rev. Cubana Salud Pública. 2008; 34(1)
41. Franco MC, González D E, Fernández JC. Caracterización de la población femenina con ideales reproductivos por encima del reemplazo. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(1).
42. Liu K, Case A. Advanced reproductive age and fertility. J Obstet Gynaecol Can. 2011; 33(11): 1165-75.
43. Lugones BM, Navarro DD. Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2006; 32(1).
44. Delgado L. Caracterización de los trastornos menstruales y el sangrado posmenopáusico en mujeres de edad mediana. Rev Panorama Cuba y Salud. 2010; 5(1): 37-43.
45. Jiménez MC, Enríquez B, Puentes EM. Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(2): 160-172.