

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS**  
**FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

**Título de la investigación:**

Comparación de las estrategias implementadas en el abordaje interdisciplinar para el climaterio y la menopausia, en Reino Unido y Canadá, para la identificación de las mejores prácticas implementables en el sistema de salud costarricense.

**Nombre del estudiante:**

Jéssica Franciny Cabrera Picado.

**Tutor:**

Dr. Franklin Escobar Zárate.

San José  
Julio, 2025.

## **I. Resumen**

Esta investigación analiza las estrategias de abordaje interdisciplinario del climaterio y la menopausia en Reino Unido y Canadá, seleccionados por su liderazgo internacional en políticas públicas de salud de la mujer y la calidad de sus modelos de atención, con el fin de identificar las mejores prácticas que puedan ser implementadas en el sistema de salud costarricense.

La menopausia, entendida como un proceso biológico que afecta a una parte significativa de la población femenina, implica una serie de cambios físicos, emocionales y sociales que requieren una atención integral y centrada en la mujer. A pesar de que en Costa Rica existen guías institucionales que reconocen la importancia de un abordaje integral, su aplicación en la práctica clínica sigue siendo limitada.

Mediante una revisión bibliográfica con enfoque cualitativo, se compararon las políticas, programas y modelos de atención desarrollados en los tres países. Se identificaron experiencias exitosas, como las guías clínicas y las iniciativas de educación pública del NHS en Reino Unido, así como los programas comunitarios interdisciplinarios en Canadá, los cuales integran componentes médicos, psicológicos y sociales de forma coordinada. Estas estrategias han demostrado ser eficaces para mejorar la calidad de vida de las mujeres y reducir la medicalización innecesaria del climaterio.

La investigación concluye que Costa Rica podría beneficiarse de la adaptación de estos modelos, fortaleciendo la formación del personal de salud, promoviendo la articulación interinstitucional y desarrollando programas piloto que integren terapias hormonales y no hormonales. Se recomienda avanzar hacia un modelo de atención integral, inclusivo y sensible al contexto cultural costarricense, que coloque a la mujer en el centro de la intervención sanitaria. Esta propuesta busca contribuir al bienestar de las mujeres en el climaterio y a la mejora del sistema de salud pública en su conjunto.

## **II. Agradecimientos**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que, de una u otra forma, me acompañaron en este proceso académico y personal.

En primer lugar, al Dr. Franklin Escobar Zárate, mi tutor de tesis, por su valioso acompañamiento, guía constante y por haber confiado en mi trabajo desde el inicio. Su disposición, paciencia y compromiso han sido fundamentales para el desarrollo y culminación de este proyecto.

A mi familia, por ser mi sostén incondicional. Gracias por su amor y apoyo emocional. Cada palabra de aliento, cada gesto de cariño y cada sacrificio silencioso han sido el impulso que me permitió avanzar.

A la Universidad Internacional de las Américas, mi alma mater, por brindarme las herramientas, el conocimiento y el espacio para crecer no solo como profesional, sino también como ser humano. Han sido años de formación, desafíos y aprendizaje que marcarán para siempre mi camino.

A todos, gracias por ser parte de esta etapa tan significativa. Este logro también es suyo.

### **III. Dedicatoria**

Dedico este trabajo a todas las mujeres que transitan el climaterio y la menopausia, una etapa tan significativa como incomprendida. A aquellas que enfrentan cambios físicos, emocionales y sociales en silencio, muchas veces minimizados o invisibilizados por la sociedad y los sistemas de salud. Este estudio nace del compromiso con su bienestar y del deseo de contribuir a una atención más humana, respetuosa y centrada en sus verdaderas necesidades.

Que este esfuerzo académico sea una pequeña voz que se sume al clamor de tantas mujeres por ser escuchadas, comprendidas y acompañadas en esta transición de vida

## IV. Tabla de contenidos

I. Resumen .....	II
V. Lista de tablas .....	- 1 -
VI. Lista de figuras.....	- 2 -
VII. Lista de gráficos .....	- 3 -
VIII. Lista de abreviaturas.....	- 4 -
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>- 5 -</b>
<b>1.1 Introducción.....</b>	<b>- 6 -</b>
<b>1.2 Planteamiento del problema.....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>1.3 Objetivos.....</b>	<b>- 10 -</b>
<b>1.4 Justificación.....</b>	<b>- 11 -</b>
<b>1.5 Antecedentes.....</b>	<b>- 15 -</b>
<b>1.5.1 Antecedentes históricos.....</b>	<b>- 15 -</b>
<b>1.5.2 Antecedentes internacionales.....</b>	<b>- 17 -</b>
<b>1.5.3 Antecedentes nacionales.....</b>	<b>- 26 -</b>
<b>CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>- 27 -</b>
<b>2.11 Introducción al Climaterio y la Menopausia .....</b>	<b>- 28 -</b>
<b>2.1.1 Definición y Características.....</b>	<b>- 28 -</b>
<b>2.1.2. Importancia del Abordaje Interdisciplinar.....</b>	<b>- 30 -</b>
<b>2.2. Contexto del Sistema de Salud Costarricense.....</b>	<b>- 34 -</b>
<b>Reseña histórica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).....</b>	<b>- 34 -</b>
<b>2.2.1. Estructura y Funcionamiento.....</b>	<b>- 36 -</b>
<b>Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social.....</b>	<b>- 36 -</b>
<b>Niveles de Atención.....</b>	<b>- 38 -</b>
<b>2.2.2. Desafíos en el Abordaje del Climaterio y la Menopausia .....</b>	<b>- 39 -</b>
<b>Desafíos en Costa Rica .....</b>	<b>- 40 -</b>
<b>2.3. Sistema de Salud de Reino Unido.....</b>	<b>- 42 -</b>
<b>2.3.1 Análisis de Estrategias Interdisciplinarias en el Reino Unido.....</b>	<b>- 43 -</b>
<b>2.3.2. Profesionales Involucrados .....</b>	<b>- 48 -</b>
<b>2.4. Sistema de Salud Canadiense .....</b>	<b>- 49 -</b>
<b>2.4.1 Análisis de Estrategias Interdisciplinarias en Canadá.....</b>	<b>- 51 -</b>
<b>2.4.2. Enfoques Innovadores.....</b>	<b>- 53 -</b>

2.4.3. Resultados y Evidencia.....	- 55 -
2.4.4 Profesionales involucrados.....	- 56 -
2.5. Comparación entre el Reino Unido y Canadá .....	- 58 -
2.6. Identificación de Mejores Prácticas para Costa Rica .....	- 60 -
2.6.1. Adaptación al Contexto Costarricense .....	- 62 -
2.6.2. Factores Clave para la Implementación .....	- 63 -
<b>CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>- 64 -</b>
3.1 Enfoque metodológico .....	- 65 -
3.2. Tipo de investigación .....	- 66 -
3. 3. Fuentes de información .....	- 66 -
3.4 Criterios de búsqueda .....	- 67 -
3.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	- 69 -
3.6 Análisis de la información.....	- 70 -
3.7 Clasificación según niveles de evidencia.....	- 71 -
<b>CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>- 72 -</b>
4.1 Análisis del primer objetivo Identificar las principales estrategias de abordaje interdisciplinario para el climaterio y la menopausia implementadas en Reino Unido y Canadá.....	- 74 -
4.2 Análisis del segundo objetivo: Describir el enfoque actual adoptado en Costa Rica para la atención del climaterio y la menopausia.....	- 85 -
4.3 Análisis del tercer objetivo: Comparar las estrategias identificadas con el fin de proponer prácticas aplicables y adaptables al sistema de salud costarricense .....	- 97 -
<b>CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>- 109 -</b>
5.1.1 La importancia del enfoque personalizado y centrado en la paciente en el abordaje del climaterio y la menopausia.....	- 110 -
5.1.2 Ambos países coinciden en la combinación de terapias hormonales y no hormonales como parte de un tratamiento integral.....	- 113 -
5.1.3 Ambos países coinciden en la combinación de terapias hormonales y no hormonales como parte de un tratamiento integral.....	- 116 -
5.1.4 La integración interdisciplinaria en el abordaje del climaterio y la menopausia es promovida tanto en Reino Unido como en Canadá, pero su implementación es variable según recursos y formación del equipo de salud.....	- 119 -
5.2.1 Existe un enfoque normativo integral en Costa Rica, especialmente en las guías de la CCSS (2009), que promueve la atención personalizada, la inclusión de terapias no hormonales y la educación en salud, pero su implementación es limitada. ....	- 123 -
5.2.2 A pesar de los avances técnicos, persiste un desfase entre el enfoque normativo y la realidad operativa, lo cual genera una atención fragmentada y poco sensible a las necesidades psicosociales de las mujeres. ....	- 127 -

<b>5.2.3 Las mujeres de estratos socioeconómicos bajos enfrentan mayores barreras para acceder a atención integral durante el climaterio, lo que evidencia inequidades persistentes. ....</b>	<b>- 130 -</b>
<b>5.2.4 La ausencia de una perspectiva de género en la atención del climaterio perpetúa modelos reduccionistas y despersonalizados que limitan el empoderamiento femenino . -</b>	<b>132 -</b>
<b>5.2.5 La falta de seguimiento sistemático y evaluación continua limita la eficacia de las estrategias implementadas en el abordaje del climaterio en Costa Rica .....</b>	<b>- 135 -</b>
<b>5.3.1 A pesar de avances normativos, persiste la falta de una transformación cultural que reconozca el climaterio como etapa digna y plena. ....</b>	<b>- 138 -</b>
<b>5.3.2 La escasa visibilidad pública del climaterio en Costa Rica contrasta con las estrategias británicas que han logrado posicionar el tema en el debate público .....</b>	<b>- 141 -</b>
<b>5.3.3 La atención interdisciplinaria es una práctica consolidada en Canadá que ha demostrado beneficios en salud, pero en Costa Rica aún no está sistemáticamente integrada en el sistema de salud .....</b>	<b>- 143 -</b>
<b>5.3.4 Aunque algunas de las alternativas no farmacológicas son recomendadas en guías costarricenses, su aplicación en la práctica clínica sigue siendo marginal.....</b>	<b>- 146 -</b>
<b>CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>- 150 -</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>- 157 -</b>

## **V. Lista de tablas**

Tabla 1 Opciones terapéuticas no hormonales para síntomas del climaterio y la menopausia -	
32 -	
Tabla 2 Comparativa entre las estrategias utilizadas en Reino Unido y Canadá .....	- 59 -
Tabla 3 Estrategias Implementables en Costa Rica .....	- 60 -
Tabla 4 Criterios de búsqueda .....	- 67 -
Tabla 5 Criterios de inclusión y exclusión .....	- 69 -
Tabla 6 Clasificación según niveles de evidencia .....	- 71 -

## **VI. Lista de figuras**

Figura 1 Disminución de estrógenos en la Menopausia .....	- 29 -
Figura 2. Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda .....	- 70 -

## **VII. Lista de gráficos**

Este documento no contiene gráficos.

## VIII. Lista de abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
BMJ	<i>British Medical Journal</i>
BMS	<i>British Menopause Society</i>
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CENDEISSS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
CMAJ	<i>Canadian Medical Association Journal</i>
EMAS	<i>European Menopause and Andropause Society</i>
HRT	<i>Hormone Replacement Therapy</i> (Terapia de Reemplazo Hormonal)
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
IRSN	Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
MBSR	<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i>
MDT	<i>Multidisciplinary Team</i> (Equipo Multidisciplinario)
MS	Ministerio de Salud de Costa Rica
NAMS	<i>North American Menopause Society</i>
NHS	<i>National Health Service</i> (Reino Unido)
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
POI	<i>Premature Ovarian Insufficiency</i> (Insuficiencia Ovárica Prematura)
SOGC	<i>Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada</i>
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
THS	Terapia Hormonal Sustitutiva
TR	Terapia de Reemplazo
TRH	Terapia de Reemplazo Hormonal

# **CAPÍTULO I**

## 1.1 Introducción

La menopausia, según el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), es un proceso biológico que marca el fin de los periodos menstruales en las mujeres, generalmente entre los 45 y 55 años. Sin embargo, algunas mujeres pueden atravesar esta transición antes de los 40, lo que se clasifica como menopausia prematura o insuficiencia ovárica precoz. Este fenómeno ocurre debido a la disminución de la producción de estrógenos por parte de los ovarios, lo que provoca la ausencia de ovulación y, eventualmente, la cesación de la menstruación. (1)

La etapa previa a la menopausia, conocida como perimenopausia, puede extenderse varios años y se caracteriza por irregularidades en el ciclo menstrual y la presencia de síntomas físicos y emocionales que afectan significativamente la calidad de vida. Se estima que hasta el 80% de las mujeres experimentan manifestaciones como sofocos, sudores nocturnos, alteraciones del estado de ánimo, insomnio, problemas genitourinarios (como resequedad vaginal) y disminución de la libido, lo cual evidencia la necesidad de un abordaje integral para su manejo.

Tanto la menopausia como el climaterio representan etapas críticas que exigen una atención interdisciplinaria que integre distintas áreas de la salud. En este sentido, países como el Reino Unido y Canadá han desarrollado modelos que trascienden el componente fisiológico, incorporando el bienestar emocional y social. En el Reino Unido, por ejemplo, el NHS ha implementado el “NENC ICB – Management of the Menopause”, que establece directrices para la atención, fomenta la formación continua de profesionales y promueve el acceso a tratamientos personalizados, como la terapia hormonal sustitutiva (THS) y opciones no hormonales. Estas iniciativas garantizan que las mujeres accedan a información y atención de calidad para tomar decisiones informadas sobre su salud. (2)

De forma complementaria, Canadá ha impulsado la “Menopause Foundation Canada”, que ofrece recursos educativos y herramientas para empoderar a las mujeres en la gestión de sus síntomas, además de promover una atención culturalmente sensible que reconoce las diversas necesidades según los contextos y comunidades. Asimismo, la Sociedad

Canadiense para la Menopausia ha desarrollado la “Pocket Guide Menopause Management”, una guía práctica para profesionales de la salud sobre el abordaje de esta etapa. Ambas naciones cuentan con políticas públicas, capacitación especializada y protocolos de atención que han demostrado su efectividad para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante la menopausia. (3)

Esta comparación busca identificar prácticas clínicas que puedan adaptarse e incorporarse en el sistema de salud costarricense, promoviendo una atención integral y de calidad. La adopción de estas estrategias no solo beneficiará a las pacientes mediante un abordaje más holístico, sino que también fortalecerá la sostenibilidad y eficacia del sistema de salud. Integrar la atención médica con apoyo psicológico y social contribuirá a crear un entorno que fomente el bienestar y fortalezca la autonomía de las mujeres en esta transición.

Aunque la menopausia es una fase natural, plantea múltiples desafíos. Por ello, es esencial consolidar una base sólida para futuras investigaciones y políticas públicas que aborden tanto las necesidades físicas como el bienestar emocional. A medida que aumenta la población femenina en esta etapa, resulta prioritario que los sistemas de salud respondan de forma adecuada, garantizando el acceso oportuno y equitativo a los servicios que cada mujer merece

## 1.2 Planteamiento del problema

La menopausia es una etapa que afecta aproximadamente al 50% de la población femenina, y se estima que en países como el Reino Unido alrededor del 25% de las mujeres consultan por síntomas significativos que impactan su calidad de vida. A pesar de la importancia de un enfoque interdisciplinario en la atención de estas mujeres, muchas veces los sistemas de salud no ofrecen estrategias adecuadas y coordinadas. En Costa Rica, donde se proyecta un aumento en la población envejecida, la falta de un enfoque estructurado puede llevar a un manejo ineficiente de la menopausia. Actualmente, en el país se carece de guías clínicas actualizadas y de programas interinstitucionales efectivos para el abordaje del climaterio y la menopausia, lo que limita la calidad y la equidad de la atención, por lo que resulta prioritario analizar modelos exitosos que puedan ser adaptados al contexto costarricense

Martin-Key et al. (2023), en un estudio realizado en el Reino Unido titulado “Perceptions of healthcare provision throughout the menopause in the UK: a mixed-methods study”, se propuso comprender las perspectivas de la atención a la menopausia en el Reino Unido evaluar la efectividad de los equipos interdisciplinarios en la atención de la menopausia, analizando su impacto en la calidad de vida de las mujeres y la satisfacción con los servicios de salud. (4) De manera similar, Wolfman et al.(2021) en Canadá, en su investigación titulada “GuidelineNo.422d:Menopause and Sexuality”, se centró en identificar las mejores prácticas para la atención interdisciplinaria en el climaterio y menopausia, con el objetivo de mejorar los resultados de salud y el acceso a tratamientos adecuados. (5) En la “Guía de manejo de la mujer adulta” de la CCSS(2009), se proponen fármacos para el uso en menopausia, lo cual es fundamental para la investigación actual que busca las mejores prácticas clínicas para el abordaje de la menopausia y climaterio en el Costa Rica. (6)

Estos datos resaltan la necesidad urgente de investigar y adaptar las mejores prácticas de otros países, considerando que una de las guías en Costa Rica es del año 2009. Ante este panorama, surge la necesidad de identificar estrategias interdisciplinarias exitosas en contextos comparables, con el fin de orientar futuras políticas públicas y actualizar las modalidades de atención en Costa Rica. Por lo tanto, la pregunta de investigación es: ¿Cuáles son las mejores

estrategias de abordaje interdisciplinar para el climaterio y la menopausia, en Reino Unido y Canadá, implementables en el sistema de salud costarricense?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Comparar las estrategias implementadas en el abordaje interdisciplinario del climaterio y la menopausia en Reino Unido y Canadá, a fin de identificar las mejores prácticas aplicables en el sistema de salud costarricense.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar las principales estrategias de abordaje interdisciplinario para el climaterio y la menopausia implementadas en Reino Unido y Canadá.
- Describir el enfoque actual adoptado en Costa Rica para la atención del climaterio y la menopausia.
- Comparar las estrategias identificadas con el fin de proponer prácticas aplicables y adaptables al sistema de salud costarricense.

## **1.4 Justificación**

La investigación sobre el climaterio y la menopausia es de vital importancia en la actualidad, especialmente en un contexto donde la salud de la población femenina es cada vez más reconocida como un área crítica de atención médica. La menopausia, como un proceso biológico que afecta a aproximadamente el 50% de la población femenina, representa no solo un cambio físico, sino también una serie de transformaciones emocionales y sociales que pueden influir en la calidad de vida de las mujeres. La identificación de estrategias efectivas de abordaje interdisciplinario para este fenómeno no solo es necesaria para mejorar la atención sanitaria, sino que también es esencial para fomentar un envejecimiento saludable en la población.

En Costa Rica, se estima que más del 30% de las mujeres de entre 45 y 65 años experimentan síntomas menopáusicos significativos, como sofocos, trastornos del sueño y cambios de humor. Estos síntomas, que pueden variar en severidad, afectan directamente la calidad de vida, la salud mental y el bienestar general de estas mujeres. A medida que la población costarricense envejece, la necesidad de un enfoque adecuado y sistemático para el manejo del climaterio se vuelve aún más apremiante.

Diversos estudios respaldan la relevancia de implementar enfoques interdisciplinarios en el tratamiento del climaterio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las mujeres menopáusicas requieren una atención que integre aspectos ginecológicos, psicológicos y nutricionales para asegurar una mejor calidad de vida. Por ejemplo, en el estudio “Perceptions of healthcare provision throughout the menopause in the UK: a mixed-methods study” realizado en Reino Unido, reveló que las mujeres que recibieron atención interdisciplinaria reportaron una disminución en la severidad de los síntomas menopáusicos. (4)

Asimismo, la doctora Mayra Achío Tacsan, en su artículo “Salud de las mujeres de mediana edad: retos para los servicios de salud”, indica que las consultas de las mujeres de 45-59 al sistema de salud costarricense son en su mayoría por enfermedades relacionadas a los sistemas circulatorio, osteomuscular, endocrino y metabólicas, pero nadie les explica que estas patologías están relacionadas con los cambios que se dan en la menopausia, y no es abordado

como un todo, que tiene un origen en común, sino más bien se trata cada una por separado y no se da en muchos casos todo el tratamiento necesario, como lo es la terapia de reemplazo hormonal (TRH), necesario para evitar padecimientos del sistema óseo. (7) Esta falta de atención integral resalta la necesidad de investigar y adaptar estrategias efectivas utilizadas en otros contextos, como los de Reino Unido y Canadá, donde se han establecido modelos de atención más completos y centrados en la paciente.

La investigación propuesta contribuirá de manera significativa al conocimiento en el área de la salud pública y la atención interdisciplinaria en Costa Rica. Al examinar y comparar las mejores prácticas en el abordaje del climaterio y la menopausia en Reino Unido y Canadá, se generará información valiosa que podrá ser utilizada para mejorar las políticas y los programas de atención en el país.

Además, esta investigación fomentará un entendimiento más profundo de las necesidades específicas de las mujeres menopáusicas costarricenses. Dado que los contextos culturales y socioeconómicos influyen en cómo las mujeres experimentan y manejan la menopausia, las estrategias identificadas deberán ser adaptadas cuidadosamente a la realidad costarricense. Este enfoque permitirá desarrollar un modelo de atención que no solo sea efectivo, sino que también esté alineado con las expectativas y necesidades de la población local.

Los resultados de esta investigación beneficiarán a una amplia gama de grupos, pero, en particular, a las mujeres en la etapa del climaterio y la menopausia en Costa Rica. Al implementar estrategias interdisciplinarias adaptadas a sus necesidades, se espera que estas mujeres experimenten una mejora significativa en su calidad de vida, tanto en términos de bienestar físico como emocional.

Además, los profesionales de la salud —incluyendo médicos, enfermeras, psicólogos y nutricionistas— también se beneficiarán al tener acceso a nuevas herramientas y enfoques para brindar una atención más completa. Esta investigación no solo tiene el potencial de mejorar la calidad de atención médica, sino que también puede inspirar una colaboración más estrecha entre diferentes disciplinas, fomentando un enfoque más holístico en la atención de la salud femenina.

El sistema de salud costarricense en su conjunto también se verá beneficiado al integrar estas estrategias en su modelo de atención. La mejora en la calidad del cuidado ofrecido puede conducir a una mayor satisfacción de las pacientes y, potencialmente, a una reducción en los costos de atención médica a largo plazo, al prevenir complicaciones asociadas con una mala gestión de los síntomas menopáusicos.

En un contexto global, el envejecimiento de la población es una tendencia ineludible. La Organización Mundial de la Salud predice que para el año 2030, el número de personas mayores de 60 años alcanzará los 1400 millones a nivel mundial. Este cambio demográfico presenta desafíos significativos para los sistemas de salud, especialmente en la atención de la salud femenina durante la menopausia. Las sociedades deben prepararse para enfrentar las complejidades que surgen con el envejecimiento, incluyendo la necesidad de atención médica adecuada y accesible. (8)

En América Latina, y específicamente en Costa Rica, la situación es similar. El país ha visto un aumento en la esperanza de vida, y se espera que la población envejecida continúe creciendo en las próximas décadas. Según una estimación realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo de Costa Rica (INEC), y publicada en el documento “Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950 -2050”, para el año 2040 habrá 213 234 mujeres entre 50-54 años. Esto significa que un número cada vez mayor de mujeres enfrentará los desafíos asociados con la menopausia. Sin embargo, el acceso a atención médica adecuada y centrada en la paciente sigue siendo limitado, lo que pone de manifiesto la necesidad de investigación en este ámbito. (9)

Al centrar la investigación en las mejores prácticas de abordaje interdisciplinario en Reino Unido y Canadá, se ofrece una oportunidad para aprender de sus experiencias. Estos países han implementado modelos de atención que integran la medicina, la psicología, la nutrición y otros campos; lo que ha demostrado ser efectivo en la mejora de la calidad de vida de las mujeres menopáusicas. Adaptar estos enfoques a la realidad costarricense permitirá diseñar un sistema de salud más inclusivo y efectivo.

En conclusión, la investigación sobre las mejores estrategias de abordaje interdisciplinar para el climaterio y la menopausia es no solo relevante, sino esencial en el contexto actual de Costa Rica. Esta investigación responderá a una necesidad crítica de atención médica para las mujeres menopáusicas, generando conocimiento que beneficiará a las pacientes, a los profesionales de la salud y al sistema de salud en su conjunto. Al enfocarse en la adaptación de modelos exitosos de otros países, se establece una base sólida para mejorar la atención de la salud femenina en Costa Rica, promoviendo un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida para las mujeres en esta etapa de sus vidas.

## **1.5 Antecedentes**

### **1.5.1 Antecedentes históricos**

Como primer antecedente, Álvaro Mora Aguilar (1978), en Costa Rica, desarrolló El Climaterio en Costa Rica con el objetivo de analizar a las pacientes que pasan por el climaterio y su estilo de vida. (10)

El estudio se realizó mediante la revisión y análisis de 130 expedientes de la Consulta Externa de Climaterio del Hospital San Juan de Dios hasta 1976. Los resultados muestran que estas 130 pacientes ameritaron un total de 1.244 consultas, con un promedio de nueve consultas por paciente, y se encontró una edad promedio de menopausia de 48 años y 5 meses, con una vida fértil promedio de 33 años y 4 meses, sin relación con la multiparidad ni la nutrición debido a limitaciones socioeconómicas. (10)

El aporte de este estudio a la presente tesis es que sirve como base de comparación para evidenciar los cambios que se han dado en el país en el abordaje del climaterio. (10)

Como segundo antecedente, Erin R. Duralde et al. (2022) presentaron Management of Perimenopausal and Menopausal Symptoms, con el objetivo de aportar a la mejora en el tratamiento de los síntomas de la menopausia. (11)

El estudio, de tipo cualitativo y descriptivo, se fundamentó en la revisión de 198 fuentes, destacando que los síntomas relacionados con hormonas sexuales bajas y fluctuantes son comunes y molestos para muchas mujeres durante la transición menopáusica y posmenopáusica. (11)

Su aporte a esta investigación consiste en evidenciar avances actuales en el tratamiento, aportando elementos clave para valorar la evolución histórica del manejo de la menopausia. (11)

Como tercer antecedente, Miguel Lugones Botell y Marieta Ramírez Bermúdez (2008) elaboraron Apuntes Históricos sobre el Climaterio y la Menopausia con el objetivo de presentar el valor histórico, cultural y antropológico de la menopausia. (12)

Mediante un estudio cualitativo y descriptivo basado en 11 fuentes, evidencian que, aunque las referencias históricas aportan escasos datos clínicos, enriquecen la comprensión del significado simbólico de esta etapa y del rol asignado a la mujer, influido por valores y creencias culturales. (12)

Este estudio aporta a la tesis la dimensión histórica y cultural que contextualiza la atención actual del climaterio. (12)

Como cuarto antecedente, Eberlin H. Vélez P. y Luisa Figueredo (2016) elaboraron Importancia Histórica del Climaterio y la Menopausia con el objetivo de redimensionar las representaciones sociales del cuerpo de la mujer para generar conciencia sobre los eventos climatéricos y menopáusicos. (13)

Se trata de un ensayo cualitativo y descriptivo que consultó 35 fuentes y enfatiza la importancia de promover la educación y la información sobre el cuerpo y los procesos fisiológicos para evitar experiencias adversas, temores y angustias innecesarias. (13)

Su aporte a la investigación radica en que plantea estrategias para mejorar la atención y el bienestar de las mujeres en Costa Rica, promoviendo una vivencia más positiva y empoderada del climaterio y la menopausia.. (13)

Como quinto antecedente, Rufus A. Johnstone y Michael A. Cant (2019) presentaron La Teoría de la Evolución y la Menopausia, cuyo objetivo es discutir las posibles razones evolutivas de este rasgo inusual de la historia de la vida y explicar por qué está restringido a humanos y ballenas. (14)

Se trata de un estudio cualitativo y descriptivo que analiza cómo la demografía influye en los patrones de parentesco a lo largo de la vida, resaltando que en la mayoría de los mamíferos, la dispersión masculina condiciona que las hembras estén menos relacionadas con otros miembros del grupo a medida que envejecen. (14)

El aporte de este antecedente a la tesis es ofrecer una perspectiva evolutiva y comparativa para comprender la relevancia biológica y social de la menopausia en la vida de las mujeres, así como su relación con otras especies. (14)

### **1.5.2 Antecedentes internacionales**

Nayra A. Martin-Key<sup>1</sup> et al, 2023, en un estudio realizado en Reino Unido titulado como “Perceptions of healthcare provision throughout the menopause in the UK: a mixed-methods study”, se propueso comprender las perspectivas de la atención a la menopausia en el Reino Unido. (4)

El análisis temático se calculó sobre criterios cualitativos de datos Se entregó una encuesta en línea. Se analizaron los datos de 952 encuestados. Las estadísticas descriptivas se calcularon para datos cuantitativos en general y por etapa de la menopausia. En conclusión el estudio indica la importancia de reconocer los requisitos de atención únicos de las mujeres que se han sometido menopausia inducida médicamente, ya que sus necesidades pueden diferir de las de aquellas que experimentan la menopausia natural.

Este antecedente es crucial para la investigación actual, ya que proporciona una base sólida de valiosa perspectivas sobre la atención en la menopausia que pueden ser aplicados al contexto del sistema de salud costarricense. Aquí se resumen los aportes del estudio, seguidos de una comparación con las estrategias interdisciplinarias implementadas en el Reino Unido, y cómo estas pueden informar las mejores prácticas en Costa Rica. (4)

Wendy Wolfman, MD, Toronto, 2021, en la guía “Guideline No. 422d: Menopause and Sexuality “El objetivo es proporcionar estrategias para mejorar la atención de las personas perimenopáusicas.y mujeres posmenopáusicas según los datos publicados más recientes evidencia. (5)

El análisis temático se calculó sobre criterios Las bases de datos consultadas fueron PubMed, MEDLINE y la Biblioteca Cochrane para los años 2002-2020 y búsqueda MeSH. En conclusión, la función sexual disminuye con la edad, pero sigue siendo un importante aspecto de la salud general de las mujeres menopáusicas y de edad avanzada.

El aporte del artículo viene dado porque en este, subrayan la necesidad de un enfoque más integral y multidisciplinario en la atención. Al aprender de las estrategias implementadas en Canadá, el sistema de salud costarricense puede beneficiarse de la integración de la salud sexual en la atención médica, la capacitación de profesionales y el establecimiento de un enfoque personalizado que aborde las necesidades biopsicológicas y relacionales de las

mujeres. Esto contribuirá a una mejor calidad de vida y bienestar general durante y después de la menopausia. (5)

National Institute for Health and Care Excellence, 2015, en un estudio realizado en Reino Unido en el que se busca proveer consejo en el cuidado y soporte que se debe ofrecer a personas que usan los servicios de salud. (15)

Se empleó una metodología cualitativa con un diseño descriptivo, para la revisión bibliográfica se consultaron los siguientes trabajos: The Daisy Network, The Menopause Exchange, Fertility Friends, The Infertility Network UK, Women's Health Concern. En conclusiones, es posible que esté recibiendo diferentes tratamientos o terapias para ayudar con sus síntomas de la menopausia. Para ver si el tratamiento está ayudando, para empezar, se le deben ofrecer citas de revisión cada 3 meses a la paciente.

Este antecedente aporta a la investigación actual que el NICE aboga por un enfoque proactivo en la evaluación y seguimiento de las mujeres durante la transición menopáusica, sugiriendo revisiones regulares para ajustar el tratamiento según sea necesario. Esto puede ser una práctica útil que Costa Rica puede adoptar para mejorar la atención a largo plazo. (15)

Margaret Rees, 2021, Global consensus recommendations on menopause in the workplace: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. El objetivo del estudio es dar recomendaciones de la menopausia en el lugar de trabajo. (16)

Se utilizó un método descriptivo cualitativo, se consultaron 57 referencias bibliográficas. En conclusión, las mujeres constituyen una gran parte de la fuerza laboral mundial. Estas recomendaciones Su objetivo es hacer que el entorno laboral sea más solidario, para mejorar el bienestar de las mujeres y su capacidad para permanecer en trabajo.

Este estudio aporta a la investigación recomendaciones necesarias a tomar en cuenta para las mujeres que laboran en el sistema de salud costarricense, y poder dar recomendaciones mientras son fuerza laboral y ya alcanzaron la etapa de la menopausia. (16)

María Sol East Goenaga, 2023, Proyecto de Tesis; “Mujeres, Climaterio, Menopausia y su abordaje desde las políticas públicas en salud, situación actual en la región de América Latina y el Caribe” Identificar, describir y reflexionar sobre las políticas públicas en salud sobre

climaterio y/o menopausia en el contexto actual, en 19 países de la región de América Latina y el Caribe (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela), desde un enfoque de género y curso de vida. (17)

El estudio fue exploratorio y descriptivo. La estrategia metodológica ha sido una revisión sistemática cualitativa, se consultaron 45 fuentes. Se observa que las mujeres y su salud sexual no son una prioridad en las políticas públicas al momento de comenzar a transicionar la etapa donde se detiene la capacidad de gestar o se finalizan los ciclos menstruales.

El aporte de esta investigación confirma que países de Latinoamérica no tienen una norma para tratar la menopausia, entre estos Costa Rica, con lo cual da un gran aporte a este trabajo; por esta razón es que se quiere desarrollar el mismo. (17)

Heather Currie et al., 2021, Vision for menopause care in the UK el objetivo tener un conocimiento básico de la menopausia y saber dónde deben dirigirse a las mujeres para obtener consejo, apoyo y tratamiento cuando sea apropiado. Cada equipo de atención primaria debe tener al menos un profesional sanitario designado. con especial interés y conocimiento en la menopausia. (18)

El enfoque es cualitativo, se consultaron 12 artículos para la investigación. En conclusión BMS Vision para la atención de la menopausia en el Reino Unido es una aspiración práctica y alcanzable que apoyará a los profesionales sanitarios la información, la formación, la educación y Se requiere liderazgo para ayudar a las mujeres a manejar la menopausia. y post reproductivas de sus etapas media y vida posterior. El progreso se medirá anualmente y esto La declaración de consenso se actualizará aún más para reflejar cualquier cambio requerido según corresponda.

El estudio aporta a la investigación la forma en que es vista y abordada la menopausia en UK, que servirá de modelo para tomar las mejores prácticas clínicas para Costa Rica. (18)

Iliana C et al, CPD, 2023. A pragmatic approach to the management of menopause El objetivo de esta revisión, es la evidencia para el tratamiento de los síntomas de la menopausia y analizamos sus riesgos y beneficios para ayudar a guiar a los médicos a evaluar y tratar a los pacientes durante la transición menopáusica. (19)

Este es un estudio cualitativo, se consultaron 50 fuentes. La menopausia y la perimenopausia pueden asociarse con síntomas angustiantes y una reducción de la calidad de vida. La terapia hormonal menopáusica es el tratamiento de primera línea para los síntomas vasomotores en ausencia de contraindicaciones. A las pacientes con contraindicaciones para el tratamiento con estrógenos y progestágenos se les pueden ofrecer alternativas no hormonales.

Estos antecedentes aportan a la investigación, que al integrar estas prácticas en el sistema de salud costarricense permitirá ofrecer un manejo más efectivo y personalizado de la menopausia y la perimenopausia. Al reconocer la importancia de la terapia hormonal como primera línea de tratamiento y ofrecer alternativas no hormonales, se puede mejorar significativamente la calidad de vida de las mujeres en esta etapa, garantizando una atención integral que atienda sus diversas necesidades. (19)

Karen Magraith, Christina Jang, 2023, .Management of menopause El objetivo es mostrar un enfoque práctico en el tratamiento de la menopausia. (20)

Este es un estudio cualitativo, en el que se consultaron 27 fuentes, La MHT es muy eficaz para el alivio de los síntomas asociados con la menopausia. Para la mayoría de las mujeres dentro de los 10 años posteriores a la menopausia o menores de 60 años, es probable que los beneficios superen el riesgo de daños. Los beneficios de la THM no sólo se limitan al control de los síntomas, sino que también hay buena evidencia que respalda su papel en la prevención de la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares. Las preparaciones vaginales locales pueden utilizarse únicamente para los síntomas genitourinarios. Se debe asesorar a las mujeres sobre sus opciones terapéuticas y prescribirlas un régimen adaptado a sus necesidades individuales.

Esta investigación aporta información para integrar estos elementos en el sistema de salud costarricense permitirá un manejo más efectivo y personalizado de la menopausia. Al ofrecer opciones de tratamiento basadas en evidencia, incluyendo la MHT y preparaciones locales, y al fomentar una comunicación abierta y empoderadora con las pacientes, se puede mejorar significativamente la calidad de vida de las mujeres durante esta etapa crucial de sus vidas. Esto no solo beneficiará a las pacientes, sino que también fortalecerá el sistema de salud en su conjunto. (20)

S. R. Davis et al, The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause, El kit de herramientas para profesionales para el manejo de la menopausia, desarrollado en 2014, proporcionó una Herramienta de escritorio accesible para profesionales de la salud que atienden a mujeres de mediana edad. Para asegurar los algoritmos del kit de herramientas y la información de respaldo reflejan las mejores prácticas actuales; el kit de herramientas ha sido revisado de acuerdo con la literatura publicada. (21)

El método utilizado fue una búsqueda sistemática de directrices, se realizaron 90 consultas a fuentes, En conclusión, el kit de herramientas 2023 y el documento de respaldo brindan información de escritorio accesible para apoyar a los proveedores de atención médica que atienden a mujeres de mediana edad.

Al integrar el kit de herramientas 2023 permitirá mejorar la calidad de atención para las mujeres de mediana edad. Al basarse en recursos validados y accesibles, se puede fortalecer la capacitación de los proveedores de salud, fomentar un enfoque interdisciplinario y asegurar que se brinde una atención personalizada y centrada en la paciente. Esto no solo beneficiará a las mujeres durante la menopausia, sino que también mejorará la salud pública en general en Costa Rica. (21)

Gina Harper-Harrison et al, 2024, en su publicación Hormone Replacement Therapy, los objetivos son, identificar los síntomas de la menopausia que son apropiados para el tratamiento con terapia de reemplazo hormonal, diferenciar entre los distintos tipos de terapias con estrógenos y progesterona disponibles para la terapia de reemplazo hormonal, aplicar las pautas clínicas actuales y las mejores prácticas para controlar los síntomas de la menopausia mediante la terapia de reemplazo hormonal, aplicar estrategias de equipos interprofesionales para mejorar la comunicación y la coordinación de la atención y los resultados en pacientes que utilizan terapia de reemplazo hormonal. (22)

Es un estudio cualitativo, se consultaron 13 fuentes, las pacientes que atraviesan la menopausia requieren un tratamiento integral por parte de un equipo interprofesional, que incluya médicos, profesionales avanzados, enfermeras y farmacéuticos. Se debe informar a los pacientes sobre los beneficios y riesgos de la TRH. Los farmacéuticos desempeñan un papel crucial al consultar con los prescriptores sobre el agente y la dosis adecuados mientras revisan el historial de medicación del paciente. Las enfermeras deben estar atentas a los signos

de eventos adversos, monitorear de cerca a los pacientes durante las visitas de seguimiento e informar rápidamente al médico sobre cualquier inquietud. La comunicación interprofesional efectiva y la atención coordinada garantizan una atención centrada en el paciente, mejoran la seguridad, mejoran los resultados e impulsan el desempeño del equipo relacionado con la TRH.

Este antecedente aporta a la investigación datos para integrar estos principios en las buenas prácticas clínicas del sistema de salud costarricense contribuirá a un enfoque más efectivo y centrado en el paciente para el manejo de la menopausia. Al fortalecer el trabajo en equipo, mejorar la comunicación interprofesional y garantizar que las pacientes estén bien informadas, se pueden mejorar significativamente la seguridad y los resultados en el tratamiento de la menopausia, promoviendo así una atención de calidad en el sistema de salud. (22)

Torres Jiménez, A.P., y Torres Rincón J.M. (2018). Climaterio y menopausia. Reemplazar el descenso hormonal con estrógenos y progestágenos exógenos, hacer una evaluación integral y modificar estilos de vida. (23)

El artículo ha hecho una introspección del funcionamiento fisiológico de las hormonas femeninas y cómo van sufriendo cambios con el pasar de los años a través de una revisión de tipo bibliográfico-cualitativo. A su vez, se analizaron las manifestaciones clínicas de estos cambios y como estos afectan el aparato reproductor. Se ha hecho énfasis en el abordaje integral de una paciente menopáusica con un enfoque en los estilos de vida, como cambiarlos y sobre todo individualizar cada paciente a fin de que cada una reciba un tratamiento hormonal personalizado, cuidando de los riesgos y las contraindicaciones de estos mismos tratamientos. El artículo ha consultado 15 fuentes.

El aporte significativo de esta investigación en correlación con esta tesis radica en el hecho de que se busca un abordaje integral y personalizado para las pacientes con climaterio/menopausia, el cual es un aspecto fundamental para el enfoque de esta tesis. (23)

Zurita Villamuza, V.J. (2017), desarrolló la siguiente investigación “ La Menopausia: Edad crítica? “, en el que se busca contemplar la menopausia como época de profundos cambios. Definir los conceptos de menopausia-climaterio. Repasar los grandes cambios que la menopausia produce. Describir el síndrome climatérico. Realizar consideraciones sobre la

oportunidad de controlar y tratar un proceso fisiológico, más que puede tener molestos síntomas y complicaciones. (24)

La investigación se llevó a cabo a través de una revisión bibliográfica con un enfoque cualitativo y ha hecho énfasis en entender la etapa climatérica-menopáusica, analizando los cambios, síntomas, deterioros y complicaciones presentes. Se han consultado 17 fuentes bibliográficas diferentes. Ante la pregunta de si es oportuno intervenir en el proceso menopáusico de la mujer, se consideran los siguientes elementos: la menopausia es un hecho fisiológico que ocurre alrededor de los 50 años, con poca variación a través de los siglos y como tal, no es necesario tratamiento alguno. Sin embargo, con el constante mejoramiento de la calidad de vida y los avances en asistencia sanitaria, sí es deber de la medicina a proveer una mejor calidad de vida a la mujer durante esta etapa y resolver nuevos problemas que florecerán a través de este periodo. Hay síntomas que son tratables y complicaciones sobre las cuales se pueden influir de forma positiva, además de que una pronta intervención repercute positivamente a nivel social y económico. Según la investigación, hay tres campos en donde se puede intervenir: tratamientos hormonales, tratamientos sintomáticos y una mejor de los hábitos de vida y dieta.

Este artículo aporta a esta investigación, la importancia de abordar de la mejor forma este proceso fisiológico femenino, proponiendo tratamientos y metodologías a aplicar. A pesar de hablar de la inevitabilidad de este proceso en las mujeres, aboga por una intervención adecuada u obligatoria por parte de la medicina y es este acercamiento el que se pretende con esta tesis. (24)

Asociación Colombiana de Menopausia. (2021), desarrolló la siguiente investigación, “Terapia Hormonal de la Menopausia en el año 2021”. Efectuar un simposio que, ante la evidencia de la importancia de la terapia hormonal de la menopausia, se analicen cuidadosamente sus beneficios a corto y largo plazos, sus riesgos, oportunidades, tipos y plasmar la discusión en documentación oficial que será publicada en la Revista Colombiana de Menopausia. (25)

El artículo se ha realizado con un enfoque de revisión bibliografía cualitativa dando luz a la discusión llevada a cabo en el Simposio Terapia Hormonal de la Menopausia (THM). Para las presentaciones del simposio se han consultado al menos unas 77 fuentes bibliográficas

diferentes. Se concluye el artículo con las siguientes observaciones: el papel fundamental del estradiol en la mujer, su periódica desaparición con la menopausia y la importancia de proteger a la mujer durante la fase menopáusica. Todos los THMs ofrecen resultados similares en lo que respecta a los beneficios que se pueden enumerar como la reducción de síntomas y protección ante la osteoporosis. Los riesgos presentes como el cardiovascular y de cáncer de mama varían mucho y de ahí depende la discreción del médico en cuanto a la elección del mejor método. En síntesis, el estradiol percutáneo es más seguro que el estradiol oral y este es más seguro que los estrógenos conjugados. A su vez, la progesterona micronizada y la didrogesterona son más seguras que otras progestinas, y estas más seguras que la medroxiprogesterona, que es la menos indicada para un THM. Finalmente, la terapia hormonal para la menopausia ayuda contra la pérdida de masa ósea, no tiene repercusiones positivas ni negativas en lo que respecta a las enfermedades cerebrovasculares. Los estrógenos pueden disminuir la incidencia de cáncer mamario más combinados con medroxiprogesterona, la pueden aumentar.

El aporte principal de esta fuente a esta tesis es fundamental para entender los diferentes tipos de THMs, sus métodos, beneficios, riesgos y contraindicaciones, necesarios a la hora de deliberar cual será o pueden ser las metodologías aptas en pro de establecer un plan de abordaje para el climaterio/menopausia en Costa Rica. (25)

Holloway, D, MSc. (2018), realizaron el siguiente estudio “Menopause Symptom Management in the United Kingdom”. Discutir y presentar la Información concerniente la mujer con un proceso natural de menopausia. Revalorar la menopausia como un evento natural de la mediana edad y promover un acercamiento a las necesidades sanitarias de la mujer para optimizar su salud futura. (26)

La investigación se llevó a cabo con un enfoque de revisión bibliografía de naturaleza cualitativa. Se han considerado un total de 37 fuentes bibliográficas. A continuación se presentan las siguientes consideraciones y conclusiones: mujeres que han sufrido cáncer de útero, ovario, mama o cérvix, pueden manifestar menopausia de forma prematura. Con ello, se evidencia una clara preocupación en cuanto tratar estas mujeres de forma hormonal. Por ende, es necesario el establecimiento de guías interdisciplinarias para poder tratar la menopausia en ese escenario específico. El personal médico y en especial de enfermería, se

encuentra en una posición apta para educar a las mujeres sobre la menopausia y problemas similares. La menopausia es un “campo minado” en cuanto su sintomatología es variada, vasta y compleja, por lo que una guía o tratados multidisciplinarios son fundamentales para proporcionar a la mujer una vida postmenopausia saludable.

El aporte de este antecedente es importante porque muestra la necesidad de establecer guías de carácter multidisciplinario a la hora de abordar la menopausia, el cual es también de sumo interés para esta investigación. (26)

Hodis, H.N., M.D.(2016) realizan la siguiente investigación “Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol”. Medir los efectos cardiovasculares del tratamiento hormonal postmenopausia según el tiempo de inicio del susodicho tratamiento (ya sea postmenopausia temprana: 6 años o menos después de menopausia/ postmenopausia tardía: 10 años o más). (27)

La investigación se realizó con una muestra de 643 mujeres saludables, las cuales fueron subdivididas según su tiempo transcurrido postmenopausia: 6 años o menos después de la menopausia fueron clasificadas como postmenopausia temprana mientras que aquellas en las cuales habían transcurrido 10 años o más se les clasificó como postmenopausia tardía. A un grupo le fue suministrado al azar de forma oral estradiol-17B (1 miligramo al más gel de progesterona vaginal de 45 miligramos aplicados de forma secuencial). Mientras que a otro grupo les fue suministrado placebo (estradiol más un gel placebo vaginal). Los resultados fueron los siguientes: después de un periodo medio de 5 años, el efecto de estradiol, con o sin progesterona, no provocó un efecto positivo ni negativo en el progreso de arteriosclerosis para las mujeres en postmenopausia tardía. Sin embargo, el uso de estradiol más el gel de progesterona ayudó a una progresión más lenta de una potencial arteriosclerosis para las mujeres con postmenopausia temprana en comparación a aquellas que les fue suministrada estradiol con un gel placebo.

Este antecedente aporta a esta tesis universitaria, la importancia de determinar que tratamiento se puede seguir y ser incluido para una potencial guía interdisciplinar para el tratamiento de la menopausia en Costa Rica. (27)

### **1.5.3 Antecedentes nacionales**

CCSS, (2009), Guías de manejo de la mujer adulta, En atención a lo anterior, la Asociación Costarricense de Climaterio y Menopausia ha elaborado estas Guías de Manejo de la Mujer Adulta, para ponerlas a disposición de todos los interesados en el bienestar de nuestras mujeres. (6)

Estudio de tipo guía, fuentes consultadas 5; en conclusión la TRH cambia según el grupo que se está tratando.

Esta guía aporta a la investigación un ejemplo de buenas prácticas ya aplicables en CCSS en 2009, servirá de comparación para las nuevas TRH. (6)

Mayra Achío Tacsan (2003), realiza una investigación titulada "Salud de las mujeres de mediana edad: retos para los servicios de salud", el artículo trata los problemas de salud de las mujeres durante el climaterio y su experiencia con los servicios de salud en Costa Rica. (7)

Se realiza un estudio cualitativo, descriptivo, en el que se consultan 26 fuentes, se hace un llamado de atención a las instancias correspondientes para "visibilizar" a las mujeres de mediana edad como un sector de la población importante y con necesidades particulares, que en la actualidad está excluido de las políticas y programas de salud.

El aporte de este antecedente a la investigación es que destaca la forma de visibilizar a las mujeres en la etapa de la menopausia, siendo un sector importante de la población, que está siendo excluido. (7)

## **CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO**

## **2.11 Introducción al Climaterio y la Menopausia**

La menopausia se define como el cese permanente de la función ovárica, lo que lleva a la pérdida de la producción de hormonas reproductivas y la infertilidad irreversible. Este proceso es parte del envejecimiento reproductivo y ocurre generalmente alrededor de los 49 años, aunque hay variaciones geográficas y étnicas. (28) El climaterio, por otro lado, se refiere a los cambios graduales en la función ovárica que comienzan antes de la menopausia y continúan después, afectando la calidad de vida y aumentando el riesgo de enfermedades crónicas. (29)

Durante la transición menopáusica, se producen cambios hormonales significativos que pueden resultar en síntomas y efectos sistémicos a largo plazo, especialmente en la salud cardio-metabólica y musculoesquelética. (28) La transición menopáusica es un proceso continuo desde el nacimiento hasta la senescencia ovárica, y juega un papel importante en la etiología de muchos síntomas comunes en la mediana edad. (30)

Blümel et al., destacan la importancia de diferenciar entre menopausia y climaterio, subrayando las implicaciones clínicas de estos términos, lo cual es esencial para el desarrollo de estrategias de manejo efectivas. (29) Al Wattar y Talaulikar exploran terapias no basadas en estrógenos y complementarias, enfatizando un enfoque holístico que combina intervenciones de estilo de vida, hormonales y no hormonales. (31)

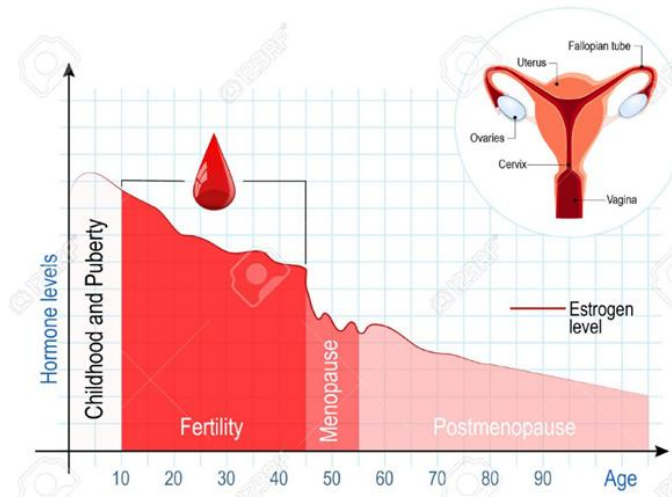
Es crucial entender la fisiología de la transición menopáusica y los cambios físicos asociados para proporcionar un manejo individualizado que maximice los beneficios y minimice los riesgos. (32) La terminología actual carece de sensibilidad y especificidad para definir el estado reproductivo de una mujer en el continuo del envejecimiento reproductivo, lo que subraya la necesidad de sistemas de clasificación más precisos. (30)

### **2.1.1 Definición y Características**

La menopausia se define como el cese permanente de la función ovárica, marcado por 12 meses consecutivos de amenorrea. Este evento es retrospectivo y representa el fin de la capacidad reproductiva de la mujer. (33) (34) La menopausia está asociada con una disminución significativa en la producción de estrógenos (ver Ilustración 1), lo que puede

llevar a síntomas vasomotores, genitourinarios y cambios en la salud ósea y cardiometabólica. (35) (36)

Figura 1 Disminución de estrógenos en la Menopausia



Fuente: *Generador de imágenes, gráfico-de-la-menopausia-nivel-de-estrógeno-y-envejecimiento* (37)

En la imagen se evidencia la disminución de estrógenos, según la edad de la paciente, indicando de 10 a 40 años período de Fertilidad, de 50-60 Menopausia y de 60 en adelante postmenopausia. (28) (38)

El climaterio, por otro lado, abarca un periodo más amplio que incluye la transición menopáusica y el tiempo posterior a la menopausia. Se caracteriza por cambios graduales en la función ovárica que comienzan antes de la menopausia y continúan después. Estos cambios hormonales pueden provocar síntomas que afectan la calidad de vida y aumentan el riesgo de enfermedades crónicas. (29) (38) Durante esta fase, se observan fluctuaciones hormonales significativas que pueden resultar en síntomas como sofocos, alteraciones del estado de ánimo y disfunciones cognitivas temporales. (38) (39)

Desde una perspectiva clínica, es crucial diferenciar entre menopausia y climaterio. La distinción tiene implicaciones importantes, ya que los cambios en la salud asociados con la disminución de estrógenos comienzan antes del cese de la menstruación. Esto resalta la necesidad de intervenciones tempranas, como cambios en el estilo de vida y terapias hormonales o no hormonales, para mitigar los síntomas y prevenir enfermedades crónicas. (28) (29) La terapia hormonal menopáusica (MHT) es una opción efectiva para el alivio de

los síntomas, aunque su uso debe ser individualizado y basado en una toma de decisiones compartida. (35) (36)

### **2.1.2. Importancia del Abordaje Interdisciplinar**

Un abordaje disciplinar en medicina se refiere a la colaboración y el trabajo conjunto de diferentes disciplinas o especialidades médicas para abordar un problema de salud de manera integral. Este enfoque reconoce que muchas condiciones de salud son complejas y requieren múltiples perspectivas y conocimientos para ser tratados de manera efectiva.

La importancia de un abordaje disciplinar radica en varios aspectos clave:

1. Colaboración Interdisciplinaria: La integración de múltiples especialidades permite una evaluación y tratamiento más completos del paciente. Por ejemplo, en oncología, la colaboración entre oncólogos radioterápicos, médicos, intervencionistas y cirujanos es esencial para optimizar el cuidado del paciente, especialmente en el contexto de tratamientos altamente dirigidos y personalizados. (40) (41)

2. Perspectiva Integral: Este enfoque no solo se centra en los síntomas físicos, sino también en los aspectos psicológicos, sociales y emocionales del paciente. En el manejo de la fibrilación auricular, por ejemplo, un equipo multidisciplinario que incluye cardiólogos y otros profesionales de la salud puede proporcionar un cuidado más completo y adaptado a las necesidades individuales del paciente. (42)

3. Comunicación Efectiva: La comunicación constante entre los profesionales de la salud es fundamental para garantizar que todos estén alineados en el plan de tratamiento. Esto es particularmente importante en el manejo de enfermedades crónicas y complejas, donde la evolución del paciente puede requerir ajustes continuos en el tratamiento. (43) (44)

4. Personalización del Tratamiento: Un abordaje disciplinar permite adaptar el tratamiento a las necesidades específicas de cada paciente, considerando sus circunstancias individuales y comorbilidades. En el contexto de la diabetes, por ejemplo, un equipo interprofesional coordinado puede incluir especialistas en educación sobre el cuidado de la diabetes, nutricionistas, farmacéuticos y otros, para crear un plan de manejo personalizado. (45)

5. **Evaluación Continua:** Implica un seguimiento regular y ajustes en el plan de tratamiento según la evolución del paciente. Esto es vital para el manejo de condiciones crónicas y la prevención de complicaciones a largo plazo. (46)

Un enfoque interdisciplinario en el manejo de la menopausia y el climaterio es crucial debido a la complejidad de los cambios fisiológicos y psicológicos que ocurren durante esta transición. Este enfoque permite abordar de manera integral los múltiples aspectos de la salud de la mujer, mejorando así la calidad de vida y reduciendo riesgos a largo plazo.

La literatura médica destaca varios beneficios de este enfoque:

1. **Colaboración Interdisciplinaria:** Involucra a ginecólogos, endocrinólogos, cardiólogos, psicólogos y otros especialistas para abordar los diversos síntomas y riesgos asociados con la menopausia. Esto es especialmente importante en mujeres con comorbilidades, donde la terapia hormonal debe ser cuidadosamente evaluada. (47) (48)

2. **Perspectiva Integral:** Se enfoca no solo en los síntomas físicos, sino también en los aspectos psicológicos, sociales y emocionales. Esto es esencial para el manejo de síntomas como los vasomotores y los problemas de salud mental. (49) (50)

3. **Comunicación Efectiva:** Fomenta la comunicación constante entre los profesionales para garantizar un plan de tratamiento alineado y basado en evidencia, lo que es fundamental para el manejo efectivo de los síntomas. (48)

4. **Personalización del Tratamiento:** Permite adaptar el enfoque a las necesidades específicas de cada paciente, considerando sus circunstancias individuales y comorbilidades, lo cual es crucial para el uso seguro de la terapia hormonal. (51) (47)

5. **Evaluación Continua:** Implica un seguimiento regular y ajustes en el plan de tratamiento según la evolución del paciente, lo que es vital para el manejo de condiciones crónicas y la prevención de complicaciones. (50) (52)

En resumen, un enfoque interdisciplinario en el manejo de la menopausia y el climaterio permite una atención más completa y efectiva, abordando tanto los síntomas inmediatos como

los riesgos a largo plazo, y mejorando así la calidad de vida de las mujeres durante esta transición.

La gestión del climaterio y la menopausia requiere un enfoque interdisciplinario que integre cuidados holísticos, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, y prácticas culturalmente relevantes. Este enfoque es esencial para abordar la complejidad de los síntomas y mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa.

En el Reino Unido, se ha promovido el uso de terapias no hormonales y complementarias para la menopausia, especialmente para aquellas mujeres que no pueden o no desean utilizar terapia hormonal. Medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), la gabapentina y la pregabalina han demostrado ser efectivos para manejar los síntomas vasomotores y otros síntomas menopáusicos. (31) Además, la terapia cognitivo-conductual (TCC) se recomienda para tratar la ansiedad, los problemas de sueño y los síntomas vasomotores relacionados con la transición menopáusica. (31) Ver Tabla 1.

*Tabla 1 Opciones terapéuticas no hormonales para síntomas del climaterio y la menopausia*

Tipo de Terapia	Descripción	Efectividad	Uso
ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina)	Medicamentos utilizados para tratar síntomas vasomotores y otros síntomas menopáusicos.	Efectivos para el manejo de síntomas.	Para mujeres que no pueden usar terapia hormonal.
IRSN (Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina)	Similar a los ISRS, ayudan en el tratamiento de síntomas relacionados con la menopausia.	Efectivos para síntomas vasomotores.	Alternativa a la terapia hormonal.
Gabapentina	Medicamento utilizado principalmente para el	Eficaz en la reducción de sofocos.	Para mujeres con contraindicación a hormonas.

	manejo de los síntomas vasomotores.		
Pregabalina	Utilizada para tratar síntomas vasomotores y otros síntomas asociados a la menopausia.	Efectiva para la reducción de síntomas.	Alternativa a tratamientos hormonales.
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	Técnica psicológica que ayuda a manejar la ansiedad, problemas de sueño y síntomas vasomotores.	Recomendada para mejorar la calidad de vida.	Complementaria a otros tratamientos

Fuente: Elaboración propia, con base (31)

En Canadá, se ha adoptado un modelo de atención integrativa que enfatiza el empoderamiento de las mujeres para el autocuidado. Un estudio evaluó un modelo de atención sanitaria integrativa (IHCM) y encontró mejoras significativas en la calidad de vida relacionada con la salud (HR-QoL) y en el estilo de vida de las mujeres en la etapa del climaterio. (53) Este modelo incluye intervenciones como la actividad física, la educación nutricional y el apoyo psicológico, lo que demuestra la importancia de un enfoque multidimensional y centrado en el paciente.

En Costa Rica, es crucial considerar las prácticas culturalmente relevantes al diseñar estrategias de manejo para el climaterio y la menopausia. Las intervenciones deben adaptarse a las necesidades y preferencias culturales de las mujeres costarricenses, incorporando tanto enfoques médicos convencionales como terapias tradicionales y complementarias. Las intervenciones psicosociales, como los programas psicoeducativos y las técnicas de salud mental, han mostrado ser prometedoras para el manejo de los síntomas menopáusicos y para mejorar el bienestar general. (54) Estas intervenciones no solo reducen el malestar y las quejas, sino que también empoderan a las mujeres para gestionar sus síntomas de manera efectiva y disfrutar de una mejor calidad de vida.

En resumen, un enfoque interdisciplinario que combine cuidados holísticos, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, y prácticas culturalmente relevantes es fundamental para la gestión efectiva del climaterio y la menopausia. Este enfoque debe ser adaptado a las necesidades individuales y culturales de las mujeres, promoviendo su bienestar integral y mejorando su calidad de vida

## **2.2. Contexto del Sistema de Salud Costarricense**

El sistema de salud de Costa Rica es conocido por su enfoque en la atención universal y accesible, con un énfasis significativo en la equidad y la solidaridad. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es la entidad principal encargada de administrar la seguridad social y los servicios de salud en el país, proporcionando atención médica a través de una red de hospitales, clínicas y centros de salud distribuidos por todo el territorio.

### **Reseña histórica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)**

El 1º de noviembre de 1941 mediante Ley N°17, se crea la C.C.S.S. como una Institución Semiautónoma del Estado, durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. (55) Sin embargo, el 22 de octubre de 1943 la Ley de la creación de la Caja fue reformada, constituyéndose en una Institución Autónoma del Estado, destinada a la atención del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento.

El Seguro de I.V.M. (Invalidez, Vejez y Muerte) se crea en 1947, pero incluía a los trabajadores del Estado, Instituciones Autónomas, Semiautónomas y las Municipalidades. En julio de ese mismo año se incorporan trabajadores que laboraban para la empresa privada en el campo administrativo. (55)

No fue sino hasta 1960 que el Seguro de I.V.M. amplió su cobertura a empleados del comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornales. En 1962 se amplió a trabajadores manuales ocasionales (construcción), a los pagados por planillas de jornales en obras públicas, ferrocarriles y ya para 1971 cubre en general a todos los obreros del país.

El 12 de mayo de 1961 por Ley N°2738, se faculta a la C.C.S.S a la Universalización de los Seguros Sociales. (55)

En 1973 se da el traspaso de hospitales a la C.C.S.S por medio de la Ley N°5349, proceso que tardó solo tres años y medio, hasta constituirse hoy en un sistema de 29 hospitales. En 1975 se extiende el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte a los trabajadores del campo (agrícola) y la C.C.S.S. se hace cargo del Sistema de Pensiones del Régimen No Contributivo, esto con el fin de dar protección a los de más bajos recursos. (55)

De un sistema de separación total de la fase preventiva a cargo del Ministerio de Salud, y la fase relativa correspondiente a la C.C.S.S., se pasa a la integración de servicios en algunos casos y al trabajo conjunto paralelo en otros: queda la C.C.S.S. facultada para llevar a cabo acciones de salud en materia de medicina preventiva.

Por el carácter de su función o fin principal la C.C.S.S. cuenta con el respaldo del Estado, Patronos y Trabajadores, quienes con sus cotizaciones constituyen el fundamento económico básico, sobre el cual giran todas sus actividades. (55)

El 12 de mayo de 1961 por Ley N°2738, se faculta a la C.C.S.S a la Universalización de los Seguros Sociales.

En 1973 se da el traspaso de hospitales a la C.C.S.S por medio de la Ley N°5349, proceso que tardó solo tres años y medio, hasta constituirse hoy en un sistema de 29 hospitales.

En 1975 se extiende el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte a los trabajadores del campo (agrícola) y la C.C.S.S. se hace cargo del Sistema de Pensiones del Régimen No Contributivo, esto con el fin de dar protección a los de más bajos recursos.

De un sistema de separación total de la fase preventiva a cargo del Ministerio de Salud, y la fase relativa correspondiente a la C.C.S.S., se pasa a la integración de servicios en algunos casos y al trabajo conjunto paralelo en otros: queda la C.C.S.S. facultada para llevar a cabo acciones de salud en materia de medicina preventiva.

Por el carácter de su función o fin principal la C.C.S.S. cuenta con el respaldo del Estado, Patronos y Trabajadores, quienes con sus cotizaciones constituyen el fundamento económico básico, sobre el cual giran todas sus actividades. (55)

### **2.2.1. Estructura y Funcionamiento**

En Costa Rica, el sistema de salud liderado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) está estructurado en tres niveles de atención, diseñados para garantizar una cobertura integral y equitativa. El primer nivel de atención está compuesto por los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que brindan servicios preventivos, promoción de la salud y atención primaria para resolver la mayoría de los problemas de salud comunes. El segundo nivel incluye clínicas y hospitales periféricos, donde se ofrece atención especializada ambulatoria y hospitalaria para casos más complejos que no pueden resolverse en el nivel primario. Finalmente, el tercer nivel comprende hospitales nacionales y especializados, enfocados en enfermedades de alta complejidad que requieren tecnología avanzada y atención altamente especializada. Esta organización permite optimizar los recursos disponibles y garantizar una atención escalonada, asegurando que cada nivel cumpla con un rol específico dentro del sistema de salud. (56)

## **Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social**

### **Niveles Administrativos**

Por tener competencias y responsabilidades en todo el territorio nacional, la Caja Costarricense de Seguro Social, al igual que las otras instituciones del Sector Salud que, como se mencionó, forman parte del Sistema Nacional de Salud, está organizada en tres niveles administrativos, a fin de facilitar la ejecución de sus actividades y la coordinación en su interior. (56) En términos generales, las funciones generales que cumplen los tres niveles administrativos son:

A-Nivel central o nacional: Este nivel tiene un carácter eminentemente político, normativo, controlador y financiero, pues en él se ubican las autoridades superiores que tienen la responsabilidad de garantizar, mediante la formulación de estrategias, planes, programas y presupuestos institucionales, el cumplimiento de los objetivos y funciones de la institución.

Para ello se toma como punto de partida la Política Nacional de Salud oficializada por el Ministerio de Salud en su calidad de rector del Sistema Nacional de Salud.

Estructura:

- Junta Directiva
- Presidencia Ejecutiva
- Auditoría
- Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS)
- Asesoría en Desconcentración y Juntas de Salud
- 6 Gerencias: Médica, Pensiones, Financiera, Modernización y Desarrollo,

Administrativa y Operaciones:

B-Nivel regional: Su función consiste en adoptar y sistematizar, en su área geográfica de atracción, las estrategias, planes, programas y presupuestos definidos por el nivel central. Asimismo, le corresponde coordinar, supervisar y capacitar al recurso humano del nivel local y administrar los recursos físicos y financieros asignados a la región. Este nivel representa el medio de enlace entre el nivel central y el nivel local y está conformado por:

Estructura del nivel regional

- 7 direcciones regionales médicas
- 5 direcciones regionales financieras

Nivel Local:

Le corresponde programar, ejecutar y monitorear las acciones de salud mediante las cuales se operacionalizan los planes y programas definidos por el nivel central y sistematizados por el nivel regional. Además, se formulan y ejecutan proyectos locales que responden a particularidades del área de atracción y se administran los recursos humanos, físicos y financieros asignados a ese nivel. Este se encuentra conformado por todos los establecimientos en los que se realizan las actividades de promoción de la salud, prevención

de la enfermedad y curación y rehabilitación de la salud de las personas, o sea por los servicios de salud. (56) Se detallan a continuación:

### **Estructura del nivel local**

- Hospitales nacionales especializados
- Hospitales nacionales generales
- Hospitales regionales
- Hospitales periféricos
- Áreas de salud
- Sectores de salud con sus Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.)

En el área financiera, el nivel local de la CCSS está constituido por 83 sucursales y agencias.

### **Niveles de Atención**

Como se puede deducir, los establecimientos que conforman el nivel local de la CCSS atienden necesidades y problemas de salud de diferente complejidad, que van desde la baja hasta la muy especializada, por lo que se organizan también en diferentes niveles de atención. (56)

#### **1. Primer nivel de atención**

Comprende los servicios básicos de salud que realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. Estas acciones están a cargo de los integrantes de los Equipos de Apoyo y de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.) y que cumplen con la consulta externa, medicina general de las clínicas, centros y puestos de salud, consultorios comunales, domicilios, escuelas y centros de trabajo.

Los establecimientos de la C.C.S.S. típicos de este nivel de atención son los puestos y los centros de salud, las clínicas tipo I, II y III, así como la consulta de medicina general de las clínicas tipo IV y de los hospitales periféricos y regionales.

## **2.Segundo nivel de atención**

Brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas y algunas subespecialidades

Especialidades básicas de segundo nivel de atención: Medicina Interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría, cirugía General

Subespecialidades básicas del segundo nivel de atención: neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología, otras (según el perfil epidemiológico de la población)

Los hospitales que corresponden a este nivel de atención cuentan con quirófanos dotados de personal y equipo para realizar cirugía mayor poco compleja. Los establecimientos típicos de este nivel son las clínicas tipo IV y los hospitales periféricos tipo 1, 2 y 3.

## **3.Tercer nivel de atención**

Provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades:

Subespecialidades del tercer nivel de atención: alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología, fisiatría

Adicionalmente, en este nivel se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización. Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los hospitales regionales y los hospitales nacionales generales y especializados.  
(56)

### **2.2.2. Desafíos en el Abordaje del Climaterio y la Menopausia**

El manejo del climaterio y la menopausia presenta varios desafíos clínicos y de investigación. Uno de los principales retos es la variabilidad en la presentación de los síntomas y la respuesta al tratamiento entre las mujeres, lo que complica la estandarización de las terapias. (57) Los síntomas comunes incluyen sofocos, cambios en el estado de ánimo,

alteraciones del sueño y síntomas genitourinarios, que pueden afectar significativamente la calidad de vida. (38) (58)

El uso de la terapia hormonal (TH) es efectivo para muchos síntomas, pero su aplicación está limitada por preocupaciones sobre los riesgos para la salud, especialmente en mujeres mayores de 60 años o aquellas que han estado postmenopáusicas por más de 10 años. (38) Además, las mujeres con antecedentes de cáncer de mama enfrentan restricciones adicionales en el uso de TH, lo que requiere alternativas no hormonales como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), clonidina y gabapentina. (59)

Otro desafío es la falta de comprensión y educación sobre la menopausia tanto por parte de los pacientes como de los proveedores de salud, lo que puede retrasar el reconocimiento y manejo adecuado de los síntomas. (60) Además, las disparidades raciales y socioeconómicas pueden influir en la aparición, severidad y frecuencia de los síntomas, complicando aún más el manejo. (38)

Los cambios metabólicos y en la composición corporal durante la menopausia aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares, disfunciones metabólicas y otros problemas de salud, lo que requiere estrategias de manejo a largo plazo. (61) La investigación futura debe centrarse en mejorar la calidad de los estudios y en desarrollar enfoques personalizados para el tratamiento de la menopausia. (57)

### **Desafíos en Costa Rica**

El abordaje del climaterio y la menopausia en Costa Rica enfrenta varios desafíos, que incluyen la variabilidad de los síntomas, la comprensión limitada entre pacientes y proveedores, y la necesidad de estrategias de tratamiento personalizadas.

La variabilidad en la presentación de los síntomas es un desafío significativo. Las mujeres costarricenses experimentan síntomas comunes como sofocos y sudores nocturnos, pero la intensidad y la frecuencia de estos síntomas pueden variar ampliamente. (62) Esta variabilidad

complica la estandarización de los tratamientos y requiere un enfoque individualizado para cada paciente.

La comprensión limitada de la menopausia tanto por parte de los pacientes como de los proveedores de salud es otro obstáculo importante. En áreas rurales, como Monteverde, se ha reportado que las mujeres tienen poco conocimiento sobre la transición menopáusica, ya que el tema no se discute abiertamente. (62) Esta falta de educación puede retrasar el reconocimiento y manejo adecuado de los síntomas. Además, los proveedores de salud también pueden carecer de formación específica en el manejo de la menopausia, lo que contribuye a una atención subóptima. (60)

La necesidad de estrategias de tratamiento personalizadas es crucial debido a las diferencias individuales en la respuesta a las terapias. La terapia hormonal (TH) es efectiva para muchos síntomas, pero su uso es bajo en Costa Rica debido a preocupaciones sobre los riesgos para la salud y la preferencia por terapias alternativas, como cambios en la dieta y el uso de hierbas medicinales. Sin embargo, la falta de datos clínicos sobre la seguridad y eficacia de estas terapias alternativas es un problema significativo. (63) Un enfoque personalizado que considere las preferencias y necesidades individuales de las pacientes es esencial para mejorar los resultados. (64) (65)

Además, las disparidades socioeconómicas y culturales también influyen en el manejo de la menopausia. Las mujeres urbanas y rurales pueden tener diferentes niveles de acceso a la información y los tratamientos, lo que crea desigualdades en la atención. (66) La educación y la sensibilización tanto de las mujeres como de los proveedores de salud son fundamentales para abordar estas disparidades y mejorar la calidad de la atención.

En resumen, los desafíos en el abordaje del climaterio y la menopausia en Costa Rica incluyen la variabilidad de los síntomas, la comprensión limitada entre pacientes y proveedores, y la necesidad de estrategias de tratamiento personalizadas. Abordar estos desafíos requiere un enfoque integral que incluya educación, investigación y la implementación de políticas de salud que promuevan la equidad en el acceso a la atención.

En el contexto del manejo del climaterio y la menopausia, Costa Rica ha adoptado un enfoque integrativo que se centra en el empoderamiento de las mujeres y la atención personalizada. Este modelo de atención integrativa (IHCM) incluye intervenciones que promueven la actividad física y una dieta saludable, lo que ha demostrado mejoras significativas en síntomas vasomotores, somáticos y problemas de sueño. (62) La atención primaria es la puerta de entrada al sistema de salud y se enfoca en la prevención y el tratamiento de enfermedades comunes, incluyendo la salud de las mujeres en la etapa del climaterio.

Además, las mujeres costarricenses tienden a utilizar terapias alternativas como masajes, cambios dietéticos y medicinas herbales para manejar los síntomas de la menopausia. Sin embargo, la evidencia clínica sobre la seguridad y eficacia de estos tratamientos es limitada, lo que subraya la necesidad de más investigación y programas educativos tanto para las mujeres como para los profesionales de salud. (62)

El sistema de salud costarricense también enfrenta desafíos, como la falta de recursos y personal en algunas áreas, lo que puede provocar tiempos de espera prolongados, y las desigualdades regionales en la calidad de atención y acceso entre áreas urbanas y rurales. (63) (64) A pesar de estos desafíos, Costa Rica sigue siendo un modelo en América Latina por su enfoque en la atención universal y accesible, y su capacidad para adaptarse a las necesidades de una población envejecida, incluyendo el manejo de enfermedades crónicas y la promoción de la salud materno-infantil. (63) (64)

El sistema de salud de Costa Rica se destaca por su enfoque integrativo y centrado en el paciente, especialmente en el manejo del climaterio y la menopausia, lo que contribuye a mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de las mujeres.

### **2.3. Sistema de Salud de Reino Unido**

El National Health Service (NHS), Servicio de Salud del Reino Unido, nació el 5 de julio de 1948.

En la posguerra inmediata los países europeos fueron asumiendo, en el marco del estado de bienestar que nacía entonces, la responsabilidad por la atención de la salud de los habitantes.

Creado bajo la inspiración de William Beveridge, economista que sentó las bases conceptuales en 1942, estableciendo: “...cómo la nación podía asegurar que todos sus miembros, ya sea jóvenes o viejos, enfermos o desafortunados, podían tener un mínimo básico de alimentos y cuidados...”

El NHS fue la primera expresión de cobertura universal, financiado por rentas generales y asegurando condiciones de equidad. (67)

### **2.3.1 Análisis de Estrategias Interdisciplinarias en el Reino Unido**

El manejo del climaterio y la menopausia en el Reino Unido ha adoptado un enfoque interdisciplinario que abarca tanto intervenciones médicas como estrategias de apoyo en el lugar de trabajo y la comunidad. Este enfoque integral es crucial para abordar la variabilidad en la presentación de los síntomas y las necesidades individuales de las mujeres.

En el ámbito laboral, se ha identificado que la experiencia menopáusica de las mujeres puede afectar significativamente su desempeño y satisfacción laboral. Esta etapa de la vida, que puede traer consigo una serie de síntomas físicos y emocionales, impacta no solo en la salud de las trabajadoras, sino también en su rendimiento en el trabajo. Los síntomas, que pueden incluir sofocos, fatiga, cambios de humor y dificultades para concentrarse, no solo afectan a las mujeres a nivel personal, sino que también tienen repercusiones en el ambiente laboral. Un estudio cualitativo realizado con médicos del NHS en el Reino Unido destacó la importancia del conocimiento sobre la menopausia, la apertura para discutir el tema, la cultura organizacional y la autonomía personal como factores cruciales para mejorar la experiencia menopáusica en el trabajo. (68). Este conocimiento es fundamental para que tanto empleadores como empleados comprendan las necesidades y desafíos que enfrentan las mujeres durante esta etapa de sus vidas.

Además, se ha observado que la falta de apoyo organizacional y la reticencia a discutir los síntomas menopáusicos pueden exacerbar los desafíos que enfrentan las mujeres en el lugar de trabajo. La ausencia de espacios para dialogar sobre la menopausia puede llevar a las trabajadoras a sentirse aisladas y sin recursos para manejar sus síntomas, lo que puede resultar en una disminución de su productividad y satisfacción laboral. (69) Esta falta de comunicación

y apoyo crea un entorno hostil que no solo afecta la salud mental de las empleadas, sino que también repercute en la dinámica del equipo y en la cultura organizacional en general.

La menopausia no debe ser un tabú en el lugar de trabajo; por el contrario, es esencial que las organizaciones promuevan un ambiente donde se puedan discutir abiertamente estos temas. Fomentar la sensibilización sobre la menopausia entre todos los niveles de la empresa contribuirá a quitar el estigma, y a facilitar el apoyo entre colegas. Las empresas que se comprometen a educar a su personal sobre estos temas no solo demuestran empatía, sino que también pueden beneficiarse de un equipo más cohesionado y comprometido.

Un aspecto destacado es la implementación de programas de apoyo en el lugar de trabajo. Un estudio reciente revisó la efectividad de estos programas y encontró que, aunque no mejoran significativamente la capacidad laboral, sí mejoran el bienestar y la capacidad de las mujeres para manejar los síntomas. (31) Estos programas no solo ofrecen recursos prácticos, como información y asesoramiento, sino que también fomentan un ambiente en el que las trabajadoras se sienten seguras para expresar sus necesidades. Las intervenciones que promueven la apertura sobre la menopausia y mejora de las habilidades de los gerentes para manejar estos temas han sido bien recibidas, ya que generan una mayor empatía y comprensión en el entorno laboral. La capacitación para los gerentes puede incluir estrategias sobre cómo abordar los síntomas de la menopausia y ofrecer soluciones prácticas que se adapten a las necesidades individuales.

Además, se recomienda crear una cultura abierta que no solo apoye a las mujeres durante la menopausia, sino que también reconozca su importancia dentro de la organización. Proporcionar tiempo protegido para el apoyo entre pares, donde las empleadas puedan compartir experiencias y estrategias, es esencial. Este tipo de iniciativas no solo mejora el bienestar individual, sino que también fortalece las relaciones interpersonales dentro del equipo. Fomentar espacios de diálogo donde se compartan experiencias puede ayudar a reducir la sensación de aislamiento que muchas mujeres sienten durante esta etapa. Asimismo, maximizar el impacto de políticas no específicas de la menopausia, como el trabajo flexible, puede ser una estrategia eficaz para ayudar a las mujeres a equilibrar sus responsabilidades laborales con los desafíos que presenta la menopausia. (70)

Abordar la menopausia en el entorno laboral es un paso fundamental hacia la creación de un ambiente inclusivo y de apoyo. La educación, la apertura y la implementación de programas de apoyo son claves para mejorar la experiencia de las mujeres durante esta etapa. Fomentar una cultura organizacional que valore y respete la diversidad de experiencias de sus empleadas no solo beneficiará a las trabajadoras, sino que también puede traducirse en un aumento de la productividad y una mejora en la satisfacción general en el trabajo. Con un enfoque proactivo y comprensivo, las organizaciones pueden convertirse en pioneras en la promoción del bienestar femenino, contribuyendo así a un entorno laboral más saludable y productivo para todos.

En términos de tratamientos médicos, el Reino Unido ha explorado tanto terapias hormonales como no hormonales. La terapia hormonal (TH) sigue siendo una opción efectiva para muchos síntomas menopáusicos, pero su uso está limitado por preocupaciones sobre los riesgos para la salud. Alternativas no hormonales, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), gabapentina y pregabalina, han demostrado ser efectivas para manejar los síntomas vasomotores. Clonidina es el único medicamento no hormonal licenciado en el Reino Unido para el control de los síntomas vasomotores, aunque tiene varios efectos secundarios. La terapia cognitivo-conductual también se recomienda para tratar la ansiedad, los problemas de sueño y los síntomas vasomotores relacionados con la menopausia. (31)

El enfoque interdisciplinario también se extiende a la atención de mujeres con antecedentes de cáncer de mama, donde un modelo multidisciplinario que incluye ginecólogos, endocrinólogos, médicos generales, psicólogos y enfermeras clínicas especializadas ha mostrado beneficios en la coordinación de la atención, la educación y la toma de decisiones basadas en la evidencia. (70)

Culturalmente, el Reino Unido ha experimentado un "giro menopáusico" en los últimos años, con un aumento en la conversación pública y la promoción de la conciencia sobre la menopausia. Sin embargo, es importante reconocer que esta mayor atención cultural no siempre se traduce en una mayor inclusividad. La representación de la menopausia en los medios a menudo se centra en mujeres blancas, cisgénero y de clase media, lo que subraya la necesidad de enfoques más conscientes de la interseccionalidad. (71)

El manejo del climaterio y la menopausia en el Reino Unido se beneficia de un enfoque interdisciplinario que incluye intervenciones médicas, apoyo en el lugar de trabajo y una mayor conciencia cultural. Sin embargo, persisten desafíos en la implementación de intervenciones efectivas y en la promoción de una mayor inclusividad en la representación y el apoyo a las mujeres menopáusicas.

El análisis de las estrategias interdisciplinarias sobre la menopausia y el climaterio en el Reino Unido revela varios enfoques y desafíos clave en diferentes contextos, como el lugar de trabajo, la cultura y la atención médica.

En términos de cultura y percepción pública, ha habido un aumento en la visibilidad y discusión sobre la menopausia en el Reino Unido, impulsado en parte por figuras públicas y celebridades que comparten sus experiencias. Sin embargo, esta mayor atención cultural no siempre se traduce en una mayor inclusividad o en un apoyo adecuado para todas las mujeres, especialmente aquellas de diferentes orígenes socioeconómicos y étnicos. (71)

En cuanto a las intervenciones en el lugar de trabajo, una revisión narrativa de la evidencia sugiere que, aunque hay un reconocimiento creciente de la necesidad de apoyar a las mujeres menopáusicas, las intervenciones basadas en la evidencia aún son limitadas. Las intervenciones que han mostrado cierta efectividad incluyen programas de bienestar mental, manejo de síntomas y capacitación para los gerentes, aunque se necesita más investigación para evaluar su impacto a largo plazo. (68)

Finalmente, en contextos específicos como las Fuerzas Armadas del Reino Unido, las mujeres en perimenopausia enfrentan desafíos adicionales debido a la naturaleza dominada por hombres de su entorno laboral. Las políticas de salud ocupacional y los cambios en la atención primaria podrían mejorar significativamente su experiencia. (72)

El manejo de la menopausia en el Reino Unido se beneficia de un enfoque interdisciplinario que incluye a ginecólogos, endocrinólogos, médicos de atención primaria, psicólogos, enfermeras especializadas, proveedores de medicina complementaria y profesionales de la salud ocupacional. Este modelo de atención integral busca abordar tanto los aspectos físicos como emocionales de la menopausia, mejorando así la calidad de vida de las mujeres en esta

etapa de la vida. La colaboración entre estos diversos profesionales no solo facilita una atención más completa, sino que también garantiza que las pacientes reciban un tratamiento adaptado a sus necesidades específicas, contribuyendo a un bienestar general más significativo y duradero.

En el Reino Unido, las estrategias y directrices para abordar el climaterio y la menopausia en el sistema de salud se basan en un enfoque integral que incluye tanto intervenciones hormonales como no hormonales, así como el apoyo en el lugar de trabajo y la educación de los profesionales de la salud.

1. Toolkit para la Gestión de la Menopausia: El “Practitioner's Toolkit for Managing Menopause”, es una herramienta actualizada que ofrece algoritmos prácticos para guiar la evaluación clínica y el manejo de la menopausia. Incluye la determinación del estado menopáusico, opciones de terapia hormonal y no hormonal, y fomenta la toma de decisiones compartida, especialmente sobre la salud ósea.. (70)

2. Terapias No Hormonales y Complementarias: Para mujeres que no usan terapia hormonal, se recomiendan opciones como ISRS/IRSN, gabapentina y pregabalina para aliviar los síntomas vasomotores. Clonidina es el único medicamento no hormonal autorizado en Reino Unido, pero tiene varios efectos secundarios. También se aconseja la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad, los problemas de sueño y los síntomas vasomotores de la menopausia. (73)

3. Apoyo en el Lugar de Trabajo: Se reconoce la importancia de crear una cultura abierta para hablar de la menopausia, ofrecer tiempo protegido para apoyo entre pares y aprovechar políticas como el trabajo flexible para ayudar a las mujeres a manejar la fatiga y mantener su productividad. (31) (68)

4. Educación y Capacitación de los Profesionales de la Salud: Existe falta de conocimiento y apoyo en la atención primaria. Muchas mujeres desconocen sus opciones de tratamiento y sienten que no reciben apoyo adecuado, lo que evidencia la necesidad de más educación y capacitación para los profesionales de salud sobre menopausia. (74)

En resumen, Se enfocan en herramientas clínicas actualizadas, tratamientos no hormonales, apoyo laboral y mejor capacitación de profesionales, buscando un enfoque integral y basado en evidencia para mejorar la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y la menopausia.

### **2.3.2. Profesionales Involucrados**

En el Reino Unido, las estrategias interdisciplinarias para abordar la menopausia implican la colaboración de múltiples especialidades médicas y otros profesionales de la salud. Este enfoque multidisciplinario es esencial para proporcionar una atención integral y basada en la evidencia a las mujeres que atraviesan la menopausia. La menopausia es un proceso natural que, aunque inevitable, puede presentar desafíos significativos para la salud física y emocional de las mujeres. Los síntomas asociados pueden variar considerablemente de una mujer a otra, lo que hace necesario un enfoque adaptado y flexible en el manejo de la atención. Las especialidades involucradas y las estrategias interdisciplinarias incluyen:

**Ginecología y Endocrinología:** Ambos especialistas evalúan y manejan los síntomas de la menopausia mediante terapia hormonal y otras intervenciones, atendiendo no solo molestias inmediatas como sofocos e insomnio, sino también la salud ósea y el riesgo cardiovascular, que se ven afectados por la caída de estrógenos. (70) (73) Los ginecólogos también desempeñan un papel en la educación de las pacientes sobre los beneficios y riesgos de la terapia hormonal, asegurando que cada mujer esté informada sobre sus opciones y pueda tomar decisiones informadas respecto a su salud.

**Medicina General (GPs):** Son el primer contacto para identificar síntomas menopáusicos, educar a la paciente, derivar a especialistas y manejar comorbilidades como hipertensión o diabetes, abordando de forma integral esta etapa.. (73) A menudo, los GPs están en una posición única para ofrecer tratamientos no hormonales, como cambios en el estilo de vida, terapia psicológica y medicamentos para manejar síntomas específicos, proporcionando así un enfoque más holístico.

**Psicología y Salud Mental:** Abordan el impacto emocional y psicológico de la menopausia, tratando ansiedad, depresión o irritabilidad; la terapia cognitivo-conductual es clave para manejar insomnio y síntomas vasomotore. (31) Esta terapia ayuda a manejar el estrés y

modificar pensamientos negativos, mejorando la calidad de vida y favoreciendo la adaptación a los cambios físicos y emocionales de la menopausia.

Enfermería Especializada: Brindan apoyo, educación y seguimiento continuo, coordinan la atención y facilitan planes personalizados, actuando como enlace entre la paciente y el equipo médico; además, organizan grupos de apoyo que fortalecen el bienestar emocional. (70) (73) Este enfoque colaborativo no solo mejora la experiencia de la paciente, sino que también garantiza que todas las dimensiones de su salud sean consideradas.

Medicina Complementaria y Alternativa: Ofrece opciones como acupuntura, homeopatía o suplementos herbales para complementar el tratamiento convencional, siempre de forma segura y coordinada.. (73) (31) Es importante dialogar con el equipo de salud sobre estas terapias para evitar riesgos y garantizar una integración segura, ofreciendo así una opción más natural y holística.

Oncología: En mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, los oncólogos colaboran estrechamente con otros especialistas para manejar la menopausia inducida por tratamientos oncológicos, que suele ser más severa y compleja. Un enfoque multidisciplinario es clave para tratar síntomas, brindar apoyo emocional y mejorar la calidad de vida.

En conjunto, este modelo interdisciplinario —con ginecólogos, endocrinólogos, médicos de atención primaria, psicólogos, enfermeras especializadas, medicina complementaria y oncología— ofrece una atención integral que aborda aspectos físicos y emocionales, adaptando el tratamiento a cada mujer y promoviendo su bienestar.

#### **2.4. Sistema de Salud Canadiense**

En Canadá existe un sistema de salud público y gratuito, aunque más que un verdadero sistema nacional, se trata de un conjunto descentralizado de planes de seguros provinciales y territoriales que cubren una estrecha cartera de servicios, que son gratuitos en el punto de atención. Aunque en cada provincia recibe un nombre distinto, es denominado comúnmente “Medicare”.

Se trata de programas universales de financiación pública basada en impuestos y cubren los servicios médicos de atención primaria y hospitalaria básicos para todos los canadienses que reúnan las condiciones necesarias.

Si bien el Gobierno Federal financia en gran parte estos servicios, la administración y la prestación de servicios están muy descentralizadas, aunque la cobertura para cada ciudadano se extiende por todo el país, incluso en otras provincias distintas de aquella en la que residen.

El Gobierno Federal gestiona directamente la asistencia sanitaria de ciertos colectivos como las personas pertenecientes a las Primeras Naciones que viven en las reservas; miembros de las Fuerzas Armadas del Canadá en servicio activo; veteranos que reúnan los requisitos necesarios; reclusos de las penitenciarías federales; y algunos grupos de solicitantes de refugio.

Las provincias y territorios ofrecen cobertura adicional a ciertos grupos (como ancianos, niños y personas de bajos ingresos) para servicios que el sistema de salud no cubre totalmente, como medicamentos fuera del hospital, atención dental y oftalmológica, equipos médicos y servicios de otros profesionales de la salud. La cobertura varía según la provincia..

Quienes no califican para prestaciones suplementarias deben pagar estos servicios de su bolsillo o mediante seguros médicos privados, que muchos canadienses adquieren por su cuenta o a través de sus empleadores. La cobertura varía según el plan.

### **Beneficiarios:**

El concepto de asegurado, en general, viene determinado por el concepto de residente, que, en relación con una provincia, es “una persona legalmente autorizada a estar o permanecer en el Canadá que hace su hogar y está ordinariamente presente en la provincia, pero no incluye a un turista, un transeúnte o un visitante de la provincia”.

Así, pueden solicitar estas prestaciones los ciudadanos canadienses, miembros de las primeras naciones y residentes permanentes. También los residentes temporales que hayan solicitado la residencia permanente

### **2.4.1 Análisis de Estrategias Interdisciplinarias en Canadá**

El análisis de estrategias interdisciplinarias en Canadá revela varios enfoques y desafíos en la implementación de equipos interprofesionales en el cuidado de la salud. En un entorno donde la atención médica se vuelve cada vez más compleja, la colaboración entre diferentes disciplinas es esencial para garantizar que los pacientes reciban una atención de calidad. Según la literatura médica, la colaboración efectiva en equipos interprofesionales es crucial para mejorar la atención a pacientes, especialmente en contextos comunitarios y de atención primaria. La atención centrada en el paciente se convierte en un objetivo primordial, y esto solo puede lograrse a través de la interacción coordinada de múltiples profesionales de la salud.

**Colaboración Interprofesional:** Un estudio destaca que la colaboración interprofesional en Canadá se ve influenciada por factores como la confianza, el respeto, la comunicación y una visión compartida entre los miembros del equipo. Estos elementos son esenciales para proporcionar una atención coordinada y centrada en el paciente, especialmente para adultos mayores que viven en la comunidad. (75) La confianza entre los miembros del equipo no solo facilita la comunicación abierta, sino que también fomenta un ambiente donde todos se sienten valorados y escuchados. Cuando los profesionales de la salud se respetan mutuamente y comprenden las habilidades únicas que cada uno aporta, se crea un entorno propicio para la innovación y la mejora continua. Este tipo de colaboración no solo beneficia a los pacientes, sino que también contribuye al bienestar de los profesionales, quienes pueden compartir la carga de trabajo y aprender unos de otros en el proceso.

**Variaciones Regionales en la Atención Primaria:** Otro estudio analiza las variaciones regionales en las estrategias de mejora de la atención primaria en tres provincias canadienses. Se identificaron seis estrategias principales, incluyendo enfoques basados en equipos interprofesionales y la expansión de la mezcla de habilidades de los proveedores. Estas estrategias varían en su implementación y difusión, lo que sugiere que el contexto regional influye en el rendimiento de la atención primaria. (76) Por ejemplo, en algunas provincias, la formación y capacitación en trabajo en equipo se integra en la educación médica, mientras que en otras puede carecer de recursos y apoyo. Además, las políticas locales de salud pública

y los recursos disponibles también pueden afectar la capacidad de los equipos para funcionar de manera efectiva. Esta variabilidad resalta la necesidad de un enfoque flexible que pueda adaptarse a las características únicas de cada región, asegurando que las estrategias se implementen de manera que respondan a las necesidades específicas de la población.

Marco Conceptual para Arreglos Financieros: Además, se ha desarrollado un marco conceptual para analizar los arreglos financieros en equipos de atención primaria interdisciplinaria. Este marco destaca la importancia de la interdependencia de los ingresos de los proveedores y la vinculación del financiamiento al equipo en su conjunto para fomentar la colaboración. (77) En muchos casos, los modelos de pago actuales pueden incentivar el trabajo individual en lugar del trabajo en equipo. Por lo tanto, este nuevo marco busca transformar la forma en que se distribuyen los recursos financieros, promoviendo un enfoque que recompense la colaboración y la atención integral. Al alinear los incentivos financieros con los objetivos de atención centrada en el paciente, se puede motivar a los profesionales de la salud a trabajar juntos de manera más efectiva, lo que a su vez mejora los resultados para los pacientes.

La implementación de estrategias interdisciplinarias enfrenta resistencia al cambio en el sector salud. Superar esto requiere formación que equie a los profesionales con habilidades de colaboración y promueva un ambiente que valore la interdependencia y comunicación abierta.

La evaluación y mejora continua son clave en las estrategias interdisciplinarias. No solo se deben medir los resultados clínicos, sino también la satisfacción del paciente y la experiencia del profesional. Recopilar datos sobre el rendimiento de los equipos interprofesionales permite identificar qué funciona y qué necesita ajustes. La retroalimentación y el aprendizaje de errores son esenciales para la mejora constante, y los ciclos de calidad ayudan a mantener altos estándares de atención.

Las futuras estrategias de salud en Canadá se enfocan en la colaboración interdisciplinaria. Esto significa fomentar la confianza, comunicación y visión compartida entre profesionales, así como implementar modelos financieros que apoyen el trabajo en equipo. Es crucial seguir explorando nuevas formas de integrar disciplinas y adaptar estrategias localmente, priorizando

la atención centrada en el paciente. Con este enfoque, Canadá busca un sistema de salud más eficiente, eficaz y que mejore la calidad de vida de sus ciudadanos.

Canadá está demostrando que los modelos de atención interdisciplinarios pueden revolucionar la salud, sirviendo de ejemplo global. Al priorizar la colaboración, educación continua y adaptación regional, se construye un sistema que beneficia a pacientes y profesionales. La inter profesionalidad es clave para el futuro de la atención médica y merece un apoyo continuo para un cambio duradero.

#### **2.4.2. Enfoques Innovadores**

En Canadá, los métodos innovadores para abordar la menopausia y el climaterio a menudo implican la formación de equipos multidisciplinarios que incluyen ginecólogos, endocrinólogos, médicos de atención primaria, psicólogos y enfermeras especializadas. Estos profesionales colaboran de manera integrada con el fin de ofrecer un enfoque integral y adaptado a las necesidades de cada paciente. Este trabajo en equipo mejora significativamente la coordinación de la atención, la educación del paciente y la toma de decisiones fundamentadas en la evidencia científica disponible. (70)

Además, se están investigando y aplicando terapias que no se basan en estrógenos y opciones complementarias para manejar los síntomas asociados a la menopausia. Entre estas alternativas se encuentran los medicamentos no hormonales, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (ISRS/IRSN), así como la gabapentina y la pregabalina. Estos tratamientos han demostrado eficacia en el alivio de los síntomas vasomotores, como los sofocos, y otros síntomas que pueden surgir durante la menopausia. Adicionalmente, la terapia cognitivo-conductual se considera una opción recomendada para abordar la ansiedad, los problemas de sueño y los síntomas vasomotores relacionados con esta fase de transición en la vida de las mujeres. (31)

Estos enfoques reflejan un movimiento hacia la personalización del tratamiento, teniendo en cuenta las preferencias individuales de las pacientes y las posibles contraindicaciones para la terapia hormonal. Este énfasis en la individualización del tratamiento no solo reconoce que

cada mujer puede experimentar la menopausia de manera diferente, sino que también subraya la importancia de un manejo integral y basado en evidencia.

Este cambio hacia un enfoque más personalizado se manifiesta en la creciente aceptación de alternativas no hormonales, que son particularmente valiosas para aquellas mujeres que prefieren evitar la terapia hormonal debido a preocupaciones sobre sus efectos secundarios o antecedentes médicos específicos. La inclusión de diversas modalidades de tratamiento en el manejo de la menopausia y el climaterio asegura que las pacientes puedan elegir opciones que se alineen mejor con sus necesidades y valores personales.

Además, la capacitación continua de los profesionales de la salud en estas áreas es crucial. La educación sobre las últimas investigaciones y prácticas efectivas permite que los médicos y otros miembros del equipo interdisciplinario se mantengan actualizados y proporcionen el mejor cuidado posible. La creación de un entorno en el que se fomente la comunicación abierta entre los profesionales y las pacientes es fundamental para que se puedan discutir las diferentes opciones de tratamiento, así como las expectativas y preocupaciones de las pacientes.

En resumen, el enfoque multidisciplinario en el manejo de la menopausia en Canadá representa un avance significativo hacia una atención más holística y adaptada a las necesidades individuales de las mujeres. Este modelo no solo busca aliviar los síntomas, sino que también se centra en la calidad de vida general de las pacientes, promoviendo una experiencia positiva durante esta etapa de transición. La atención centrada en la paciente, combinada con el uso de tratamientos no hormonales y enfoques psicológicos, destaca la importancia de un manejo integral que integre tanto los aspectos físicos como emocionales de la menopausia.

Con estos avances, se espera que las mujeres que atraviesan la menopausia reciban un apoyo más robusto y efectivo, facilitando una transición más saludable y satisfactoria. Este enfoque integral no solo mejora la atención médica, sino que también empodera a las mujeres para que asuman un papel activo en su salud y bienestar durante esta importante etapa de sus vidas.

### **2.4.3. Resultados y Evidencia**

Los enfoques innovadores implementados en Canadá para el manejo de la menopausia y el climaterio, especialmente a través de estrategias interdisciplinarias, han demostrado ser efectivos en la reducción de los síntomas menopáusicos y en la mejora general de la calidad de vida de las pacientes. Este enfoque colaborativo implica la integración de diversas especialidades médicas y el uso de técnicas modernas que abordan las múltiples facetas de esta etapa de la vida de las mujeres.

El estudio realizado por Sydora et al., (2019) evaluó el impacto de las clínicas interdisciplinarias de menopausia en Edmonton. Los hallazgos mostraron que las mujeres que asistieron a estas clínicas experimentaron una reducción significativa en la severidad de los síntomas menopáusicos, según lo medido por el cuestionario MSSQ. Además, se observó una mejora sustancial en su calidad de vida, evaluada con el cuestionario MENQOL. En contraste, las mujeres en listas de espera no mostraron cambios en sus síntomas ni en su calidad de vida durante el mismo periodo. Esto resalta la efectividad de la atención interdisciplinaria ofrecida en estas clínicas frente a la ausencia de intervención. (78)

Otro enfoque innovador que ha surgido en este contexto es la implementación de intervenciones multimodales que son asistidas por tecnología. Este concepto fue explorado en el estudio de Donohoe et al., (2024), conocido como el Menopause After Cancer (MAC) Study. En este estudio, se demostró que una intervención que incluía farmacoterapia no hormonal, terapia cognitivo-conductual digital dirigida al insomnio, estrategias para la autogestión de los síntomas vasomotores y el apoyo de un facilitador adicional resultó en mejoras significativas en la calidad de vida relacionada con el cáncer. Además, se observó una reducción en la frecuencia y el malestar de los síntomas vasomotores, así como en los problemas de insomnio, lo que resalta la eficacia de este enfoque multifacético. (79)

Por último, el estudio llevado a cabo por Wong et al., (2024) comparó la efectividad de la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR) con un programa de educación sobre la menopausia. Ambos grupos mostraron mejoras en la reducción de los síntomas menopáusicos; sin embargo, el grupo que participó en el programa MBSR experimentó una reducción más significativa en los síntomas psicológicos relacionados con la ansiedad y la

depresión. Esto sugiere que las intervenciones enfocadas en el bienestar mental pueden tener un impacto positivo no solo en los síntomas físicos, sino también en la salud emocional de las mujeres durante la menopausia. (80)

En resumen, la evidencia de diversos estudios en Canadá subraya la eficacia de los enfoques interdisciplinarios e innovadores para mejorar tanto los síntomas menopáusicos como la calidad de vida de las mujeres. Estos hallazgos destacan la necesidad de un manejo integral y personalizado que se adapte a las necesidades individuales de cada paciente.

La continua evolución de este enfoque es crucial para garantizar una atención de calidad, accesible y adaptada. La implementación de estos métodos colaborativos no solo mejora la experiencia de la menopausia, sino que también fomenta una comprensión más profunda de sus complejidades. Una combinación de atención médica integral, apoyo psicológico y recursos educativos puede marcar una diferencia significativa, ayudando a las mujeres a transitar esta etapa con mayor confianza y bienestar

#### **2.4.4 Profesionales involucrados**

En Canadá existen equipos multidisciplinarios para el manejo de la menopausia y el climaterio. Un ejemplo de esto son las clínicas interdisciplinarias de menopausia en Edmonton, que proporcionan atención especializada a mujeres con síntomas menopáusicos severos. Estas clínicas han demostrado mejorar la calidad de vida y reducir la severidad de los síntomas en las pacientes que asisten, en comparación con aquellas en listas de espera. La atención que se ofrece en estas clínicas es integral, adaptada a las necesidades específicas de cada mujer, lo que se traduce en una experiencia más positiva y satisfactoria. Las pacientes no solo reciben tratamientos médicos, sino que también se les brinda educación y apoyo emocional, lo cual es fundamental durante esta etapa de transición en sus vidas. (78)

Estos equipos suelen incluir ginecólogos, endocrinólogos, médicos de atención primaria, psicólogos y enfermeras clínicas especializadas, quienes trabajan juntos para ofrecer un enfoque integral y basado en evidencia para el manejo de los síntomas menopáusicos. Este modelo de atención permite una mejor coordinación, educación y toma de decisiones informadas, lo cual es crucial para abordar los complejos síntomas de la menopausia. La

colaboración entre diferentes especialistas asegura que las pacientes reciban una atención completa y holística, que considere todos los aspectos de su salud. Por ejemplo, los ginecólogos no solo manejan los síntomas ginecológicos, sino que también pueden colaborar con otros especialistas para abordar cuestiones de salud mental y bienestar general. Esto se traduce en un enfoque más efectivo y personalizado que beneficia a las mujeres que atraviesan esta fase de sus vidas.

En Canadá, el equipo interdisciplinario que aborda la atención de la menopausia y el climaterio incluye una variedad de profesionales de la salud, cada uno aportando su experiencia específica para proporcionar una atención integral y centrada en la paciente. Cada miembro del equipo juega un rol crucial en la atención y su colaboración mejora significativamente los resultados para las pacientes. (78) Según la literatura médica, los profesionales involucrados en estos equipos interdisciplinarios son:

**Ginecólogos:** Evalúan y manejan los síntomas ginecológicos y hormonales, ofrecen tratamientos (hormonales o no) y realizan pruebas para descartar otras condiciones.

**Endocrinólogos:** Aportan manejo especializado de desequilibrios hormonales, especialmente en casos complejos.

**Médicos de Atención Primaria:** Son el primer contacto, coordinan la atención integral y derivan a especialistas según sea necesario.

**Psicólogos:** Abordan los aspectos emocionales y de salud mental como la ansiedad y la depresión, clave para mejorar la calidad de vida.

**Enfermeras Clínicas Especializadas:** Brindan educación, apoyo continuo y acompañamiento, facilitando la comunicación dentro del equipo de salud.

**Proveedores de Medicina Complementaria:** Ofrecen opciones alternativas como acupuntura o terapias herbales, adaptando la atención a preferencias individuales.

Este enfoque multidisciplinario permite una mejor coordinación de la atención, educación y toma de decisiones basadas en evidencia, lo cual es crucial para manejar los síntomas

complejos de la menopausia y mejorar la calidad de vida de las pacientes. La integración de diferentes perspectivas y áreas de especialización no solo enriquece la atención médica, sino que también promueve un ambiente donde las mujeres se sienten apoyadas y comprendidas. Al trabajar juntos, los miembros del equipo interdisciplinario pueden desarrollar planes de tratamiento que no solo aborden los síntomas inmediatos, sino que también tengan en cuenta el bienestar a largo plazo de las pacientes. (78)

Los equipos multidisciplinarios en Canadá para el manejo de la menopausia y el climaterio están diseñados para ofrecer un enfoque integral y coordinado que atiende las diversas necesidades de las mujeres. Este modelo no solo mejora la calidad de la atención, sino que también empodera a las pacientes, dándoles las herramientas y el apoyo necesario para enfrentar esta etapa de sus vidas con confianza y bienestar. A medida que se continúan desarrollando y refinando estos enfoques, es fundamental seguir fomentando la colaboración y la educación en la atención médica para garantizar que todas las mujeres reciban la atención integral que merecen.

## **2.5. Comparación entre el Reino Unido y Canadá**

Las estrategias más recientes para el manejo de la menopausia y el climaterio reflejan enfoques diferenciados entre el Reino Unido y Canadá, basados en la evidencia actual.

En el Reino Unido, se enfatiza la terapia hormonal individualizada como el tratamiento más eficaz para los síntomas vasomotores y la sequedad vaginal. Sin embargo, para aquellas mujeres que no pueden o no desean usar terapia hormonal, se utilizan terapias no hormonales como los ISRS, IRSN, gabapentina y pregabalina, que han demostrado ser efectivas para manejar los síntomas vasomotores. (31) Además, la terapia cognitivo-conductual se recomienda para tratar la ansiedad, los problemas de sueño y los síntomas vasomotores. Aunque se utilizan terapias complementarias como la homeopatía, la evidencia de su eficacia clínica es limitada. (81)

Por otro lado, Canadá adopta un enfoque más holístico, que incluye tanto la medicina complementaria como cambios en el estilo de vida. Las guías canadienses destacan la importancia de personalizar el tratamiento según los síntomas y las preocupaciones médicas

específicas de cada mujer. Se promueve el uso de terapias no hormonales y se considera la medicina complementaria y alternativa (CAM) como parte del manejo integral, aunque la evidencia de su eficacia varía. (31)

Ambos países reconocen la importancia de un enfoque personalizado; mientras que el Reino Unido se centra en la terapia hormonal y opciones no hormonales con evidencia sólida, Canadá enfatiza un enfoque más holístico que integra la medicina complementaria y cambios en el estilo de vida, adaptándose a las necesidades individuales de las pacientes. En la siguiente tabla 2, se muestra una comparativa entre las estrategias utilizadas en ambos países, para el abordaje de la menopausia y el climaterio:

*Tabla 2 Comparativa entre las estrategias utilizadas en Reino Unido y Canadá*

Aspecto	Reino Unido	Canadá
<b>Enfoque general</b>	Combinación de terapias hormonales y no hormonales, junto con intervenciones de estilo de vida.	Enfoque integral que incluye medicamentos recetados, medicina complementaria y alternativa, y cambios en el estilo de vida.
<b>Terapia Hormonal (TH)</b>	Considerada el tratamiento más eficaz para los síntomas vasomotores (VMS) y la sequedad vaginal.	La TH también se utiliza, pero se enfatiza la personalización del tratamiento según las necesidades individuales.
<b>Individualización del tratamiento</b>	La TH se adapta a la dosis, el sistema de administración y la duración del tratamiento.	Se promueve la personalización del tratamiento de acuerdo con los síntomas y preocupaciones específicas de cada mujer.
<b>Alternativas a la TH</b>	Se utilizan agentes no hormonales, como ciertos antidepresivos y gaba-agonistas, para quienes no pueden o no desean usar estrógenos.	Terapias no hormonales, como ISRS e IRSN, son opciones destacadas para el manejo de los síntomas vasomotores.
<b>Intervenciones psicológicas</b>	Se recomienda la terapia cognitivo-conductual para tratar la ansiedad, problemas de sueño y síntomas vasomotores.	También se consideran intervenciones psicológicas, pero hay un enfoque más amplio en la medicina complementaria.
<b>Énfasis en el enfoque holístico</b>	Se enfatiza un enfoque holístico que considera las preferencias de las pacientes y condiciones médicas subyacentes.	Se refuerza la importancia de un enfoque integral y personalizado, teniendo en cuenta tanto las preferencias de las pacientes como sus condiciones médicas.
<b>Evidencia de eficacia</b>	La combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos mejora significativamente la calidad de vida.	La evidencia sugiere que la combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos también mejora la calidad de vida de las mujeres.

Fuente: Elaboración propia, con base en (31) (81) (82) (83)

Este cuadro comparativo proporciona una visión clara de cómo ambos países abordan el manejo de la menopausia y el climaterio, destacando tanto sus similitudes como sus diferencias en cuanto a las terapias utilizadas y la individualización del tratamiento.

## 2.6. Identificación de Mejores Prácticas para Costa Rica

Las mejores prácticas para el manejo de la menopausia en Costa Rica pueden beneficiarse de las estrategias utilizadas en el Reino Unido y Canadá, que enfatizan educación, el tratamiento individualizado, la terapia hormonal, la medicina complementaria y los cambios en el estilo de vida. Para mejorar la educación de las pacientes antes de que lleguen a la etapa de manejo de la menopausia, se pueden implementar varias estrategias basadas en las prácticas del Reino Unido y Canadá, que enfatizan el tratamiento individualizado y la importancia de la educación y los cambios en el estilo de vida.

Implementar educación a la paciente en Costa Rica podría mejorar significativamente la preparación y el manejo de la menopausia, asegurando que las mujeres estén bien informadas y empoderadas para tomar decisiones sobre su salud. A continuación se muestra la Tabla 3, resumen, de la información antes mencionada.

Tabla 3 Estrategias Implementables en Costa Rica

<b>Tipo de Programa</b>	<b>Descripción</b>	<b>Resultados Clave</b>
<b>1. Programas Educativos Estructurados</b>	Programas diseñados para mejorar el conocimiento y la calidad de vida de las mujeres en grupos de apoyo.	Mejora en el conocimiento, síntomas y calidad de vida.
<b>2. Materiales Educativos Multimedia</b>	Uso de videos educativos antes de la consulta inicial para aumentar el conocimiento sobre tratamientos.	Aumento significativo en conocimiento y certeza en la toma de decisiones.
<b>3. Guías de Discusión</b>	Guías diseñadas para mejorar la comprensión de síntomas y tratamientos.	Mayor conocimiento y preferencia por las guías sobre materiales estándar.
<b>4. Consejería y Toma de Decisiones Compartida</b>	Consejería dirigida por enfermeras para clarificar preferencias de tratamiento.	Aumento en el conocimiento y reducción del conflicto decisional.
<b>5. Inclusión de Mujeres Premenopáusicas</b>	Incluir a mujeres premenopáusicas en programas educativos para preparar mejor la transición menopáusica.	Reducción de la ansiedad y mejor preparación para cambios futuros.

Fuente: Elaboración propia, con base en (84) (85) (86) (87)

Por otra parte, se tienen otras terapias utilizadas en Canadá y Reino Unido, para un abordaje óptimo de la menopausia y climaterio, cómo lo son:

1. **Tratamiento Individualizado:** Tanto en el Reino Unido como en Canadá, se destaca la importancia de personalizar el tratamiento según las necesidades y preferencias de cada mujer. Esto implica una evaluación detallada de los síntomas, las contraindicaciones y los factores de riesgo individuales. (11) (88)

2. **Terapia Hormonal (TH):** La TH es el tratamiento más eficaz para los síntomas vasomotores y el síndrome genitourinario de la menopausia. En mujeres sin contraindicaciones, la TH puede incluir estrógenos solos o combinados con progestágenos, administrados por vía oral o transdérmica, con eficacia comparable. Es crucial individualizar la dosis y la duración del tratamiento para maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. (11) (89)

3. **Opciones No Hormonales:** Para mujeres que no pueden o no desean usar TH, existen varias opciones no hormonales. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), como citalopram, es-citalopram, paroxetina y venlafaxina, han demostrado ser efectivos para reducir los síntomas vasomotores. Además, la gabapentina y la pregabalina son opciones viables para estos síntomas. (31) (90)

4. **Medicina Complementaria y Alternativa:** Aunque la evidencia sobre la eficacia y seguridad de las terapias complementarias y alternativas sigue siendo débil, algunas mujeres pueden optar por estas opciones. Es importante que los médicos informen a las pacientes sobre la falta de evidencia sólida y los posibles riesgos. (91) (31) (92)

5. **Cambios en el Estilo de Vida:** Se recomienda un enfoque holístico que incluya cambios en el estilo de vida, como una dieta equilibrada, ejercicio regular y técnicas de manejo del estrés. Estos cambios pueden mejorar la calidad de vida y reducir algunos síntomas de la menopausia. (92) (93)

**6. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** La TCC es una opción recomendada para tratar la ansiedad, los problemas de sueño y los síntomas vasomotores relacionados con la menopausia. Esta terapia puede ser particularmente útil para mujeres que prefieren evitar los tratamientos farmacológicos. (31) (92)

**7. Prevención de Enfermedades Crónicas:** La menopausia es una oportunidad para implementar estrategias preventivas contra enfermedades crónicas como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares. La TH puede ayudar a prevenir estas condiciones cuando se inicia temprano en mujeres postmenopáusicas jóvenes. (93)

El manejo de la menopausia en Costa Rica puede mejorar con un enfoque integral y personalizado que combine terapias hormonales y no hormonales, medicina complementaria y cambios en el estilo de vida, para elevar la calidad de vida de cada mujer durante y después de la menopausia

### **2.6.1. Adaptación al Contexto Costarricense**

Para adaptar el manejo de la menopausia en Costa Rica se deben considerar factores culturales, sociales y de acceso a la salud, promoviendo un tratamiento individualizado que combine terapia hormonal, alternativas no hormonales, medicina complementaria, cambios en el estilo de vida y educación, respaldado por la evidencia médica disponible.

**1. Tratamiento Individualizado:** Esto incluye considerar las preferencias culturales y la disponibilidad de tratamientos. (11)

**2. Terapia Hormonal (TH):** En Costa Rica, donde el uso de TH es bajo, es crucial educar a las mujeres sobre los beneficios y riesgos de la TH, y ofrecer opciones como estrógenos solos o combinados con progestágenos, administrados por vía oral o transdérmica. La TH debe ser individualizada en cuanto a dosis y duración, y se debe realizar una evaluación continua de los riesgos y beneficios. (88) (93)

**3. Opciones No Hormonales:** como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), así como la gabapentina y la pregabalina, que han demostrado ser efectivos para los síntomas

vasomotores. Es importante informar a las pacientes sobre los posibles efectos secundarios de estos tratamientos. (91) (89)

4. **Medicina Complementaria y Alternativa:** la evidencia sobre la eficacia y seguridad de estas terapias es limitada. Es esencial realizar investigaciones adicionales para evaluar la seguridad y eficacia de estas terapias y educar a las mujeres sobre la falta de evidencia sólida y los posibles riesgos. (31) (92)

5. **Cambios en el Estilo de Vida:** Se recomienda un enfoque integral que incluya dieta equilibrada, ejercicio regular y manejo del estrés para mejorar la calidad de vida y aliviar síntomas menopáusicos, complementado con terapia cognitivo-conductual para tratar ansiedad, insomnio y síntomas vasomotores. (11) (89)

6. **Educación:** preparar a las mujeres antes de la menopausia, mediante programas estructurados con materiales multimedia y guías de discusión dirigidos tanto a mujeres premenopáusicas como a profesionales de la salud, con el fin de mejorar el conocimiento sobre síntomas, tratamientos y apoyar decisiones informadas.. (11) (31)

Para abordar la menopausia en Costa Rica, se requiere un enfoque integral y personalizado. Esto incluye terapias hormonales y no hormonales, medicina complementaria, cambios en el estilo de vida y educación, todo adaptado a las necesidades individuales.

### **2.6.2. Factores Clave para la Implementación**

Para mejorar el abordaje, se requiere atención centrada en la paciente, investigación local, redes de apoyo, recursos digitales, un enfoque intercultural y bilingüe, prevención y detección temprana, políticas inclusivas con financiamiento, capacitación del personal de salud, fomento del autocuidado e implementación de sistemas de evaluación y mejora continua.

## **CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Enfoque metodológico**

La investigación desde la ruta cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos en profundidad, explorándolos a través de la perspectiva de los participantes en su entorno natural. Según Hernández-Sampieri en "Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta", este enfoque permite captar la complejidad de las experiencias humanas y los significados que las personas atribuyen a sus vivencias. Al situar a los individuos en su contexto, se pueden identificar factores sociales, culturales y emocionales que influyen en sus comportamientos y percepciones. Así, la investigación cualitativa no solo busca descripciones, sino también interpretaciones que revelen cómo las personas construyen su realidad y cómo interactúan con su ambiente. Este enfoque es fundamental para obtener una comprensión holística de los fenómenos estudiados, permitiendo que las voces de los participantes sean escuchadas y valoradas en el proceso investigativo. (94)

Las revisiones bibliográficas son trabajos académicos que tienen como objetivo principal analizar y sintetizar el material publicado sobre un tema específico. Estas revisiones permiten evaluar diferentes aspectos del conocimiento existente, ofreciendo una descripción detallada del estado del arte en el área de estudio elegida. A través de este proceso, se recogen y organizan las contribuciones de múltiples fuentes, lo que facilita una comprensión más amplia y profunda del tema en cuestión.

A diferencia de la investigación empírica, en las revisiones bibliográficas no se generan ni se analizan datos originales. En su lugar, se utiliza información proveniente de artículos científicos, libros y otras publicaciones académicas, lo que permite a los investigadores identificar tendencias, patrones y lagunas en la literatura. Este enfoque no solo ayuda a consolidar el conocimiento existente, sino que también destaca áreas que requieren más investigación.

Además, las revisiones bibliográficas son fundamentales para la comunidad científica, ya que ofrecen un recurso valioso que compila y evalúa las evidencias disponibles. Al presentar un análisis crítico de la literatura, estas revisiones facilitan la identificación de enfoques exitosos y prácticas efectivas, así como la comprensión de debates y controversias en el campo. En última instancia, las revisiones bibliográficas contribuyen a la formación de una base sólida

sobre la cual se pueden construir nuevas investigaciones, orientando futuros estudios y enriqueciendo el conocimiento colectivo en el área de interés.

### **3.2. Tipo de investigación**

La investigación se enmarca en una revisión bibliográfica descriptiva con enfoque cualitativo, lo cual resulta adecuado para alcanzar los objetivos planteados. Este enfoque permite explorar y analizar en profundidad la literatura existente sobre el abordaje interdisciplinar del climaterio y la menopausia, centrándose en las experiencias y percepciones de las pacientes y profesionales de la salud. Al examinar diversas fuentes académicas y estudios de caso, se pueden identificar patrones, tendencias y estrategias efectivas implementadas en Reino Unido y Canadá. Este análisis cualitativo no solo proporciona un entendimiento contextual de las prácticas actuales, sino que también facilita la extracción de lecciones relevantes que podrían ser aplicables al sistema de salud costarricense. Así, la combinación de una revisión bibliográfica y un enfoque cualitativo asegura una comprensión holística y fundamentada del tema investigado.

### **3.3. Fuentes de información**

Las fuentes de información se clasifican en diversas categorías, siendo las fuentes primarias de especial importancia. Estas se definen según María Martínez Montaña, en el libro “Metodología de la investigación para el área de la salud” como aquellos documentos o datos originales que presentan información sin ser interpretados ni analizados por otros. Esto incluye artículos de investigación, ensayos clínicos, informes de casos y datos estadísticos, los cuales proporcionan evidencia directa sobre un tema específico y son fundamentales para la formulación de conclusiones sólidas en cualquier estudio. (95)

Para llevar a cabo investigaciones rigurosas y fundamentadas, es esencial consultar una variedad de estudios, investigaciones y guías que estén alineados con los objetivos del estudio. Las fuentes primarias son cruciales, ya que permiten a los investigadores obtener información en su forma más pura, facilitando un análisis crítico y una evaluación objetiva.

Estas fuentes se pueden encontrar en bases de datos académicas y científicas reconocidas, como PubMed, SciELO, Elsevier y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Estas plataformas ofrecen acceso a una amplia gama de artículos científicos, revisiones sistemáticas y literatura médica que abarcan diversas disciplinas y áreas de investigación.

Además, organizaciones como la North American Menopause Society (NAMS), el National Health Service (NHS) y la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) también contribuyen con valiosos recursos y recomendaciones basadas en evidencia. Estas instituciones publican guías clínicas y documentos de consenso que son fundamentales para la práctica médica y la investigación, proporcionando información actualizada y pertinente

El uso de fuentes primarias y la consulta de bases de datos y organizaciones reconocidas son pasos cruciales para garantizar la validez y la relevancia de cualquier investigación, contribuyendo así al avance del conocimiento en el campo de la salud y otras disciplinas científicas.

### 3.4 Criterios de búsqueda

*Tabla 4 Criterios de búsqueda*

<b>Objetivo</b>	<b>Descriptor</b>	<b>Motores de búsqueda</b>	<b>Periodo de estudio</b>	<b>Idioma</b>
Identificar las principales estrategias de abordaje interdisciplinario para el climaterio y la menopausia implementadas en Reino Unido y Canadá.	Estrategias clave para el manejo del climaterio y menopausia.	Pubmed, Science Direct y Open Evidence, SciELO, Elsevier , CDC,NHS, NAMS, SOGC.	2019-2024	Español/Inglés

<b>Objetivo</b>	<b>Descriptores</b>	<b>Motores de búsqueda</b>	<b>Periodo de estudio</b>	<b>Idioma</b>
Describir el enfoque actual adoptado en Costa Rica para la atención del climaterio y la menopausia.	Estrategias principales para el manejo del climaterio y menopausia en Costa Rica	Pubmed, SciELO, Binasss, INCIENSA, Ministerio de Salud de Costa Rica.	2019-2024	Español/Inglés
Comparar las estrategias identificadas con el fin de proponer prácticas aplicables y adaptables al sistema de salud costarricense.	Comparación de estrategias de manejo del climaterio y menopausia para identificar mejores prácticas en Costa Rica.	Pubmed, Science Direct y Open Evidence, SciELO, Elsevier, CDC,NHS, NAMS, SOGC.	2019-2024	Español/Inglés

Fuente: Elaboración propia, 2024

### 3.5 Criterios de inclusión y exclusión

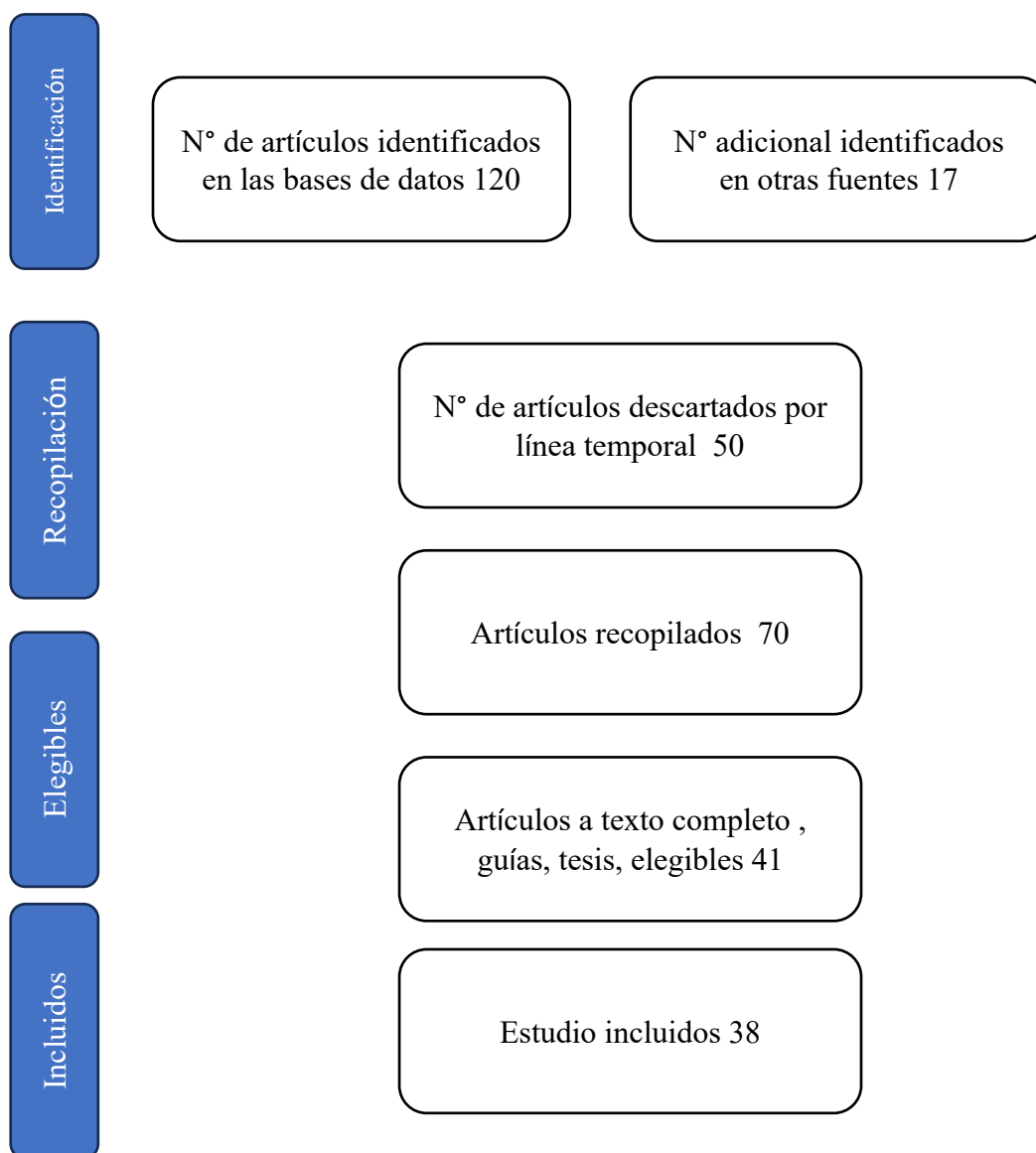
Tabla 5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Artículos con una vigencia no mayor a 5 años, para investigaciones de Reino Unido y Canadá	Artículos de opinión, blogs o contenido no revisado por pares.
Para el caso de las investigaciones desarrolladas en Costa Rica se seleccionan documentos entre el año 1978 y hasta el 2024, considerando la poca investigación desarrollada en este país.	
Artículos en idioma inglés y español.	Estrategias de países que no sean Reino Unido ni Canadá, o que no se relacionen con el contexto costarricense.
Aquellos artículos cuya población sea comprendida en edad de menopausia	Aquellos estudios de diseño longitudinales
Tipos de estudios basado en revisiones de artículos, ensayos clínicos	Estudios sin datos suficientes o que no midan resultados relevantes sobre las estrategias de abordaje.
Artículos científicos con el manejo interdisciplinario referente exclusivamente del objeto de estudio.	
Estrategias implementadas en Reino Unido y Canadá	

Fuente: Elaboración propia, 2024

### 3.6 Análisis de la información

Figura 2. Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda



### 3.7 Clasificación según niveles de evidencia

Tabla 6 Clasificación según niveles de evidencia

Cantidad de artículos según el nivel de evidencia Nivel de Evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
1	Revisión sistemática	7	8	21,05%
	Metaanálisis	1		
4	Estudio descriptivo	1	2	5,26%
	Estudio de cohorte	1		
5	Revisión bibliográfica	19	28	73,68%
	Guía técnica	6		
	Tesis	1		
	Estudio cualitativo	2		
<b>Total</b>		<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Fuente: elaboración propia.**

La clasificación de niveles de evidencia utilizada se basa en el sistema *del Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*, categorizando los estudios según su diseño y calidad. La tabla muestra la cantidad y porcentaje de artículos por nivel, reflejando la solidez de la evidencia que respalda las recomendaciones.

## **CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En este capítulo, se presenta el análisis de los resultados obtenidos a partir de la revisión y comparación de las estrategias implementadas en el abordaje interdisciplinar para el climaterio y la menopausia en los sistemas de salud de Reino Unido y Canadá, en relación con el contexto costarricense. Se han seleccionado investigaciones y estudios que cumplen con los criterios de inclusión previamente establecidos para este estudio, los cuales abarcan diversas iniciativas de atención interdisciplinaria para mujeres en el climaterio y la menopausia en ambos países.

El análisis se organizará en función de los objetivos específicos planteados en esta investigación, para así proporcionar una comparación clara entre las mejores prácticas implementadas en Reino Unido y Canadá, y evaluar su aplicabilidad en el sistema de salud de Costa Rica. Este enfoque facilitará la identificación de estrategias clave que puedan ser adoptadas o adaptadas para mejorar la atención de las mujeres en el climaterio y la menopausia en Costa Rica, contribuyendo a la mejora de los servicios de salud y la calidad de vida de las pacientes.

Se abordarán aspectos fundamentales como la capacitación de los profesionales de salud, la colaboración interdisciplinaria, el acceso a tratamientos innovadores, y la atención integral de las mujeres durante esta etapa de la vida. A lo largo de este capítulo, también se discutirán los hallazgos relevantes y las recomendaciones para implementar las mejores prácticas dentro del contexto costarricense, tomando en cuenta las características y recursos del sistema de salud local.

#### **4.1 Análisis del primer objetivo Identificar las principales estrategias de abordaje interdisciplinario para el climaterio y la menopausia implementadas en Reino Unido y Canadá.**

El propósito de este objetivo es examinar y comparar las estrategias implementadas en los sistemas de salud de Reino Unido y Canadá para el manejo del climaterio y la menopausia, con el fin de identificar las principales prácticas utilizadas para abordar esta etapa de la vida de las mujeres. A través de la revisión de programas, políticas de salud, y enfoques interdisciplinarios, se busca comprender cómo estos países abordan los aspectos médicos, psicológicos y sociales del climaterio y la menopausia, y cuáles son las intervenciones más eficaces en términos de atención integral, tratamiento, y calidad de vida. El análisis de estas estrategias permitirá obtener información valiosa para adaptar o mejorar los enfoques que puedan ser implementados en otros contextos, como el sistema de salud costarricense.

A partir de la guía NICE sobre menopausia (2019), se identifican las principales estrategias de abordaje para el manejo del climaterio y la menopausia en el contexto del Reino Unido. La guía pone énfasis en un enfoque personalizado, que incluye un diagnóstico adecuado de la perimenopausia y menopausia basado en la evaluación clínica y, si es necesario, en pruebas de laboratorio. Además, promueve un tratamiento integral que combina tanto opciones farmacológicas, como la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), como intervenciones no farmacológicas, siempre considerando los riesgos y beneficios a largo plazo. La guía también subraya la importancia de proporcionar a las pacientes información clara y comprensible sobre las alternativas de tratamiento disponibles, asegurando que cada decisión se adapte a las necesidades individuales.(2)

Por otro lado, mientras que las recomendaciones de NICE están diseñadas específicamente para el sistema de salud del Reino Unido, la implementación de estas estrategias se ve facilitada por el acceso universal que ofrece el National Health Service (NHS). Esta estructura permite una aplicación homogénea de los lineamientos en todo el país. En contraste, en otros países como Canadá, aunque las pautas para el manejo de la menopausia pueden ser similares, el acceso y la disponibilidad de tratamientos varían según la provincia, lo que influye en la forma en que se implementan los enfoques para la menopausia en distintas regiones.

En cuanto a las estrategias de abordaje del climaterio y la menopausia en Canadá, la Pocket Guide Menopause Management 2023 se basa en las directrices de NAMS, SOGC e IMS, y presenta un enfoque integral centrado en la evidencia científica y la experiencia de expertos. La guía destaca la importancia de una gestión personalizada que considere tanto los síntomas individuales como las preferencias de las mujeres, promoviendo opciones de tratamiento que van desde la terapia de reemplazo hormonal (TRH) hasta enfoques no farmacológicos. Un aspecto clave de esta guía es el empoderamiento de las mujeres, proporcionándoles herramientas y recursos accesibles para que puedan gestionar su salud durante la menopausia de manera activa y bien informada. Además, se subraya la necesidad de un apoyo continuo a lo largo de la transición menopáusica, lo que incluye el acceso a información validada por expertos y el acompañamiento emocional necesario para manejar los efectos psicológicos asociados. (1)

Por otro lado, aunque en el Reino Unido, las directrices del NICE también promueven un enfoque integral y personalizado, el sistema de salud pública del NHS asegura una implementación más uniforme de estos lineamientos a nivel nacional. Si bien ambos enfoques comparten el objetivo de ofrecer un cuidado centrado en la paciente, la guía canadiense pone un énfasis particular en el empoderamiento de las mujeres a través del acceso a información y recursos, lo que permite una mayor autonomía en la toma de decisiones. En contraste, en el Reino Unido, aunque el enfoque es igualmente personalizado, el acceso al tratamiento y seguimiento puede depender más de la disponibilidad y estructura de los servicios públicos, lo que puede generar variabilidad en la implementación del tratamiento.(2)

El estudio de Martin-Key et al. (2023), realizado en el Reino Unido con 952 pacientes, resalta importantes áreas de mejora en la prestación de servicios de atención sanitaria para las mujeres que atraviesan la menopausia y la transición a la menopausia. A través de un enfoque mixto, que combina métodos cuantitativos y cualitativos, los resultados del estudio muestran que, a pesar de los esfuerzos por parte del sistema de salud británico, persisten deficiencias significativas en el manejo de los síntomas menopáusicos. Las mujeres participantes expresaron una falta de acceso adecuado a información clara y comprensible, así como una limitada disponibilidad de apoyo especializado, lo que afecta negativamente su experiencia del proceso menopáusico. En términos de tratamiento, el estudio sugiere que las mujeres no siempre tienen acceso adecuado a terapias de reemplazo hormonal (TRH), aunque se reconoce que esta terapia

es una de las más efectivas para el manejo de síntomas como sofocos y sudores nocturnos. Sin embargo, las mujeres también mencionaron la necesidad de alternativas no hormonales, como el uso de antidepresivos y antihipertensivos (como la clonidina) para el manejo de los síntomas vasomotores, así como terapias psicológicas y cognitivo-conductuales para abordar los impactos emocionales y psicológicos del climaterio.

En comparación con las directrices establecidas en Canadá, como las guías de la SOGC, IMS y NAMS, que promueven un enfoque integral que incluye la oferta de diferentes opciones terapéuticas y el empoderamiento de las mujeres, el estudio en el Reino Unido pone de relieve una desconexión entre las políticas de salud pública y la experiencia real de las pacientes. Mientras que las estrategias canadienses se enfocan en la educación y empoderamiento de las mujeres, brindándoles recursos y acceso a apoyo continuo, los resultados del estudio británico sugieren que, en el Reino Unido, las mujeres aún enfrentan barreras significativas en cuanto a la disponibilidad de terapias efectivas, especialmente las no hormonales, y la falta de personal especializado para tratar sus síntomas de manera adecuada. Las recomendaciones del estudio apuntan a la urgente necesidad de mejorar la formación de los profesionales de salud en el manejo de la menopausia, además de la implementación de un manejo más personalizado y accesible de las terapias en todos los niveles de atención. (3)

Wolfman et al., (2021), en la publicación titulada "Guideline No. 422d: Menopause and Sexuality", muestra un análisis exhaustivo sobre las intervenciones y tratamientos dirigidos a mejorar la salud sexual de las mujeres posmenopáusicas. Según los hallazgos de esta guía, la atención integral y personalizada es esencial para abordar los desafíos sexuales que enfrentan las mujeres durante y después de la menopausia. La función sexual y la calidad de vida pueden mejorar significativamente mediante el uso de terapias hormonales (como la Terapia de Reemplazo Hormonal - TRH) y terapias no hormonales (como los lubricantes vaginales, los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, y en algunos casos, los antidepresivos o medicamentos para la disfunción sexual). La clave para una gestión efectiva es individualizar las estrategias de tratamiento, adaptándolas a las necesidades y preferencias de cada mujer. Además, el artículo enfatiza la importancia de una comunicación abierta y continua entre los profesionales de salud y las pacientes, lo cual facilita una evaluación y reevaluación constante

de los tratamientos y permite un enfoque más dinámico y ajustado a la evolución de los síntomas sexuales.

Este enfoque integral, que se centra en la educación continua, la información clara sobre las opciones terapéuticas y el seguimiento cercano, también es clave para mejorar el bienestar general de las mujeres posmenopáusicas. La guía subraya que, aunque las terapias hormonales pueden ser efectivas, muchas mujeres prefieren o necesitan alternativas no hormonales, lo que requiere una oferta amplia de opciones y el acompañamiento adecuado por parte de los profesionales de la salud para garantizar que cada mujer pueda encontrar una solución que se adapte a sus necesidades.

En el contexto comparativo con el Reino Unido y Canadá, ambos países comparten un enfoque en la atención personalizada y centrada en el paciente, pero las estrategias de implementación pueden diferir según el sistema de salud y los recursos disponibles. En Canadá, las guías de la SOGC y otras organizaciones (como NAMS e IMS) coinciden con las recomendaciones de Wolfman et al., promoviendo la educación sobre la salud sexual durante la menopausia y el acceso a una variedad de tratamientos para abordar los problemas sexuales. En el Reino Unido, aunque el enfoque también es personalizado, se enfrenta a desafíos relacionados con el acceso a terapias no hormonales y la capacitación de los profesionales de salud en el manejo de estos síntomas, como se destacó en el estudio de Martin-Key et al. (2023). (4)

El artículo de Duralde et al. (2022) proporciona una revisión exhaustiva de la literatura sobre el manejo de los síntomas peri-menopáusicos y menopáusicos, evaluando diversas opciones de tratamiento tanto hormonales como no hormonales. A través de la revisión de estudios clínicos y guías de práctica, se concluye que un enfoque personalizado en el manejo de los síntomas es esencial para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante esta etapa. Las terapias hormonales (como la Terapia de Reemplazo Hormonal - TRH) se reconocen como efectivas para muchos de los síntomas comunes, como los sofocos, los sudores nocturnos y la sequedad vaginal. Sin embargo, el artículo también resalta que las alternativas no hormonales (como los antidepresivos, antihipertensivos y tratamientos conductuales) son válidas y necesarias, especialmente para las mujeres que no pueden o prefieren no usar hormonas, ya sea por razones de salud o por elección personal. (5)

En el contexto de la estrategia de tratamiento, el artículo subraya la importancia de individualizar las opciones terapéuticas basándose en los síntomas específicos, la historia médica y las preferencias de cada mujer. Este enfoque personalizado no solo ayuda a aliviar los síntomas, sino que también mejora el bienestar general y la calidad de vida. Además, se destaca la necesidad de un seguimiento continuo para ajustar los tratamientos según la evolución de los síntomas y el estado de salud de la paciente, lo cual refuerza la idea de un enfoque dinámico y adaptado a cada mujer.

Comparando este enfoque con las estrategias de Reino Unido y Canadá, ambos países coinciden en la importancia de un manejo personalizado y basado en las preferencias de las pacientes. En Reino Unido, las directrices del NICE promueven el uso de terapias tanto hormonales como no hormonales, pero también enfrentan desafíos en la implementación y accesibilidad de algunas de estas opciones. Aunque la TRH es ampliamente recomendada, en muchos casos las mujeres aún enfrentan dificultades para acceder a alternativas no hormonales debido a limitaciones en la formación y recursos de los profesionales de la salud. En Canadá, la SOGC, la IMS y NAMS enfatizan la educación continua sobre las opciones de tratamiento, el empoderamiento de las mujeres y el acceso a una variedad de tratamientos, tanto hormonales como no hormonales, lo que refleja un enfoque más inclusivo para cubrir todas las necesidades de las mujeres en la menopausia. Sin embargo, tanto en Canadá como en el Reino Unido, la implementación de estrategias y el acceso a opciones no hormonales varían según los recursos disponibles y la formación de los profesionales de salud. 5

El artículo de Johnstone y Cant (2019), titulado "La Teoría de la Evolución y la Menopausia", aborda la menopausia desde una perspectiva evolutiva, explorando las posibles funciones de este fenómeno biológico en el contexto de la fitness reproductiva y la longevidad de las mujeres. Los autores analizan diversas hipótesis evolutivas que sugieren que la menopausia podría haber surgido como una estrategia adaptativa que permite a las mujeres invertir más recursos en la crianza de sus descendientes y en la transmisión de conocimientos, en lugar de centrarse exclusivamente en la reproducción. Esta perspectiva evolutiva propone que la menopausia, al reducir la competencia reproductiva interna con las generaciones más jóvenes, facilita la contribución al bienestar de la descendencia mediante el apoyo social y la transmisión de

información . Según los autores, entender la menopausia bajo esta luz puede ofrecer una visión más amplia sobre su significado biológico y sus posibles implicaciones para la salud femenina durante el climaterio.<sup>6</sup>

Este enfoque evolutivo no solo proporciona una nueva perspectiva sobre la menopausia, sino que también sugiere que las estrategias de manejo deberían considerar estos aspectos biológicos y sociales de la transición menopáusica. En lugar de enfocarse exclusivamente en los síntomas físicos o hormonales, este marco podría influir en las estrategias de abordaje de salud, promoviendo un enfoque más integral que también valore el bienestar emocional y psicosocial de las mujeres durante este período de su vida. En particular, podría resaltar la importancia de la educación intergeneracional, el apoyo social y el empoderamiento de las mujeres mayores como recursos fundamentales para mitigar los desafíos asociados con la menopausia.

En el contexto de las estrategias de abordaje en Reino Unido y Canadá, aunque las guías médicas y los enfoques terapéuticos se han centrado históricamente en el manejo físico de los síntomas (como los sofocos, la sequedad vaginal y la osteopenia), el artículo de Johnstone y Cant introduce una perspectiva que podría complementar las estrategias convencionales. En Canadá, las guías de la SOGC y NAMS abogan por un enfoque integral que no solo incluya el manejo de los síntomas físicos a través de terapias hormonales y no hormonales, sino también el apoyo psicológico y la educación sobre la menopausia. La teoría de la evolución propuesta por los autores podría fortalecer estos enfoques al fomentar un mayor énfasis en la salud social y en la función de las mujeres como mentoras y transmisoras de conocimiento en las generaciones más jóvenes.

En el Reino Unido, si bien el NICE pone en práctica un enfoque basado en el manejo físico de los síntomas, también se ha reconocido la importancia de una atención personalizada que considere las necesidades sociales y emocionales de las mujeres. Incorporar la visión evolutiva de la menopausia podría incentivar una mayor integración de apoyo social y educación continua, complementando los tratamientos médicos convencionales y brindando un enfoque más holístico para la salud de las mujeres mayores. <sup>6</sup>

El artículo de Margaret Rees (2021) ofrece recomendaciones consensuadas sobre cómo abordar la menopausia en el lugar de trabajo, destacando la importancia de políticas organizacionales que respondan a las necesidades de las trabajadoras menopáusicas. Estas políticas deben incluir educación y sensibilización sobre la menopausia, así como un entorno laboral comprensivo que promueva la comunicación abierta y ofrezca apoyo organizacional. Las estrategias sugeridas abarcan la flexibilidad laboral, ajustes en el entorno de trabajo y el acceso a asesoría emocional para mejorar la calidad de vida y la productividad de las mujeres durante esta etapa. En Reino Unido y Canadá, aunque algunas iniciativas están en marcha, la implementación de estas políticas aún es incipiente y varía según la región y la organización. Sin embargo, tanto en el Reino Unido como en Canadá, se reconoce que un enfoque inclusivo en el ámbito laboral no solo mejora el bienestar de las trabajadoras, sino que también tiene un impacto positivo en el rendimiento organizacional. 7

El artículo de María Sol East Goenaga (2023) aborda el climaterio y la menopausia desde una perspectiva de políticas públicas en salud, destacando la necesidad de integrar estas etapas de la vida femenina en las estrategias de salud pública. A través de un enfoque cualitativo y el análisis de documentos de políticas y literatura científica, se concluye que es fundamental que las políticas públicas reconozcan el impacto significativo del climaterio y la menopausia en la salud de las mujeres. El estudio propone mejorar la formación de los profesionales de la salud, fomentando su capacitación en el diagnóstico y manejo de los síntomas relacionados con esta etapa. Además, se subraya la necesidad de sensibilizar a la sociedad sobre los efectos de la menopausia y de garantizar acceso adecuado a servicios de salud que brinden atención integral. En este sentido, tanto en Reino Unido como en Canadá, los desafíos son similares, ya que ambas naciones enfrentan la necesidad de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios destinados a las mujeres en la menopausia, con énfasis en la educación y sensibilización tanto a nivel de profesionales de salud como de la población general. Las políticas públicas deben integrar estos enfoques para ofrecer un abordaje más completo y efectivo del climaterio y la menopausia. 8

El artículo de Heather Currie et al., (2021) titulado "Vision for Menopause Care in the UK" presenta una visión integral para la atención de la menopausia en el Reino Unido, destacando la necesidad de un enfoque cohesivo que apoye tanto a profesionales de la salud como a las mujeres durante esta etapa de la vida. La guía, elaborada por la British Menopause Society

(BMS), subraya que un liderazgo efectivo es esencial para mejorar el manejo de la menopausia, proponiendo que se implemente un sistema de información, formación y educación continua para los profesionales sanitarios. Además, se destaca la importancia de proporcionar a las mujeres acceso a recursos adecuados para gestionar tanto la menopausia como la vida posterior en la etapa post reproductiva. En cuanto a las estrategias de abordaje, la BMS aboga por un enfoque que combine el apoyo emocional, el manejo personalizado de los síntomas y la educación preventiva para ayudar a las mujeres a afrontar los cambios fisiológicos y emocionales asociados con la menopausia.

En términos de estrategias de salud pública, tanto el Reino Unido como Canadá comparten la necesidad de un enfoque multidimensional que incluya capacitación profesional y sensibilización pública. En el Reino Unido, la guía de la BMS se alinea con las recomendaciones del NICE para un abordaje integral de la menopausia, enfatizando la necesidad de información clara y un entorno de apoyo que permita a las mujeres tomar decisiones informadas sobre su salud. En Canadá, aunque no existe una guía exactamente equivalente, las políticas de la SOGC y la NAMS también hacen hincapié en la importancia de educación continua para los profesionales de la salud y en la creación de espacios de apoyo para las mujeres, lo que refleja una aproximación similar en cuanto al liderazgo y la necesidad de formación en el manejo de la menopausia. Ambas naciones reconocen que el éxito de cualquier estrategia de abordaje depende de la integración de un enfoque holístico que contemple tanto las necesidades físicas como emocionales de las mujeres en esta etapa de la vida. (9)

El artículo de Iliana C. et al., (2023), publicado en CMAJ, presenta un enfoque pragmático para el manejo de la menopausia, destacando la importancia de un tratamiento personalizado que se adapte a las necesidades individuales de las mujeres, basándose en la comunicación abierta entre pacientes y proveedores de salud. Este enfoque enfatiza la participación activa de las mujeres en las decisiones sobre su tratamiento, ya sea con terapias hormonales o no hormonales, considerando factores como los síntomas específicos, las preferencias personales y el contexto médico de cada paciente. En cuanto a las estrategias de abordaje en Reino Unido y Canadá, ambos países promueven un manejo centrado en el paciente, como lo indican las guías del NICE y la British Menopause Society (BMS) en el Reino Unido, y las recomendaciones de la SOGC y la NAMS en Canadá, que incluyen educación y formación para los profesionales de salud.

Estas estrategias también subrayan la importancia de sensibilizar a los proveedores de salud y asegurar una atención que considere tanto las intervenciones farmacológicas como no farmacológicas, en un esfuerzo por mejorar la calidad de vida de las mujeres durante la menopausia. 10

El artículo de Karen Magraith y Christina Jang (2023), titulado "Management of Menopause", revisa las estrategias actuales para el manejo de la menopausia a través de un enfoque basado en la evidencia, analizando estudios clínicos y guías de práctica para identificar las opciones de tratamiento más efectivas. Los autores concluyen que un manejo efectivo de la menopausia debe ser personalizado, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias individuales de las mujeres, lo que incluye tanto terapias hormonales como no hormonales para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida durante esta transición. En el contexto de Reino Unido y Canadá, ambas naciones comparten un enfoque centrado en la personalización del tratamiento, apoyado por guías como las del NICE en el Reino Unido y la SOGC en Canadá, que subrayan la importancia de ofrecer un manejo individualizado, que no solo aborde los síntomas físicos, sino que también considere las dimensiones emocionales y sociales de la menopausia.(11).

El artículo de S. R. Davis et al. (2023), publicado en el Climacteric Journal, presenta el "2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause", una guía práctica basada en la revisión de la literatura reciente y la recopilación de evidencia clínica para el manejo de la menopausia. Los autores concluyen que un enfoque estructurado y basado en evidencia es esencial para un manejo efectivo de la menopausia, destacando la necesidad de utilizar estrategias que incluyan tanto tratamientos hormonales como no hormonales, adaptados a las necesidades individuales de cada paciente. Este enfoque integral, respaldado por datos científicos, resalta la importancia de capacitar a los profesionales de salud y ofrecer a las mujeres un tratamiento personalizado que considere sus síntomas y preferencias. En el contexto de Reino Unido y Canadá, las guías del NICE y la SOGC coinciden en la necesidad de un manejo individualizado, en el que se dé prioridad a la formación continua de los profesionales de la salud y se integren tratamientos basados en evidencia para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio y la menopausia. (12).

El artículo de Gina Harper-Harrison et al. (2024) examina la terapia de reemplazo hormonal (TRH) a través de una revisión sistemática de estudios clínicos y guías de tratamiento,

concluyendo que la TRH es una opción efectiva para aliviar los síntomas menopáusicos y mejorar la calidad de vida de las mujeres, siempre que se administre de manera individualizada. Los autores destacan que el tratamiento debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, considerando factores como los síntomas, la historia médica y las preferencias personales. Esta recomendación se alinea con las estrategias de Reino Unido y Canadá, donde guías como las del NICE en el Reino Unido y la SOGC en Canadá promueven un enfoque personalizado en el manejo de la menopausia, incluyendo la TRH como una opción válida, pero enfatizando la importancia de evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios para cada mujer. Ambos países coinciden en que una gestión individualizada y bien informada es clave para el manejo efectivo de los síntomas menopáusicos.(13)

El artículo de Santoro et al. (2021), publicado en *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, revisa la patofisiología de la menopausia y su manejo a través de un análisis exhaustivo de 758 publicaciones, centrándose en los síntomas y condiciones asociados con la transición menopáusica y su impacto en la calidad de vida. Los resultados indican que la transición menopáusica provoca síntomas significativos, como alteraciones vasomotoras y del estado de ánimo, y subraya las disparidades raciales y socioeconómicas en la severidad y frecuencia de estos síntomas. La revisión concluye que, aunque la terapia hormonal (TH) es efectiva para tratar los síntomas peri-menopáusicos, su uso se ve limitado por preocupaciones sobre los riesgos de salud en mujeres mayores o con una prolongada fase postmenopáusica. En cuanto a las estrategias de abordaje en Reino Unido y Canadá, ambas naciones reconocen la importancia de un manejo individualizado de los síntomas, como lo sugieren las guías del NICE en el Reino Unido y de la SOGC en Canadá, que incluyen la terapia hormonal como opción válida, pero con una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios. Además, se subraya la necesidad de considerar las disparidades socioeconómicas y raciales al diseñar programas de manejo de la menopausia que sean inclusivos y accesibles para todas las mujeres.(14)

El artículo de Gatenby y Simpson (2023), publicado en *Best Practice & Research: Clinical Endocrinology & Metabolism*, revisa la transición menopáusica, abordando los cambios hormonales y los síntomas asociados, e identificando diversas opciones de tratamiento. Los autores destacan que la menopausia puede causar una variedad de síntomas, como alteraciones vasomotoras, problemas de sueño y cambios emocionales, que afectan la calidad de vida de las

mujeres durante una tercera parte de su vida. Se concluye que es crucial comprender y tratar estos síntomas para mitigar su impacto negativo, lo que representa un desafío tanto para los pacientes como para los clínicos. En cuanto a las estrategias de abordaje en Reino Unido y Canadá, ambas naciones promueven un enfoque multidimensional, como lo reflejan las guías del NICE y la SOGC, que incluyen tratamientos farmacológicos como la terapia de reemplazo hormonal (TRH), así como intervenciones no farmacológicas como modificaciones en el estilo de vida, suplementos dietéticos y terapias conversacionales. Estos enfoques subrayan la importancia de personalizar el tratamiento según las necesidades individuales de cada mujer, y de considerar un abordaje holístico que no solo trate los síntomas físicos, sino también los aspectos emocionales y psicosociales de la menopausia, mejorando así la calidad de vida en esta etapa.(15)

El artículo de Mäurer M (2023), publicado en *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, examina la importancia del trabajo interdisciplinario en la oncología moderna, revelando que el 90.7% de los participantes considera este enfoque fundamental para la práctica clínica diaria, y el 78.9% desea incrementar la colaboración interdisciplinaria en el futuro. A pesar de que casi la mitad de los participantes nunca ha trabajado en un proyecto de investigación interdisciplinario, un 80.1% expresó interés en hacerlo en el futuro. Aunque el estudio se centra en la oncología, sus hallazgos son relevantes para el manejo de la menopausia y el climaterio, ya que refuerzan la importancia de un enfoque interdisciplinario en la atención de la salud de las mujeres. En este contexto, tanto en Reino Unido como en Canadá, los enfoques para el manejo de la menopausia también promueven una colaboración multidisciplinaria, combinando el trabajo de médicos, enfermeras, psicólogos y otros profesionales de la salud, para ofrecer un tratamiento integral que aborde tanto los síntomas físicos como los emocionales y sociales. Este enfoque no solo mejora la calidad del manejo, sino que también refleja la necesidad de una coordinación efectiva en los equipos de atención médica, un aspecto clave en los sistemas de salud de ambos países.(16)

El artículo, de Colacurci, puede ser aplicado eficazmente en el contexto de Reino Unido y Canadá para abordar el climaterio y la menopausia. En estos países, al igual que en el estudio italiano, se reconoce la importancia de evaluar factores individuales como el riesgo cardiovascular y metabólico antes de implementar terapias, especialmente la terapia de

reemplazo hormonal (TRH). Esta estrategia permite abordar las necesidades específicas de cada mujer, considerando tanto los beneficios de la TRH en el metabolismo lipídico y la resistencia a la insulina como los riesgos asociados, como el de trombosis. En Reino Unido y Canadá, donde los sistemas de salud también fomentan la colaboración entre ginecólogos, endocrinólogos y otros especialistas, este modelo integrado facilita un seguimiento completo y una toma de decisiones informada que puede mejorar la calidad de vida y la salud a largo plazo de las mujeres en esta etapa de vida. Este análisis sugiere que la personalización del tratamiento, basada en la evaluación de comorbilidades y riesgos específicos, debería ser un estándar en la atención para el climaterio y menopausia en ambos países.(17)

El análisis de las estrategias de abordaje para el climaterio y la menopausia en Reino Unido y Canadá puede relacionarse con el enfoque centrado en el paciente y multidisciplinario destacado en la revisión de Lowy y Kasianchuk (2023). Este artículo resalta la importancia de una atención personalizada que considere el peso y la salud metabólica en la menopausia, factores clave para reducir el riesgo de enfermedades crónicas. En Reino Unido y Canadá, los sistemas de salud adoptan enfoques similares, integrando a diversos especialistas (como endocrinólogos, nutricionistas y ginecólogos) para desarrollar planes de tratamiento personalizados que aborden no solo los síntomas menopáusicos, sino también las comorbilidades metabólicas. Este modelo de atención personalizada y colaborativa ayuda a optimizar la salud de las mujeres durante la menopausia, alineándose con las mejores prácticas internacionales y priorizando la adaptación de las intervenciones a las características específicas de cada paciente, como las mencionadas en el artículo de Lowy y Kasianchuk.(18)

#### **4.2 Análisis del segundo objetivo: Describir el enfoque actual adoptado en Costa Rica para la atención del climaterio y la menopausia.**

El propósito de este objetivo es analizar y describir las principales estrategias utilizadas en Costa Rica para abordar el climaterio y la menopausia, con el fin de identificar las prácticas más efectivas en la atención integral de la mujer en esta etapa de la vida. Este análisis busca proporcionar una visión clara de las intervenciones médicas, psicológicas y educativas implementadas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mujeres durante este proceso, promover su bienestar y fomentar una atención más accesible, informada y personalizada.

El documento "Guías de manejo de la mujer adulta", publicado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en 2009, representa uno de los pilares fundamentales en el abordaje del climaterio y la menopausia desde una perspectiva institucional en Costa Rica. Este documento fue elaborado a partir de una revisión sistemática de la literatura científica y de un proceso de consenso entre expertos en salud de la mujer, lo cual le otorga una sólida base técnica y una orientación estratégica para la atención clínica integral. (6)

Uno de los principales aportes de esta guía es su enfoque holístico, que no se limita a la dimensión biológica, sino que también considera aspectos psicosociales y culturales. Se destaca la importancia de una atención clínica que trascienda lo puramente sintomático, proponiendo un modelo de atención centrado en la usuaria, que contemple sus antecedentes, necesidades individuales, contexto familiar y entorno sociocultural.

Entre los elementos que hacen esta guía congruente con el propósito del presente análisis, se encuentran los siguientes aspectos clave:

**Promoción de una atención personalizada:** La guía enfatiza la necesidad de individualizar el abordaje, considerando factores como la edad, comorbilidades, preferencias personales y contexto social. Este enfoque permite que la atención médica sea más efectiva y aceptada por las mujeres en esta etapa de transición.

**Integración de terapias hormonales y no hormonales:** Reconoce que no todas las mujeres requieren o desean tratamiento hormonal, por lo que promueve la utilización de terapias alternativas como la fitoterapia, cambios en el estilo de vida y manejo del estrés, alineándose con una visión integradora de la salud.

**Importancia de la educación y el autocuidado:** Se subraya el rol de la información y la educación como herramientas de empoderamiento. El documento recomienda actividades educativas en los servicios de salud y en la comunidad, para facilitar el conocimiento sobre los cambios propios del climaterio y fomentar prácticas de autocuidado.

Un elemento adicional de relevancia es el llamado a adaptar las intervenciones a las condiciones socioculturales específicas de las mujeres costarricenses. Este enfoque reconoce la diversidad cultural y social del país, así como la necesidad de ofrecer respuestas flexibles y culturalmente competentes, lo cual es totalmente coherente con la visión de bienestar, dignidad y equidad en salud.(6)

El documento publicado por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) en 2024 complementa y actualiza la visión de las guías de 2009, al ofrecer una perspectiva más amplia sobre el funcionamiento del sistema nacional de salud en Costa Rica. En él se reconoce que, si bien el país goza de una cobertura sanitaria casi universal, existen desafíos importantes en cuanto a la calidad y eficiencia de los servicios, especialmente en el abordaje de problemáticas específicas como el climaterio.(56)

Este informe subraya la urgencia de implementar estrategias integrales que reduzcan las disparidades en salud y mejoren la coordinación interinstitucional, dos elementos que también estaban presentes en la guía de 2009 pero que, 15 años después, siguen siendo vigentes y prioritarios. El documento de CENDEISS añade que se requiere una modernización del sistema que considere no solo los aspectos técnicos, sino también la perspectiva de los usuarios, el respeto por sus derechos y la promoción de su participación activa en los procesos de atención. (56)

En este sentido, ambas fuentes coinciden en la necesidad de fortalecer el modelo de atención hacia uno más personalizado, informado y centrado en la mujer, lo cual refuerza el planteamiento de esta investigación en cuanto a que las prácticas más efectivas deben combinar el conocimiento técnico con la sensibilidad humana y cultural. (6) (56)

Tanto la guía de la CCSS (2009) como el informe de CENDEISS (2024) delimitan una hoja de ruta clara para el abordaje institucional del climaterio y la menopausia en Costa Rica. No obstante, también reflejan una brecha entre el diseño normativo y su ejecución práctica, evidenciando la necesidad de implementar reformas estructurales que permitan llevar estos principios a la realidad cotidiana de los servicios de salud. El reto principal radica en transformar

estos lineamientos en prácticas clínicas efectivas, accesibles y sensibles a la diversidad de experiencias femeninas en esta etapa de la vida. (6) (56)

El artículo de Mayra Achío Tacsan, publicado en 2003, proporciona una revisión crítica sobre el estado de salud de las mujeres de mediana edad en Costa Rica, enfocándose particularmente en los retos que enfrentan los servicios de salud para responder a las necesidades específicas de esta población durante el climaterio. Su análisis se apoya en estudios previos, literatura científica y observaciones sobre la estructura y funcionamiento de los servicios públicos de salud, especialmente en la atención primaria. (7)

Achío evidencia que, pese a la existencia de sintomatología significativa asociada con la menopausia —como bochornos, sudoración, insomnio, irritabilidad y alteraciones del estado de ánimo—, estos síntomas son frecuentemente minimizados o ignorados tanto por las mujeres como por el personal de salud. Esta situación es particularmente crítica en mujeres de estratos medios y bajos, quienes tienden a priorizar el tratamiento de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades osteoarticulares, relegando a un segundo plano los síntomas del climaterio.

El artículo también señala la persistencia de una visión biomédica reduccionista en los servicios de salud, donde el envejecimiento femenino es visto desde una perspectiva patológica, y no como una etapa normal del ciclo vital. Esta concepción lleva a una medicalización excesiva en algunos casos, y a la omisión total de la atención en otros, generando una atención fragmentada, despersonalizada e insensible a las necesidades emocionales y culturales de las pacientes.

Achío plantea la necesidad urgente de capacitar al personal de salud en un enfoque integral, que incluya no solo aspectos clínicos, sino también sociales y psicológicos, reconociendo que la vivencia del climaterio está profundamente influida por el contexto social, las creencias personales, el nivel educativo y el acceso a la información. La autora propone fortalecer los programas educativos, promover espacios de escucha activa y establecer servicios especializados dentro del sistema público.

En una línea de análisis complementaria, el estudio pionero de Álvaro Mora Aguilar, publicado en 1978, ofrece evidencia empírica sobre la situación del climaterio en Costa Rica a finales del siglo XX. Mediante una investigación de tipo descriptivo y transversal, basada en cuestionarios estructurados aplicados a una cohorte de 130 mujeres, Mora Aguilar documenta de manera sistemática los síntomas más frecuentes reportados durante esta etapa: bochornos, insomnio, cambios de humor, irritabilidad y disminución de la libido. (10)

Además, el autor identifica una elevada prevalencia de enfermedades crónicas asociadas, tales como hipertensión arterial y osteoporosis, y subraya la insuficiencia de atención médica dirigida específicamente a esta población. En sus conclusiones, Mora Aguilar enfatiza la necesidad de desarrollar políticas públicas y programas de salud que atiendan de forma especializada y preventiva a las mujeres en climaterio, integrando la atención médica con intervenciones educativas y psicosociales. (10)

Ambos estudios —separados por un intervalo de más de dos décadas— presentan una línea de continuidad en cuanto a la invisibilización del climaterio en el discurso sanitario costarricense. Pese al reconocimiento progresivo del tema en documentos normativos, como las guías de la CCSS, la realidad reportada por Achío y Mora evidencia que las mujeres han estado históricamente desatendidas en esta etapa. Esta omisión no solo afecta su bienestar físico, sino también su salud emocional, su autoestima y su calidad de vida general.

El valor conjunto de estos estudios radica en que permiten establecer una perspectiva histórica del problema y proporcionan insumos empíricos y reflexivos para diseñar estrategias más coherentes y eficaces. Asimismo, resaltan la urgencia de construir una política de salud que considere el climaterio como una prioridad de salud pública, reconociendo su impacto multidimensional en la vida de las mujeres costarricenses.

En síntesis, el trabajo de Achío Tacsan aporta un diagnóstico detallado de las falencias del sistema en el momento de su publicación, mientras que el de Mora Aguilar proporciona datos concretos sobre la experiencia sintomática del climaterio en Costa Rica. Ambos coinciden en la

necesidad de desarrollar programas de salud integrales, culturalmente pertinentes y sostenibles, que permitan atender esta etapa con la seriedad, el respeto y la sensibilidad que merece.(7)

El artículo de MSc. Delfina Charlton (2003) representa un hito relevante en el abordaje del climaterio desde una mirada que va más allá del modelo biomédico tradicional. En este trabajo, Charlton introduce una perspectiva de género como lente interpretativa para comprender la experiencia del climaterio y la menopausia en las mujeres costarricenses, subrayando que dicha etapa no debe ser entendida exclusivamente desde el déficit hormonal, sino como una fase de transición vital cargada de significados simbólicos, sociales y culturales. (99)

Charlton parte del reconocimiento de que muchas mujeres desean experimentar esta etapa con plenitud, dignidad y bienestar, y que tienen el derecho de acceder a información veraz, acompañamiento respetuoso y servicios de salud sensibles a sus necesidades. La autora enfatiza que el ejercicio físico, la comunicación abierta, la autoestima y el respeto por los derechos sexuales son elementos fundamentales para vivir la menopausia de forma saludable y positiva. Esto contrasta con la narrativa hegemónica que ha impregnado por décadas tanto a los sistemas de salud como a los discursos sociales, en los cuales la menopausia se retrata como una decadencia o pérdida.

Uno de los aportes más significativos de este artículo radica en su denuncia de la medicalización excesiva del climaterio. Charlton critica cómo, en muchos casos, los sistemas de salud convierten esta transición natural en una enfermedad crónica, promoviendo intervenciones farmacológicas sin considerar las dimensiones psicosociales. Este enfoque medicalizante, además de ser reduccionista, tiende a invisibilizar la diversidad de vivencias femeninas, homogenizando las necesidades de las mujeres y negándoles autonomía sobre su proceso.

Desde esta crítica, la autora plantea la necesidad de desmontar mitos, estigmas y narrativas patriarcales que históricamente han relegado a las mujeres menopáusicas a un rol pasivo y desvalorizado. En lugar de asumir el fin de la fertilidad como una pérdida o una deficiencia, propone resignificar el climaterio como un momento de renacimiento, autonomía y crecimiento

personal. Esta resignificación exige un cambio profundo en los modelos de atención, en la formación del personal de salud, y en las campañas educativas dirigidas a la población.

Charlton resalta también la urgencia de incorporar la educación como una herramienta estratégica para el empoderamiento. Según su perspectiva, brindar información clara, accesible y no patologizante es un acto de justicia y una forma de devolver a las mujeres el control sobre su cuerpo. La educación para el climaterio no debe limitarse a folletos informativos, sino incluir talleres participativos, grupos de apoyo, espacios de diálogo intergeneracional y acompañamiento emocional. Estas iniciativas permitirían romper el silencio que rodea a la menopausia, promoviendo un entorno donde las mujeres puedan hablar abiertamente sobre sus experiencias, expectativas y temores.

Este enfoque educativo también implica intervenir en los medios de comunicación, en la escuela, en el lugar de trabajo y en la comunidad. La construcción social del climaterio no ocurre únicamente en la consulta médica, sino en todos los espacios en los que se producen discursos sobre el cuerpo, la edad, la sexualidad y el rol de la mujer. Por eso, Charlton insiste en que una política pública efectiva debe ir acompañada de acciones intersectoriales, donde salud, educación, cultura y desarrollo social trabajen articuladamente.

La propuesta de Charlton encuentra puntos de encuentro con los lineamientos de la CCSS, especialmente en lo que respecta al enfoque integral y la atención personalizada. Sin embargo, su mirada va más allá al insistir en una transformación cultural profunda que permita dejar de ver el climaterio como una patología y restituir a las mujeres su protagonismo. En este sentido, su propuesta se ubica dentro de los marcos actuales de la salud con perspectiva de género, los cuales entienden que las condiciones de salud no pueden abordarse eficazmente sin considerar las desigualdades estructurales que afectan a las mujeres.

Además, el artículo de Charlton plantea una crítica necesaria al modelo tradicional de atención que, al centrarse exclusivamente en los síntomas físicos, deja de lado las emociones, los duelos simbólicos, los cambios en la identidad y las relaciones interpersonales que emergen en esta etapa. Desde su perspectiva, es esencial que las mujeres sean vistas no solo como pacientes, sino

como sujetos activos de su bienestar. La atención médica debe ser una herramienta de acompañamiento, no de control o subordinación.

Finalmente, la perspectiva de género propuesta por Charlton implica también revisar el papel de los profesionales de salud. Más allá del conocimiento técnico, se requiere sensibilidad, escucha activa, respeto y compromiso con la equidad. El personal debe estar capacitado para reconocer sus propios sesgos, deconstruir prejuicios y brindar un acompañamiento horizontal, empático y sin juicios morales. La formación médica, por lo tanto, debe incorporar contenidos de género, diversidad y derechos humanos como ejes transversales.

El trabajo de Delfina Charlton representa una valiosa contribución a la comprensión del climaterio desde una óptica transformadora y liberadora. Su enfoque invita a pensar en un modelo de atención que reconozca la riqueza de las experiencias femeninas, que promueva el empoderamiento y que apueste por una salud verdaderamente integral. Esta visión complementa, profundiza y desafía los abordajes institucionales, aportando una dimensión humanista indispensable para construir políticas públicas sensibles, inclusivas y coherentes con las necesidades reales de las mujeres costarricenses. (99)

La tesis de María Sol East Goenaga (2023) constituye una aportación reciente y fundamental para el análisis del lugar del climaterio y la menopausia dentro de las políticas públicas de salud en Costa Rica. Su enfoque metodológico cualitativo, basado en la revisión documental, entrevistas y análisis crítico del marco normativo, permite identificar con claridad las limitaciones estructurales y discursivas que afectan la integración de esta temática en la agenda nacional de salud pública.(17)

Uno de los hallazgos principales de esta investigación es la constatación de una marcada desconexión entre la existencia de guías institucionales bien formuladas —como las elaboradas por la CCSS— y su aplicación concreta en el plano operativo. Aunque existen marcos normativos que reconocen el climaterio como una etapa importante en la vida de la mujer, estos lineamientos no han sido traducidos en acciones sostenidas ni en políticas de atención efectivamente implementadas en los servicios de salud.

East Goenaga subraya que esta disonancia responde, en parte, a una limitada formación del personal de salud, que tiende a enfocarse en aspectos estrictamente biomédicos, sin incorporar enfoques de género, de derechos humanos ni de interculturalidad. Esta carencia de capacitación no solo reduce la calidad del servicio prestado, sino que perpetúa estereotipos y sesgos que invisibilizan las necesidades reales de las mujeres en esta etapa de la vida. La tesis documenta que muchas profesionales de la salud, incluyendo médicas y enfermeras, reportan sentirse poco preparadas para abordar el climaterio desde una perspectiva integral, lo que se traduce en una atención insuficiente, fragmentada o estandarizada.

Asimismo, la autora identifica la escasa visibilidad que tiene el climaterio en el ámbito público, tanto en los medios de comunicación como en los programas educativos o las campañas de sensibilización. A diferencia de otras etapas del ciclo vital, como la adolescencia o el embarazo, el climaterio sigue siendo un tema tabú o asociado a connotaciones negativas, como el envejecimiento, la pérdida de feminidad o la inutilidad reproductiva. Esta representación simbólica desfavorable repercute directamente en la forma en que las mujeres viven esta etapa y en su disposición a buscar apoyo o atención profesional.

Para revertir esta situación, la tesis propone tres líneas de acción prioritarias:

Mejorar la formación del personal de salud, incorporando en los programas de estudio y en la educación continua contenidos sobre climaterio, perspectiva de género, comunicación empática y atención centrada en la usuaria. Este fortalecimiento profesional permitiría una atención más humanizada, informada y sensible.

Sensibilizar a la sociedad, a través de campañas públicas que contribuyan a desmitificar la menopausia, destacar sus aspectos positivos, promover el autocuidado y reforzar el respeto hacia las mujeres adultas mayores. Estas acciones deben orientarse a todos los grupos etarios y contar con la participación activa de las mujeres como productoras de conocimiento y relato.

Garantizar el acceso a servicios adecuados, lo cual implica tanto mejorar la infraestructura física y los recursos disponibles en los centros de salud como diseñar programas específicos de atención al climaterio, con énfasis en el primer nivel de atención y en las zonas rurales o de difícil acceso. Además, sugiere la creación de espacios comunitarios de acompañamiento, asesoría y educación continua.

El análisis realizado por East Goenaga se alinea con las observaciones previas de Achío y Mora Aguilar, en cuanto a la falta de una atención especializada y contextualizada para las mujeres en climaterio. También coincide en identificar la brecha entre las políticas en papel y la realidad en los servicios de salud, así como en la urgencia de transformar las condiciones estructurales que perpetúan esta omisión. La autora señala que esta omisión no es producto del azar, sino de una serie de decisiones políticas que han priorizado otras poblaciones y problemáticas, relegando la salud de las mujeres adultas a un plano secundario.

Un aspecto especialmente relevante de la tesis es su llamado a incorporar la voz de las propias mujeres en la construcción de políticas públicas. East Goenaga argumenta que no es posible diseñar estrategias eficaces sin escuchar activamente a quienes viven el climaterio. La participación ciudadana, especialmente de mujeres organizadas en colectivos, asociaciones o redes de apoyo, debe formar parte integral del proceso de formulación, ejecución y evaluación de políticas. Esta inclusión es coherente con los principios de la salud con perspectiva de género y con los marcos internacionales de derechos humanos.

Finalmente, la tesis propone avanzar hacia un modelo de política pública interseccional, que reconozca las múltiples dimensiones que atraviesan a las mujeres en climaterio: clase social, nivel educativo, condición laboral, origen étnico, lugar de residencia, orientación sexual, entre otros. Solo a partir de este enfoque es posible diseñar intervenciones realmente inclusivas, que no reproduzcan inequidades, sino que contribuyan a superarlas.

En síntesis, la tesis de María Sol East Goenaga aporta una mirada crítica y constructiva sobre las debilidades del sistema de salud costarricense en relación con el climaterio y la menopausia. Su análisis profundo y bien documentado constituye una herramienta valiosa para el diseño de

políticas más efectivas, humanas y sostenibles. Al visibilizar esta etapa como un asunto de salud pública y de justicia social, la autora invita a repensar el papel del Estado, de los servicios de salud y de la sociedad en su conjunto en la promoción del bienestar femenino a lo largo de todo el ciclo vital. (17)

El análisis comparativo de los estudios revisados revela una notable congruencia en torno a la necesidad urgente de fortalecer el abordaje integral del climaterio en Costa Rica. Los distintos trabajos, provenientes de enfoques institucionales, empíricos y críticos, coinciden en varios ejes fundamentales que permiten delimitar un marco común de prioridades. Entre los elementos compartidos se encuentra, en primer lugar, la importancia de una atención individualizada, que contemple las particularidades biológicas, emocionales, sociales y culturales de cada mujer. Esta visión se repite tanto en las guías de la CCSS como en los estudios de Charlton, Achío y East Goenaga, donde se subraya que un abordaje estandarizado resulta insuficiente y potencialmente excluyente.

En segundo lugar, los trabajos coinciden en la relevancia de estrategias educativas y de empoderamiento. La educación en salud, entendida como un proceso de formación, concientización y fortalecimiento de la autonomía, es vista como un pilar esencial para cambiar el paradigma desde una visión patologizante hacia una más humanista y positiva del climaterio. La evidencia muestra que cuando las mujeres cuentan con información adecuada, tienden a adoptar actitudes más saludables, a buscar atención médica oportuna y a participar activamente en su autocuidado.

Un tercer punto de acuerdo entre los estudios es la necesidad de capacitar al personal de salud. La falta de formación específica en temas de climaterio y menopausia se traduce en respuestas clínicas inadecuadas, minimización de síntomas, o incluso en la reproducción de prejuicios y estigmas. La capacitación continua, con perspectiva de género, enfoque de derechos humanos y herramientas comunicacionales, es vista como una condición indispensable para la mejora del sistema.

Finalmente, todos los estudios destacan el escaso reconocimiento social y médico del climaterio. Esta invisibilización no solo implica una falta de recursos y políticas específicas, sino que también impacta la autoestima, la salud mental y la percepción de valía de las mujeres. El silenciamiento del climaterio contribuye a su marginación dentro del sistema de salud y del debate público, perpetuando desigualdades y exclusiones.

No obstante, también emergen contradicciones importantes entre las fuentes analizadas. La más destacada es el desfase entre las guías oficiales —que presentan un enfoque moderno y basado en evidencia— y la implementación real en los servicios de salud, donde persisten prácticas fragmentadas, medicalizantes y carentes de sensibilidad. Aunque las políticas normativas proponen un abordaje integral, su ejecución es parcial o inexistente, lo cual genera frustración entre las usuarias y el personal clínico.

Otra contradicción fundamental es la existente entre el marco normativo y la experiencia cotidiana de las mujeres, quienes en muchos casos se sienten abandonadas, incomprendidas o desinformadas en los centros de salud. Esta brecha revela la necesidad de revisar no solo el contenido de las políticas, sino también los mecanismos institucionales y operativos que permiten su materialización.

El conjunto de evidencias revisadas permite afirmar que Costa Rica ha desarrollado avances significativos en la formulación de estrategias para el abordaje del climaterio y la menopausia, destacándose las guías de la CCSS como una referencia técnica valiosa. Sin embargo, estos esfuerzos enfrentan obstáculos estructurales, culturales y operativos que limitan su impacto real. La falta de capacitación del personal, la escasa sensibilización social, la débil articulación intersectorial y la ausencia de participación activa de las mujeres son barreras que deben ser superadas para lograr un cambio sustantivo.

Los estudios académicos y cualitativos aportan una dimensión crítica indispensable, al visibilizar las voces, vivencias y necesidades reales de las mujeres costarricenses. Este conocimiento, muchas veces excluido de los espacios de toma de decisiones, resulta clave para diseñar políticas más efectivas, contextualizadas y justas.

Finalmente, para mejorar de manera sustantiva la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio y la menopausia, es imprescindible promover una atención interdisciplinaria, accesible, informada y culturalmente sensible, que trascienda el modelo biomédico tradicional e incorpore las dimensiones psicosociales, educativas y simbólicas del proceso. Solo así se podrá construir un sistema de salud más humano, equitativo y respetuoso de los derechos de las mujeres en todas las etapas de su vida.

#### **4.3 Análisis del tercer objetivo: Comparar las estrategias identificadas con el fin de proponer prácticas aplicables y adaptables al sistema de salud costarricense**

El propósito de este objetivo es comparar, a partir de la información recopilada, las diversas estrategias de abordaje utilizadas para el manejo del climaterio y la menopausia en Costa Rica, con el fin de identificar las mejores prácticas que puedan ser implementadas o reforzadas dentro del sistema de salud del país. Esta comparación busca evaluar la efectividad, accesibilidad y sostenibilidad de las diferentes intervenciones disponibles, para promover una atención de calidad, personalizada y equitativa para las mujeres en esta etapa de la vida. Al identificar las estrategias más exitosas, se pretende optimizar los recursos del sistema de salud y mejorar el bienestar de las mujeres costarricenses en el climaterio y la menopausia.

El Reino Unido ha impulsado una serie de reformas, estudios e iniciativas dirigidas a visibilizar la experiencia de las mujeres en el climaterio, reconociendo tanto sus dimensiones clínicas como psicosociales y culturales. Esta transformación se ha gestado en parte como respuesta a décadas de silenciamiento institucional, cultural y médico respecto a la menopausia, lo cual había limitado la implementación de políticas públicas sensibles y adecuadas. En este contexto, el estudio de Martin-Key et al. (2023) representa un aporte significativo, pues aborda el tema desde un enfoque mixto que incluye tanto el análisis estadístico como las narrativas de mujeres usuarias del sistema de salud británico. En total, se recopilaron datos de 952 mujeres, quienes brindaron testimonios sobre la calidad y pertinencia de la atención recibida durante esta etapa vital.(4)

Los resultados de este estudio revelan un escenario mixto; por un lado, se reconoce que existe un marco normativo cada vez más claro sobre los derechos y necesidades de las mujeres

menopáusicas; por otro, se señala una fuerte brecha entre lo que los documentos plantean y lo que realmente ocurre en la atención clínica. Las mujeres entrevistadas manifestaron sentirse poco escuchadas por los profesionales de salud, muchas veces reducidas a síntomas sin contexto ni historia personal. Se identificaron barreras específicas como la falta de consultas especializadas, la escasez de profesionales formados en salud femenina durante el climaterio, y la falta de seguimiento posterior al inicio de tratamiento hormonal. Estas condiciones generan una sensación de abandono, frustración y, en algunos casos, rechazo a continuar el proceso de atención.

Otro elemento fundamental que aporta este estudio es la dimensión emocional y psicológica que muchas mujeres asocian a su experiencia con la atención médica. La falta de empatía, la ausencia de información clara y la tendencia a trivializar los síntomas —como los bochornos, cambios de humor o trastornos del sueño— contribuyen a una percepción de desvalorización. Esto no solo tiene un impacto clínico, sino también social, pues muchas mujeres dejan de consultar o adoptan una actitud pasiva frente a sus síntomas por miedo a ser incomprendidas.

Además, el estudio subraya la necesidad urgente de promover un enfoque más integral que no se limite al uso de terapias hormonales. Las participantes expresaron su interés en contar con opciones complementarias como asesoría psicológica, nutricional, actividad física guiada y redes de apoyo, que les permitieran vivir esta etapa desde una perspectiva positiva y empoderada. En este sentido, el artículo se alinea con las tendencias actuales en salud pública, que abogan por un abordaje biopsicosocial, centrado en la mujer como protagonista activa de su proceso de salud.

Finalmente, el trabajo de Martin-Key et al. concluye que, si bien el Reino Unido ha avanzado en la producción de conocimiento, normativa y sensibilización sobre la menopausia, aún existen importantes desafíos para traducir estos avances en mejoras tangibles en la experiencia cotidiana de las usuarias. Este hallazgo es clave para la presente investigación, pues permite identificar prácticas replicables —como la incorporación de metodologías mixtas para evaluar la atención— y también errores que deben evitarse, como la desconexión entre política pública y realidad institucional.(4)

Heather Currie et al., (2021) propone un modelo de atención que representa una visión innovadora y estructuralmente ambiciosa para transformar el sistema de salud del Reino Unido

en materia de menopausia. Esta propuesta no solo identifica las fallas existentes, sino que establece una hoja de ruta clara hacia un sistema centrado en la mujer, con una arquitectura sanitaria basada en tres pilares fundamentales: liderazgo clínico especializado, soporte institucional comprometido y educación continua para profesionales y pacientes. La propuesta destaca la necesidad de nombrar líderes clínicos responsables de promover buenas prácticas, estandarizar la atención y servir de enlace entre distintos niveles del sistema de salud. Este componente de liderazgo permite una implementación más coherente de las políticas, asegurando la rendición de cuentas y la adaptación a las necesidades locales.(18)

El segundo pilar es el soporte institucional, que incluye la disponibilidad de servicios especializados, espacios de consulta privada, recursos diagnósticos y terapéuticos actualizados, y personal sensibilizado. La meta es garantizar que cada mujer pueda acceder a una atención adecuada independientemente de su ubicación geográfica o condición socioeconómica. Finalmente, la educación aparece como un eje transversal: se propone un modelo donde tanto los profesionales como las pacientes reciban formación continua en torno al climaterio. La información debe ser clara, accesible, basada en evidencia, pero también culturalmente sensible. Este enfoque busca reducir la medicalización innecesaria, fomentar el empoderamiento femenino y promover decisiones informadas y autónomas. En conjunto, esta visión no solo apunta a mejorar indicadores clínicos, sino también a transformar la cultura institucional, la percepción pública y la experiencia subjetiva del climaterio.

La dimensión cultural del abordaje también ha ganado relevancia en el Reino Unido, según lo demuestra el artículo de Jermyn D. (2023), quien analiza cómo la visibilización mediática de la menopausia ha comenzado a modificar la narrativa pública. El autor examina el llamado "giro menopáusico" dentro de la cultura contemporánea británica, donde celebridades, periodistas, influencers y activistas han comenzado a hablar abiertamente de sus experiencias con la menopausia, promoviendo así una ruptura con décadas de silencio y estigma. Esta exposición pública ha contribuido a que el tema gane espacio en la agenda política, en campañas educativas, y en medios de comunicación, propiciando un entorno más propicio para la exigencia de servicios adecuados y reformas institucionales. A través de una revisión crítica de contenidos mediáticos, Jermyn demuestra cómo el discurso dominante ha pasado de considerar la menopausia como una enfermedad o una decadencia, a entenderla como una etapa vital con

retos y oportunidades, lo cual tiene implicaciones directas en la salud mental, la autoestima y la participación social de las mujeres. Este cambio cultural representa un contexto fértil para implementar políticas públicas progresistas y para generar un cambio de actitud dentro del personal sanitario y la población general. En el ámbito laboral, estudios como el de Hobson y Dennis (2024), y el de Adelekan-Kamara et al., (2023), han demostrado que el entorno de trabajo puede ser tanto una barrera como una oportunidad. Proponen intervenciones como la flexibilización de horarios, redes de apoyo entre colegas y políticas de recursos humanos sensibles al ciclo vital femenino, lo cual ha demostrado mejorar el bienestar y la permanencia laboral de mujeres en menopausia.(69) (71) (74)

En el contexto canadiense, el enfoque hacia la menopausia se caracteriza por un alto grado de personalización clínica, soporte institucional sólido y una organización del trabajo basada en equipos interdisciplinarios. Canadá ha demostrado un compromiso sostenido con la mejora de la atención durante el climaterio, especialmente a través de la producción de guías clínicas, programas de salud comunitaria y mecanismos de participación de las usuarias. Uno de los aportes más significativos en este sentido es la guía elaborada por Wolfman et al. (2021), centrada en la relación entre menopausia y sexualidad. Esta guía ofrece un abordaje comprensivo y sensible que considera no solo los cambios fisiológicos propios de la etapa, sino también los aspectos emocionales, afectivos y de calidad de vida que la acompañan. En ella se recomienda la integración de tratamientos hormonales con intervenciones no farmacológicas, la promoción de la actividad física, el acompañamiento psicológico y la reevaluación continua del tratamiento en función de las necesidades de cada mujer. Este enfoque promueve una visión integral de la salud sexual y emocional, y no se limita a mitigar síntomas, sino que aspira a preservar el bienestar general de la paciente. (5)

Asimismo, Iliana C. et al. (2023) proponen un modelo clínico pragmático, fundamentado en prácticas actuales validadas por profesionales del sistema de salud canadiense. A través de un enfoque centrado en la realidad operativa de los servicios, el artículo destaca la necesidad de establecer canales de comunicación efectivos entre proveedor y paciente. Esto implica no solo mejorar la calidad de la información transmitida, sino también desarrollar habilidades interpersonales en los equipos médicos para garantizar un trato digno, empático y personalizado. Además, se subraya la importancia de la formación continua del personal de salud como

herramienta clave para el éxito de cualquier política pública. Los profesionales deben estar actualizados en guías clínicas, enfoques sensibles al género, herramientas comunicacionales y manejo interdisciplinario. Este modelo pragmático, alejado de idealizaciones o reformas abstractas, se adapta a las condiciones reales del sistema canadiense, haciendo énfasis en lo que es viable, sustentable y replicable. (19)

Por otra parte, el metaanálisis de Johnson et al., (2021) aporta una perspectiva comunitaria muy valiosa. Este estudio examina la forma en que los equipos interprofesionales se organizan en comunidades canadienses para brindar atención a mujeres mayores. Se identifican como elementos fundamentales: la atención domiciliaria, la colaboración entre profesionales de diversas disciplinas —médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales— y la participación activa de la paciente en la toma de decisiones. Este modelo permite una atención más cercana, flexible y contextualizada, lo cual es especialmente útil en poblaciones rurales o de difícil acceso. Johnson et al. destacan que este enfoque no solo mejora la adherencia a los tratamientos, sino que fortalece la percepción de acompañamiento y dignidad de las usuarias. La coordinación interinstitucional, la evaluación continua de resultados y el respeto por la autonomía de la mujer constituyen los pilares de esta propuesta. Dado su énfasis en lo comunitario y lo integrador, este modelo presenta un alto grado de adaptabilidad para ser implementado, con las debidas adecuaciones, en el contexto costarricense.(75)

En conjunto, los estudios revisados sobre Canadá evidencian un compromiso serio con una atención a la menopausia que no se limite a lo clínico, sino que aborde todas las dimensiones del bienestar. La combinación entre protocolos clínicos bien estructurados, profesionalización constante del personal, accesibilidad territorial y reconocimiento del papel activo de las mujeres configura un paradigma que ofrece múltiples lecciones para el desarrollo de políticas públicas en países como Costa Rica. Esta experiencia canadiense, fundamentada en la evidencia y en la equidad, demuestra que es posible construir sistemas de salud sensibles, eficaces y culturalmente pertinentes para las mujeres en etapa de climaterio y menopausia.

Cuando se contrasta lo anterior con la realidad costarricense, representada en estudios como los de la CCSS (2009, 2024), Achío (2003), Mora Aguilar (1978), y Charlton (2003), emergen importantes similitudes, pero también notables diferencias que permiten reflexionar críticamente sobre las fortalezas y debilidades del sistema nacional. Costa Rica comparte con

Reino Unido y Canadá una estructura de atención primaria sólida, cobertura universal a través de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y un interés creciente por mejorar la calidad del servicio. Sin embargo, a pesar de contar con un marco institucional avanzado en términos normativos, existen limitaciones estructurales y operativas que impiden que estas guías se traduzcan en prácticas sostenidas y efectivas. (5) (6) (10) (56) (99)

En primer lugar, se destaca la deficiencia en la implementación de las guías institucionales. Las guías de atención a la mujer adulta desarrolladas por la CCSS en 2009 y actualizadas en 2024 establecen principios que se alinean con los modelos revisados en Reino Unido y Canadá: atención personalizada, enfoque biopsicosocial, educación sanitaria y participación activa de las pacientes. No obstante, la realidad en los establecimientos de salud es otra. Estudios como los de Achío (2003) y Mora Aguilar (1978) han documentado que la atención durante el climaterio sigue siendo superficial, limitada al control de síntomas inmediatos y sin abordajes que consideren las dimensiones emocionales, sexuales y sociales. Esta desconexión entre el marco teórico y la práctica clínica responde, en gran medida, a la falta de formación específica del personal sanitario, a una visión reduccionista centrada en lo hormonal y a la ausencia de sistemas de monitoreo que evalúen la calidad de las intervenciones. (5) (10)

En segundo lugar, existe una poca visibilidad pública del climaterio como fenómeno relevante dentro del discurso social y político. A diferencia del Reino Unido, donde la exposición mediática y las campañas públicas han contribuido a desmitificar la menopausia y posicionarla como un tema de salud pública, en Costa Rica la temática sigue invisibilizada. La menopausia no forma parte de las campañas regulares de educación en salud, rara vez se discute en medios de comunicación o espacios comunitarios, y persiste como un tabú dentro de muchas familias y entornos laborales. Esta invisibilización impide que las mujeres reconozcan sus derechos, exijan servicios de calidad o se sientan con legitimidad para hablar abiertamente de sus experiencias. La falta de presión social también limita el impulso de políticas transformadoras desde los órganos de toma de decisiones.

Un tercer aspecto crítico es la escasa integración institucional y la fragmentación de los servicios. A diferencia de Canadá, donde los equipos interdisciplinarios forman parte esencial de la atención comunitaria, en Costa Rica el modelo de atención sigue anclado en una lógica médica tradicional, centrada en consultas individuales y escasamente articuladas con otros

servicios. Charlton (2003) ha señalado que la atención durante el climaterio requiere del acompañamiento de múltiples actores: psicólogos, educadores, trabajadores sociales, profesionales en nutrición y salud sexual. Sin embargo, en la mayoría de áreas de salud del país, esta red de soporte no existe o no está sistemáticamente coordinada. Esta fragmentación impide un abordaje integral y perpetúa un modelo curativo que no responde a las necesidades reales de las mujeres en esta etapa de vida.(99)

Finalmente, se evidencia una falta de políticas laborales sensibles al climaterio. Mientras que en Reino Unido se están implementando medidas para apoyar a mujeres menopáusicas en el ámbito laboral —como horarios flexibles, ambientes físicos adecuados y redes de apoyo—, en Costa Rica no existe ninguna política o directriz en el sector público ni privado que considere esta dimensión. Las mujeres que atraviesan el climaterio continúan enfrentando barreras silenciosas en sus entornos laborales, incluyendo incompreensión por parte de superiores, falta de adaptación de las condiciones de trabajo y escasa o nula atención institucional a sus síntomas. Esta omisión tiene consecuencias directas en la productividad, el bienestar emocional y la permanencia de muchas mujeres en el mercado laboral.

En síntesis, el análisis comparativo revela que Costa Rica se encuentra en una etapa intermedia: posee guías técnicas progresistas y un sistema de salud con gran potencial, pero requiere de una transformación estructural para implementar las mejores prácticas observadas en Reino Unido y Canadá. Esto implica superar las barreras culturales, técnicas e institucionales que perpetúan un abordaje insuficiente, y avanzar hacia un modelo de atención centrado en la mujer, interdisciplinario, accesible y con sensibilidad cultural. Para ello, será indispensable fortalecer la formación del personal, fomentar la participación comunitaria, visibilizar el tema en el debate público y diseñar estrategias sostenibles de implementación que consideren los recursos y realidades del país.

A pesar de las diferencias estructurales, culturales y operativas que existen entre los sistemas de salud de Costa Rica, Reino Unido y Canadá, los estudios analizados permiten identificar varios elementos coincidentes que configuran un conjunto de buenas prácticas potencialmente adaptables al contexto costarricense. Estas convergencias no solo reflejan tendencias globales en salud pública y atención a la mujer, sino que también aportan lineamientos concretos sobre

los cuales construir una atención más integral, sensible y efectiva durante el climaterio y la menopausia.

Uno de los puntos más importantes de coincidencia es el enfoque centrado en la paciente y en la calidad de vida, que aparece reiteradamente tanto en las guías clínicas como en los estudios cualitativos y de percepción. Este enfoque reconoce que la menopausia no debe ser tratada únicamente como un conjunto de síntomas fisiológicos, sino como un proceso vital que afecta dimensiones emocionales, psicológicas, sexuales, sociales y laborales de las mujeres. En Reino Unido, este enfoque se plasma en iniciativas de atención personalizada, liderazgos clínicos especializados y reformas culturales que valoran la voz de la paciente. En Canadá, el mismo principio se manifiesta en el diseño de planes de tratamiento colaborativos y en la promoción del consentimiento informado como eje de la práctica clínica. En Costa Rica, si bien las guías de la CCSS promueven este modelo, su implementación sigue siendo un desafío, lo que refuerza la relevancia de aprender de estos casos para avanzar hacia un verdadero paradigma de atención centrado en la mujer.

Otra convergencia relevante es la inclusión de alternativas no farmacológicas, que complementan o reemplazan el uso de la terapia hormonal sustitutiva, según las necesidades y preferencias de cada paciente. Tanto en Reino Unido como en Canadá se han desarrollado líneas de atención que incluyen terapias complementarias como ejercicio físico, asesoría nutricional, acompañamiento psicológico y grupos de apoyo. Estas estrategias han demostrado eficacia no solo en el control de síntomas, sino también en la mejora de la autoestima, la funcionalidad cotidiana y el sentido de pertenencia de las mujeres. En Costa Rica, estas alternativas son mencionadas en las guías, pero escasamente ofrecidas en la práctica clínica, en parte por falta de recursos y en parte por la visión todavía medicalizante que predomina en algunos sectores del sistema.

El uso de la educación como estrategia de empoderamiento también se repite como un componente clave en los tres países. La educación en salud no se limita a transmitir información, sino que busca transformar creencias, fortalecer la autonomía y habilitar a las mujeres para tomar decisiones informadas. En Reino Unido, las campañas mediáticas han logrado derribar estigmas sociales; en Canadá, la educación comunitaria se convierte en herramienta de intervención sanitaria; y en Costa Rica, estudios como el de Charlton (2003) subrayan la

necesidad de dotar a las mujeres de espacios seguros para hablar, aprender y cuestionar. Este consenso internacional sobre el valor de la educación refuerza su inclusión como prioridad en las políticas públicas costarricenses.(99)

Por último, los tres países coinciden en la propuesta de una atención continua, que no se limite a una única consulta o a la entrega de una receta, sino que implique seguimiento periódico, reevaluación de las estrategias utilizadas y actualización constante de la información clínica. Este seguimiento permite ajustar los tratamientos según la evolución de cada caso, identificar nuevas necesidades, prevenir complicaciones y brindar un acompañamiento humano sostenido. El enfoque de atención continua se ve con claridad en el modelo comunitario canadiense y en las guías clínicas británicas, pero aún no se encuentra debidamente articulado en el sistema costarricense.

Estas convergencias entre los países analizados proporcionan una base sólida para proponer reformas estratégicas en Costa Rica. La incorporación de estas buenas prácticas no requiere necesariamente grandes inversiones, sino más bien voluntad política, capacitación profesional y articulación interinstitucional. Reconocer y adaptar estas coincidencias puede ser el primer paso hacia una atención más justa, eficaz y respetuosa para todas las mujeres que transitan por el climaterio y la menopausia.

La literatura revisada no solo permite identificar puntos de encuentro entre los países analizados, sino que también revela contradicciones y tensiones significativas que enriquecen el análisis comparativo y permiten comprender mejor los desafíos de cada contexto. Estas contradicciones son especialmente útiles para establecer expectativas realistas y diseñar estrategias que consideren las limitaciones operativas, culturales y estructurales de cada sistema de salud.

En el caso del Reino Unido, se observa una paradoja notable entre el desarrollo normativo y la experiencia real de las usuarias. A pesar de que este país ha logrado posicionar el tema del climaterio en el debate público y ha desarrollado guías clínicas de referencia, existen aún grandes brechas en el acceso a servicios especializados. Estudios como el de Martin-Key et al., (2023) evidencian que muchas mujeres británicas siguen enfrentando dificultades para obtener atención adecuada, ya sea por la falta de formación del personal médico, por los tiempos de espera prolongados, o por la inexistencia de unidades especializadas fuera de las grandes ciudades. Esta contradicción pone de relieve la importancia de no asumir que la formulación de

políticas garantiza automáticamente su implementación efectiva, y subraya la necesidad de acompañar cualquier cambio normativo con recursos, monitoreo y voluntad institucional. (4)

En Canadá, por otro lado, si bien el sistema ha sido reconocido por su enfoque interdisciplinario y comunitario, la literatura también advierte sobre las dificultades de implementar este modelo en regiones remotas o con escasos recursos. Johnson et al., (2021) señalan que la equidad territorial sigue siendo un reto importante, y que las comunidades rurales no siempre cuentan con el equipo profesional necesario ni con la infraestructura para garantizar la atención integral propuesta en las guías. Esta situación genera una atención desigual que reproduce las disparidades sociales y geográficas, lo cual puede limitar el impacto de las buenas prácticas cuando no se adaptan a los contextos locales. La experiencia canadiense advierte entonces sobre los riesgos de universalizar modelos sin considerar las particularidades regionales, y resalta la importancia de implementar estrategias flexibles, escalables y sensibles al entorno. (75)

En el caso de Costa Rica, la contradicción más evidente es la existente entre el enfoque integral formulado en las guías y la realidad institucional y cultural que impide su aplicación práctica. Como ya se ha señalado en secciones anteriores, las guías de la CCSS plantean principios progresistas alineados con los estándares internacionales, pero su puesta en práctica es limitada por una serie de factores: escasa formación profesional, ausencia de incentivos institucionales, débiles mecanismos de evaluación y una cultura sanitaria que aún prioriza la visión biomédica por encima del enfoque biopsicosocial. Además, la falta de sensibilización en la sociedad y entre el personal de salud genera resistencia al cambio, lo cual perpetúa un abordaje fragmentado e insuficiente.

Estas contradicciones invitan a cuestionar el supuesto de que las buenas prácticas pueden ser simplemente trasladadas de un país a otro. Por el contrario, el análisis demuestra que toda estrategia de mejora debe partir de un diagnóstico honesto de las condiciones reales del sistema, de los recursos disponibles y de las barreras culturales que podrían obstaculizar su adopción. También refuerzan la importancia de diseñar políticas públicas con mecanismos de monitoreo, rendición de cuentas y participación ciudadana, que aseguren que los principios planteados en papel se traduzcan efectivamente en servicios de calidad para las mujeres en climaterio y menopausia.

El análisis comparativo de las estrategias implementadas en Reino Unido, Canadá y Costa Rica permite identificar tanto buenas prácticas replicables como áreas críticas de mejora. A partir del estudio de guías clínicas, experiencias institucionales y percepciones de usuarias en estos tres países, se desprende que, si bien el contexto y los recursos varían, existen principios fundamentales que pueden orientar la construcción de un modelo costarricense más efectivo, equitativo y centrado en la mujer.

Una de las primeras recomendaciones es crear campañas nacionales de educación y sensibilización sobre el climaterio y la menopausia, con enfoque de derechos, género y diversidad cultural. Estas campañas deben ir más allá de lo informativo, promoviendo espacios de diálogo comunitario, participación de figuras públicas y ruptura de estigmas. En el Reino Unido, las campañas mediáticas han contribuido significativamente a visibilizar el tema; Costa Rica puede adaptar estos esfuerzos a su contexto local, incorporando a instituciones como el MEP, el INAMU y organizaciones comunitarias.

Asimismo, se vuelve fundamental establecer políticas laborales que contemplen y protejan la salud de las mujeres en etapa menopáusica. La evidencia británica muestra que medidas como horarios flexibles, adecuación de espacios físicos, y protocolos de apoyo emocional han tenido efectos positivos en el bienestar y productividad laboral. En Costa Rica, esta dimensión sigue completamente ausente de las normativas laborales. Se requiere una alianza entre el Ministerio de Trabajo, la CCSS y los sectores empresariales para formular directrices que reconozcan esta etapa como parte del ciclo vital laboral de las mujeres.

Una tercera recomendación es implementar equipos interdisciplinarios piloto en áreas de salud con alta densidad de población femenina mayor. Estos equipos deben integrar profesionales de medicina general, ginecología, psicología, nutrición, trabajo social y educación en salud, replicando el modelo canadiense de atención comunitaria. A través de un plan piloto con seguimiento y evaluación, se pueden generar aprendizajes institucionales que luego se amplíen a nivel nacional.

También es urgente desarrollar programas de formación continua para los profesionales de la salud, tanto en el primer como en el segundo nivel de atención. Esta capacitación debe incluir

contenidos sobre salud integral femenina, climaterio, enfoque biopsicosocial, comunicación empática y manejo de herramientas no farmacológicas. La formación debe ser práctica, reflexiva y basada en casos reales, incorporando también la experiencia de mujeres usuarias.

Por último, se recomienda promover el uso de herramientas tecnológicas, como plataformas digitales, aplicaciones móviles o centros de atención telefónica, que faciliten el acceso a información confiable, apoyo psicológico y orientación médica, especialmente en zonas rurales o con limitaciones de infraestructura. Estas herramientas permitirían ampliar el alcance de las intervenciones, reducir las barreras geográficas y facilitar el seguimiento personalizado.

Al incorporar estas buenas prácticas de forma contextualizada, Costa Rica puede avanzar significativamente hacia un modelo de atención más inclusivo, efectivo y sensible a las particularidades de las mujeres en climaterio y menopausia. Este proceso requiere voluntad política, alianzas interinstitucionales, inversión estratégica y, sobre todo, una visión ética que coloque a las mujeres en el centro del diseño y la implementación de las políticas de salud. No obstante, su viabilidad depende de atender condiciones específicas del sistema de salud costarricense, como la brecha en la formación continua de profesionales, las limitaciones de financiamiento, la dispersión geográfica que dificulta la cobertura integral y las desigualdades en el acceso a servicios especializados. Reconocer y abordar estos desafíos es esencial para garantizar la adaptación efectiva de las mejores prácticas identificadas y su sostenibilidad a largo plazo.

## **CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

A continuación, se exponen las principales conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis de los resultados obtenidos a partir de las investigaciones revisadas, según cada uno de los objetivos específicos de esta investigación.

Estas conclusiones constituyen una síntesis crítica y reflexiva del trabajo realizado, permitiendo valorar el grado de cumplimiento de los objetivos planteados y proporcionando una base sólida para orientar futuras intervenciones, ajustes normativos y mejoras en los modelos de atención. La presentación se estructura conforme a los objetivos específicos para facilitar la comprensión de los hallazgos alcanzados y su vinculación con las recomendaciones propuestas.

### **5.1.1 La importancia del enfoque personalizado y centrado en la paciente en el abordaje del climaterio y la menopausia**

La primera conclusión derivada del análisis comparativo de las estrategias implementadas en Reino Unido y Canadá para el manejo del climaterio y la menopausia apunta a un hallazgo central: ambos países coinciden en que el abordaje más efectivo es aquel que se fundamenta en un enfoque personalizado y centrado en la paciente. Esta coincidencia se presenta de manera reiterada tanto en las guías clínicas como en la literatura científica revisada, incluyendo estudios cualitativos, recomendaciones institucionales y análisis de políticas públicas.

El cumplimiento del primer objetivo —identificar las principales estrategias de abordaje del climaterio y la menopausia en Reino Unido y Canadá— permitió establecer que el eje de la atención personalizada se ha convertido en un estándar en la atención ginecológica contemporánea, especialmente en contextos donde se busca mejorar la calidad de vida de las mujeres y promover su bienestar integral. Este enfoque implica, no solo reconocer los síntomas físicos y ofrecer tratamientos adecuados, sino también la comprensión de los aspectos emocionales, sociales, culturales y psicológicos que caracterizan esta etapa de la vida femenina.

En el caso del Reino Unido, las directrices elaboradas por el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) hacen énfasis en la evaluación individualizada de cada paciente. Estas guías sugieren que el diagnóstico y tratamiento de la menopausia deben

basarse en una conversación abierta entre la mujer y el profesional de salud, priorizando sus experiencias personales, antecedentes clínicos y preferencias terapéuticas. La atención se orienta hacia una toma de decisiones compartida, que permita a la paciente participar activamente en su proceso de salud. Este modelo considera también la posibilidad de que las necesidades cambien con el tiempo, por lo que se promueve la reevaluación constante y la flexibilidad en el abordaje terapéutico.

En Canadá, las guías elaboradas por la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC), la North American Menopause Society (NAMS) y otras instituciones afines, reafirman esta línea de acción. En particular, se destaca el rol activo de la paciente como agente de su propio cuidado, a través del empoderamiento mediante información clara, accesible y basada en evidencia. La guía “Pocket Guide Menopause Management 2023” ejemplifica este enfoque, al presentar una variedad de opciones de tratamiento —hormonales y no hormonales— que pueden adaptarse a la situación de cada mujer. Insta a los proveedores de salud, a tener en cuenta no solo los síntomas predominantes, sino también factores como la historia clínica, las creencias culturales, estilos de vida y la disposición de la paciente a ciertos tratamientos.

Ambos países han desarrollado marcos normativos y guías clínicas que ubican a la paciente en el centro del modelo de atención. Sin embargo, el análisis también evidenció que, si bien el enfoque personalizado es una aspiración compartida, su grado de implementación varía. En Reino Unido, estudios como el de Martin-Key et al., (2023), indica que muchas mujeres sienten que sus necesidades no están siendo plenamente atendidas en la práctica clínica, y que aún hay barreras como la falta de información clara, la escasez de personal especializado en el tema y la limitada disponibilidad de tratamientos no hormonales. Estas limitaciones sugieren una brecha entre el diseño normativo y su ejecución, lo cual dificulta una atención centrada en la necesidad de la paciente.

En contraste, en Canadá, el enfoque personalizado está acompañado de estrategias más amplias de empoderamiento y educación, lo que parece facilitar su adopción por parte de las mujeres. Promover activamente el autocuidado, el acceso a recursos informativos y la participación en la toma de decisiones son elementos que refuerzan el rol protagónico de la mujer durante el climaterio. Este modelo, se nutre de una figura de salud pública que comprende el climaterio no solo como un proceso biológico, sino también como una etapa de

transición vital que puede ser vivida con dignidad, autonomía y bienestar si se cuenta con el apoyo adecuado.

En ese sentido, esta conclusión permite afirmar que el enfoque personalizado y centrado en la paciente no es solamente una tendencia clínica, sino una necesidad ética y técnica en la atención integral del climaterio y la menopausia. Su adopción no solo mejora los resultados en salud, sino que también incrementa la satisfacción de las pacientes, reduce el uso de medicamentos innecesarios, y fortalece el vínculo entre las mujeres y el sistema de salud.

**Recomendación: Adaptar e implementar protocolos clínicos costarricenses que prioricen la personalización del tratamiento del climaterio y la menopausia**

A partir de la evidencia recopilada, se recomienda que el sistema de salud costarricense —en particular la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)— elabore, adapte e implemente protocolos clínicos actualizados que coloquen a la mujer en el centro del proceso terapéutico. Estos protocolos deben considerar la variabilidad de síntomas, las preferencias individuales, los antecedentes clínicos, el contexto sociocultural y la etapa del ciclo de vida de cada paciente. No se trata únicamente de aplicar una guía universal, sino de construir un modelo flexible, sensible y basado en evidencia que permita responder adecuadamente a la diversidad de experiencias de cada una de las pacientes.

Para avanzar hacia esta meta, será necesario establecer comisiones técnicas multidisciplinarias que integren especialistas en ginecología, medicina general, salud mental, enfermería, con el objetivo de construir lineamientos completos e integrales. Estos lineamientos deben incorporar tanto criterios clínicos como herramientas para la toma de decisiones compartida, guías de comunicación efectiva y protocolos de seguimiento flexibles.

Asimismo, la recomendación contempla la capacitación sistemática del personal de salud en competencias clave como la escucha activa, empatía y comunicación adecuada. Estas habilidades son fundamentales para facilitar una relación horizontal entre el personal sanitario y las usuarias, superando así barreras culturales y de tecnicismos, que históricamente han limitado la participación de las mujeres en sus procesos de salud. Invertir en educación médica continua será, por tanto, una condición indispensable para lograr cambios sostenibles en la práctica clínica cotidiana.

También se hace necesario desarrollar materiales educativos accesibles y validados científicamente, que acompañen a las mujeres durante el climaterio. Estos materiales —ya sea impresos, digitales o audiovisuales— deben contemplar distintos niveles de alfabetización y estar disponibles en múltiples formatos y lenguas, incluyendo variantes culturales y lingüísticas presentes en Costa Rica. Su contenido, debe orientarse a empoderar a las mujeres para que comprendan sus opciones terapéuticas, reconozcan signos de alarma, y se conviertan en protagonistas activas en esta etapa de la vida.

Además, se recomienda establecer mecanismos de seguimiento clínico, que aseguren la continuidad del cuidado. Esto incluye agendar citas periódicas, utilizar expedientes electrónicos para documentar preferencias y cambios en el tratamiento, e implementar sistemas de retroalimentación para valorar la experiencia de la paciente. Este modelo dinámico permitiría ajustar los tratamientos según la evolución de los síntomas, mejorando así su eficacia y aceptabilidad.

Finalmente, esta recomendación requiere del respaldo institucional de alto nivel. Para que el enfoque personalizado se convierta en una realidad tangible en Costa Rica, es imprescindible que se integre como prioridad dentro de las estrategias nacionales de salud de la mujer. Esto implica asignar recursos, establecer indicadores de calidad específicos, e incluir el abordaje del climaterio y la menopausia como eje transversal en la formulación de planes operativos de salud. Sólo con una visión estructural, participativa y sostenible será posible construir un modelo que respete la dignidad, autonomía y bienestar de las mujeres durante esta etapa crucial de su vida.

### **5.1.2 Ambos países coinciden en la combinación de terapias hormonales y no hormonales como parte de un tratamiento integral**

Del análisis exhaustivo de las estrategias implementadas en Reino Unido y Canadá, se desprende una conclusión relevante y transversal: la efectividad en el manejo del climaterio y la menopausia depende en gran medida de un abordaje integral, que combine terapias hormonales y no hormonales, adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente. Esta afirmación, encuentra respaldo en las principales guías clínicas de ambos países, así como en

estudios científicos que han demostrado que no existe un único abordaje terapéutico aplicable a todas las mujeres.

El cumplimiento del primer objetivo específico —identificar las principales estrategias de abordaje para el climaterio y menopausia en Reino Unido y Canadá— permitió evidenciar que, tanto el NICE en Reino Unido como la SOGC y NAMS en Canadá, reconocen la utilidad de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) como un tratamiento eficaz para los síntomas vasomotores, la sequedad vaginal, y otros efectos fisiológicos asociados con la disminución estrogénica. No obstante, estos mismos organismos también reconocen que la TRH no es adecuada para todas las mujeres, ya sea por contraindicaciones médicas, elección personal o historia familiar de enfermedades.

Es en este contexto, donde se valoran opciones no hormonales dentro de los protocolos de tratamiento. Entre estas alternativas, se destacan los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los betabloqueadores, los tratamientos cognitivo-conductuales, el acompañamiento psicológico, la actividad física regular, las terapias complementarias como el yoga y la acupuntura, y los cambios en el estilo de vida. El enfoque canadiense, particularmente, ha desarrollado herramientas accesibles para que las mujeres conozcan estas opciones y elijan aquellas que mejor se adecuen a su situación.

El estudio de Martin-Key et al. (2023) resalta que, en Reino Unido, muchas mujeres reportan dificultades para acceder a opciones terapéuticas no hormonales debido a la falta de información y a la escasa disponibilidad en ciertos niveles de atención. Esta situación genera frustración, abandono del tratamiento y una experiencia negativa en el proceso de atención. En contraste, el modelo canadiense ha invertido recursos en difundir estrategias de salud pública que promueven el conocimiento sobre todas las posibilidades terapéuticas, democratizando el acceso a tratamientos seguros y eficaces.

Esta conclusión también se ve reforzada por revisiones científicas como la de Duralde et al., (2022), quienes demostraron que los mejores resultados clínicos y de calidad de vida se obtienen cuando las intervenciones se adaptan a las necesidades clínicas, expectativas personales, antecedentes médicos y valores culturales de cada paciente. Asimismo, estudios recientes como el de Santoro et al., (2021) subrayan la importancia de tener en cuenta factores como: la edad, tiempo desde la última menstruación y las condiciones socioeconómicas, al momento de indicar o contraindicar ciertos tratamientos.

A partir de este análisis, queda claro que el manejo del climaterio y la menopausia debe trascender la dicotomía entre terapia hormonal y no hormonal, para convertirse en una práctica clínica integral y flexible. La evidencia respalda que un abordaje equilibrado, informado y consensuado entre paciente y profesional de salud es el que ofrece mejores resultados, tanto en términos de alivio sintomático como de bienestar general.

**Recomendación: Ampliar e integrar la oferta de tratamientos no hormonales como parte de un modelo de atención integral en Costa Rica**

Con base en las estrategias observadas en Canadá y Reino Unido, se recomienda que el sistema de salud costarricense, fortalezca y diversifique la oferta de opciones terapéuticas disponibles para el manejo del climaterio y la menopausia, incluyendo intervenciones no hormonales como parte del abordaje estándar. Esta recomendación responde a la necesidad de garantizar el acceso equitativo a tratamientos eficaces, seguros y culturalmente pertinentes para todas las mujeres, más allá de sus condiciones clínicas particulares o limitaciones institucionales.

La implementación de esta recomendación implica, en primer lugar, realizar una revisión y actualización de los protocolos clínicos actuales de la CCSS para incluir el abordaje no hormonal como un componente formal, con indicaciones claras, criterios de selección, y evidencia científica que respalde su efectividad. Este cambio debe ir acompañado de la inclusión de medicamentos no hormonales aprobados para el tratamiento de síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, ansiedad y depresión asociadas a la menopausia, los cuales deben estar disponibles en la red de servicios de salud pública.

En segundo lugar, se recomienda desarrollar guías clínicas dirigidas a profesionales de salud, con orientaciones prácticas sobre el uso racional de estas terapias, su combinación con otras estrategias y su seguimiento clínico. Estas guías deben elaborarse en colaboración con sociedades médicas, instituciones académicas y grupos de usuarias, para asegurar su aplicabilidad y pertinencia.

Adicionalmente, es fundamental implementar programas de capacitación profesional que incluyan las terapias no hormonales dentro de los planes de estudio de formación continua en salud de la mujer. Esta capacitación debe contemplar aspectos clínicos, farmacológicos, psicológicos y sociales, de modo que los profesionales de la salud puedan agregar un enfoque completo y sensible las necesidades de cada paciente.

De igual forma, se recomienda el desarrollo y difusión de materiales educativos dirigidos a las mujeres usuarias, en los que se expliquen de forma clara y accesible las opciones de tratamiento disponibles, incluyendo tanto la TRH como las alternativas no hormonales. Estos materiales deben empoderar a las mujeres en la toma de decisiones y fomentar su participación activa en la elección de la estrategia terapéutica más adecuada a sus valores y condiciones.

Finalmente, se sugiere establecer alianzas interinstitucionales con organizaciones que trabajen en salud mental, actividad física y nutrición, de manera que se puedan ofrecer paquetes de atención integrados que incluyan terapias no farmacológicas respaldadas por evidencia, como psicoterapia, ejercicio físico supervisado y programas de manejo del estrés. Estas alianzas permitirán extender el alcance de la atención más allá del consultorio médico, favoreciendo una experiencia de salud más integral, comunitaria y sostenible.

Esta recomendación no solo promueve la equidad en el acceso al tratamiento, sino que también se alinea con los principios de medicina centrada en la persona, salud integral y sostenibilidad del sistema, al reducir la carga de prescripción innecesaria y empoderar a las mujeres en el cuidado de su salud.

### **5.1.3 Ambos países coinciden en la combinación de terapias hormonales y no hormonales como parte de un tratamiento integral**

El empoderamiento y acceso a información validada como ejes fundamentales para una atención efectiva del climaterio y la menopausia

Una de las principales conclusiones que se desprende del análisis del primer objetivo de esta investigación es el papel central que desempeña el empoderamiento de las mujeres y su acceso a información clara, validada y culturalmente pertinente en el manejo adecuado del climaterio y la menopausia. Tanto en Reino Unido como en Canadá, las estrategias más exitosas en la mejora de la experiencia de salud de las mujeres durante esta etapa se sustentan en modelos que promueven la autonomía, el conocimiento y la participación activa de las usuarias en la toma de decisiones clínicas para sí.

La información revisada demuestra que los enfoques más eficaces son aquellos que comprenden el climaterio no únicamente como un conjunto de síntomas físicos, sino como una transición biopsicosocial que requiere acompañamiento, comprensión y herramientas

adecuadas para afrontarla. Las guías canadienses, en particular, hacen énfasis en el empoderamiento como componente estructural del modelo de atención, ofreciendo materiales educativos, líneas de consulta, programas comunitarios y entornos que favorecen la toma de decisiones informada. Esta orientación se refleja también en la guía de Wolfman et al. (2021), la cual resalta la necesidad de que las mujeres comprendan las implicaciones de los tratamientos hormonales y no hormonales, así como su impacto en la salud sexual, emocional y física.

Asimismo, la Pocket Guide Menopause Management 2023 y las recomendaciones de la NAMS y SOGC refuerzan esta perspectiva, al considerar que una mujer informada y acompañada es más capaz de identificar sus síntomas, expresar sus necesidades y seleccionar intervenciones que se adapten mejor a sus expectativas y estilos de vida. Este enfoque contrasta con modelos más tradicionales o paternalistas, donde las decisiones clínicas recaen exclusivamente en el criterio profesional, lo cual puede limitar la adherencia al tratamiento y disminuir la satisfacción y bienestar de la paciente.

En Reino Unido, si bien las guías NICE también recomiendan un abordaje centrado en la paciente, diversos estudios han revelado que persisten limitaciones en cuanto a la accesibilidad de información y de espacios para el diálogo médico-paciente. El estudio de Martin-Key et al., (2023) evidenció que muchas mujeres perciben que no reciben información suficiente ni apoyo adecuado para enfrentar esta etapa, lo que genera ansiedad, frustración y abandono de tratamientos. Esta brecha entre la teoría y la práctica indica que, sin mecanismos concretos para empoderar a las mujeres, las políticas públicas no logran impactar de forma efectiva en su bienestar.

Este hallazgo es de especial relevancia para el contexto costarricense, donde también se reporta una baja visibilidad social del climaterio y una escasa cultura de promoción de derechos sexuales en la etapa post reproductiva. Las guías de la CCSS, aunque técnicas y detalladas, no siempre están acompañadas de materiales adaptados a las mujeres usuarias, ni de espacios comunitarios o educativos accesibles que permitan fortalecer su rol protagónico. Por tanto, se concluye que el empoderamiento y el acceso a información validada no deben considerarse componentes secundarios, sino condiciones esenciales para garantizar una atención integral y sostenible durante el climaterio y la menopausia.

Esta conclusión refuerza el cumplimiento parcial del objetivo específico, al mostrar que, aunque existen estrategias documentadas que contemplan el empoderamiento como elemento clave, su grado de implementación varía considerablemente entre los países estudiados. En consecuencia, se identifica una oportunidad de mejora sustantiva en el sistema de salud costarricense, a través de intervenciones que promuevan el valor en la salud, el fortalecimiento de capacidades individuales y la generación de entornos para la autonomía femenina.

**Recomendación: Desarrollar programas nacionales de educación y empoderamiento en salud para mujeres en climaterio y menopausia**

A partir del análisis de las experiencias de Reino Unido y Canadá, se recomienda la implementación en Costa Rica de un programa nacional de educación y empoderamiento en salud dirigido a mujeres que transitan por el climaterio y la menopausia. Este programa debe tener un enfoque integral, intersectorial y con perspectiva de género, orientado a proporcionar a las mujeres los conocimientos, herramientas y habilidades necesarias para tomar decisiones informadas, ejercer sus derechos en salud y mejorar su calidad de vida.

Este tipo de intervención debe desarrollarse en colaboración con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), organizaciones comunitarias, universidades y medios de comunicación. La coordinación interinstitucional es esencial para asegurar la cobertura nacional, la sostenibilidad del programa y su articulación con las políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

El programa deberá contemplar la creación y difusión de materiales educativos multiformato (impresos, digitales, audiovisuales), adaptados a los distintos niveles de alfabetización, idiomas y contextos socioculturales. Estos materiales deben abordar temas como el proceso biológico de la menopausia, los síntomas más comunes, las opciones terapéuticas disponibles (tanto hormonales como no hormonales), el impacto emocional del climaterio, el autocuidado, la nutrición, la actividad física, y la salud sexual en esta etapa.

Además, se recomienda que el programa incluya talleres participativos en comunidades, centros de salud y organizaciones locales, en donde se promueva el intercambio de experiencias, la reflexión colectiva y el fortalecimiento de redes de apoyo entre mujeres. La metodología debe ser empática y horizontal, de modo que se rompan las barreras de desinformación, estigma o vergüenza que muchas veces acompañan esta etapa.

Paralelamente, es fundamental capacitar a los profesionales de la salud para que adopten un enfoque educativo en sus consultas, fomentando la escucha activa, la entrega de información oportuna y el consenso en la toma de decisiones. Para ello, la formación continua del personal de salud debe incluir contenidos sobre empoderamiento femenino, comunicación asertiva y educación para la salud femenina.

Finalmente, se recomienda establecer mecanismos de evaluación y monitoreo del programa, que permitan medir su impacto, ajustar sus contenidos y garantizar su mejora continua. Indicadores como el nivel de conocimiento de las mujeres, la percepción de autonomía en la toma de decisiones, y la satisfacción con los servicios recibidos pueden servir como referencia para evaluar la estrategia.

Esta recomendación contribuirá a cerrar brechas estructurales en el acceso a la información y en el ejercicio de los derechos en salud, fortaleciendo un modelo de atención más humano, participativo y centrado en las mujeres. Además, se alinea con los compromisos internacionales en materia de salud reproductiva, equidad de género y envejecimiento saludable, posicionando a Costa Rica como referente en el abordaje integral del climaterio y la menopausia desde una perspectiva de derechos.

#### **5.1.4 La integración interdisciplinaria en el abordaje del climaterio y la menopausia es promovida tanto en Reino Unido como en Canadá, pero su implementación es variable según recursos y formación del equipo de salud.**

El análisis comparativo de las estrategias implementadas en Reino Unido y Canadá para el manejo del climaterio y la menopausia permite concluir que uno de los elementos diferenciadores de los modelos más efectivos de atención es la integración de equipos interdisciplinarios en los diferentes niveles del sistema de salud. Esta integración permite no solo un abordaje más amplio y humano de las múltiples dimensiones del climaterio, sino también una mayor efectividad en la respuesta institucional ante las diversas necesidades físicas, emocionales, sociales y sexuales de las mujeres en esta etapa de la vida.

Tanto el sistema de salud británico como el canadiense promueven activamente la participación de distintos profesionales en el acompañamiento de las mujeres, incluyendo ginecólogos, médicos generales, enfermeros, nutricionistas, fisioterapeutas, trabajadores

sociales y especialistas en salud mental. Esta colaboración resulta especialmente valiosa en el contexto de la atención a mujeres en etapa climatérica, dado que los síntomas asociados a esta transición suelen ser complejos, interrelacionados y requieren un enfoque multidisciplinar.

En Canadá, por ejemplo, el modelo de atención primaria ha sido fortalecido con equipos comunitarios interdisciplinarios, lo que ha permitido brindar atención continua, centrada en la paciente y con mayor sensibilidad hacia aspectos emocionales y culturales. El metaanálisis de Johnson et al., (2021) destaca que los programas implementados en comunidades rurales canadienses han logrado resultados positivos al incorporar a distintos profesionales que trabajan coordinadamente desde un enfoque de salud pública integral. En el Reino Unido, la visión para la atención de la menopausia propuesta por Heather Currie et al., (2021) también enfatiza la importancia del liderazgo clínico y del soporte institucional para permitir una colaboración eficaz entre profesionales, y considera que una atención interdisciplinaria estructurada es uno de los pilares para mejorar la experiencia usuaria y los desenlaces clínicos. No obstante, el análisis también revela limitaciones prácticas en la aplicación de este modelo. En Reino Unido, a pesar del respaldo normativo, persisten desafíos logísticos, presupuestarios y de capacitación que dificultan la disponibilidad de equipos plenamente integrados, especialmente fuera de los centros urbanos más desarrollados. En Canadá, aunque se han desarrollado experiencias exitosas, su cobertura nacional aún enfrenta restricciones debido a la distribución desigual de recursos y a las diferencias entre provincias. Estas limitaciones demuestran que, si bien existe consenso sobre los beneficios del modelo interdisciplinario, su implementación exitosa depende de múltiples factores como un todo, a nombrar estructurales, financieros, educativos y administrativos.

En el caso de Costa Rica, los hallazgos de esta investigación señalan una brecha significativa en la integración de equipos interdisciplinarios en la atención del climaterio y la menopausia. Aunque el sistema nacional de salud está basado en un modelo de atención primaria sólido y ampliamente reconocido por su cobertura, la atención a las mujeres en esta etapa de la vida continúa siendo brindada casi exclusivamente por profesionales de medicina general, y con suerte ginecólogos, sin existir un enfoque multidisciplinar con otros profesionales de la salud. Esta situación impide ofrecer un abordaje verdaderamente integral, en el que se reconozcan y atiendan las dimensiones psicoemocionales, sociales, nutricionales y comunitarias del proceso menopáusico.

Además, la falta de estructuras organizativas específicas y la ausencia de lineamientos operativos que fomenten la colaboración interdisciplinaria representan barreras para avanzar hacia este modelo. Aunque la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tiene pocas guías clínicas sobre salud de la mujer, estas no detallan mecanismos efectivos para implementar equipos interdisciplinarios, ni contemplan procesos de articulación horizontal entre los distintos niveles y actores del sistema de salud.

Esta carencia no solo reduce la efectividad de las intervenciones clínicas, sino que también limita la posibilidad de generar espacios seguros, participativos y empáticos para que las mujeres puedan expresar sus necesidades, recibir acompañamiento emocional, y tomar decisiones informadas sobre su salud. Asimismo, impide abordar factores sociales que impactan el proceso menopáusico, como la discriminación por edad, el estigma sobre la menopausia y el tabú aún existente en el tema de salud sexual.

Fortalecer la integración interdisciplinaria en la atención del climaterio y la menopausia permitiría a Costa Rica dar un paso hacia un modelo de atención más equitativo, centrado en la persona y orientado a la prevención. Implicaría pasar de una lógica fragmentada y centrada en síntomas biológicos, a un enfoque más biopsicosocial, capaz de responder a la complejidad y diversidad de experiencias de las mujeres en esta etapa vital. Este tipo de atención no solo resulta más eficaz, sino también más ética, al reconocer la dignidad y autonomía de las usuarias como elementos centrales del proceso terapéutico.

**Recomendación: Fomentar la creación de equipos interdisciplinarios en centros de salud de Costa Rica, iniciando con proyectos piloto en áreas de alta demanda**

Con base en los modelos observados en Reino Unido y Canadá, se recomienda que Costa Rica avance hacia la creación e implementación de equipos interdisciplinarios en centros de salud, como una estrategia fundamental para el abordaje integral del climaterio y la menopausia. Estos equipos deben estar compuestos por profesionales de diversas disciplinas que puedan trabajar de forma coordinada para responder a las múltiples necesidades de las mujeres en esta etapa, incluyendo ginecología, medicina general, psicología, enfermería, nutrición y salud mental.

La implementación inicial de esta estrategia podría realizarse mediante proyectos piloto en áreas geográficas con alta población femenina en edad climatérica. Estos proyectos permitirían evaluar la viabilidad operativa del modelo, generar evidencia empírica sobre su

impacto en la calidad de la atención y facilitar el desarrollo progresivo de un marco normativo para su posterior expansión nacional.

Para asegurar la efectividad de estos equipos, será necesario diseñar protocolos de atención integrados, establecer mecanismos de referencia ágiles, e incorporar plataformas tecnológicas que faciliten la comunicación entre profesionales. Igualmente, se deberá garantizar la existencia de espacios adecuados y tiempos de consulta apropiados para permitir una atención centrada en la paciente, con participación activa en la toma de decisiones.

Paralelamente, se recomienda que la CCSS, en alianza con universidades y colegios profesionales, desarrolle programas de formación continua en salud integral de la mujer, con un fuerte componente interdisciplinario. Esta formación debe incluir contenidos sobre climaterio y menopausia, atención centrada en la persona, perspectiva de género, trabajo en equipo, habilidades de comunicación y escucha activa. Sin una capacitación multidisciplinar, será difícil consolidar una práctica real y efectiva.

Además, se sugiere que los equipos trabajen estrechamente con organizaciones de mujeres, redes comunitarias y líderes locales, para fomentar procesos de participación ciudadana en salud, facilitar la contextualización de las intervenciones y fortalecer el vínculo entre el sistema de salud y la comunidad. Esta colaboración es clave para asegurar la eficacia de los servicios, mejorar su aceptación por parte de las usuarias y aumentar su efectividad a largo plazo.

Esta recomendación se alinea con las tendencias internacionales en salud pública y los compromisos asumidos por Costa Rica en materia de derechos humanos, equidad de género y atención primaria fortalecida. Su implementación permitirá avanzar hacia un modelo de atención más justo, eficiente y sensible, que reconozca la menopausia no como un déficit o un estigma social, sino como una etapa natural que merece ser acompañada con dignidad, respeto y ciencia.

**5.2.1 Existe un enfoque normativo integral en Costa Rica, especialmente en las guías de la CCSS (2009), que promueve la atención personalizada, la inclusión de terapias no hormonales y la educación en salud, pero su implementación es limitada.**

El análisis realizado a partir del segundo objetivo de esta investigación —describir las principales estrategias utilizadas en Costa Rica para abordar el climaterio y la menopausia— permite establecer que el país ha desarrollado importantes avances en la construcción de marcos normativos y técnicos que orientan la atención integral de esta etapa en la vida de las mujeres. En particular, la Guía de Manejo de la Mujer Adulta publicada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en 2009 constituye un hito relevante en la institucionalización de un enfoque integral, humanizado y culturalmente sensible.

Este documento, elaborado a partir de evidencia científica y consenso de expertos, propone una atención clínica que trasciende lo puramente biológico, incluyendo dimensiones psicosociales y culturales del proceso menopáusico. Reconoce la necesidad de individualizar los tratamientos, integrar tanto terapias hormonales como no hormonales, y fomentar el autocuidado a través de la educación en salud. Además, sugiere adaptar las intervenciones a las condiciones socioculturales de las mujeres costarricenses, lo que demuestra una conciencia institucional sobre la diversidad y complejidad del climaterio.

Del mismo modo, el informe más reciente de CENDEISS (2024) reafirma muchos de estos lineamientos, señalando la necesidad de avanzar hacia una atención más equitativa, eficiente y centrada en la persona. Este documento introduce una visión crítica del sistema nacional de salud, reconociendo que, a pesar de la amplia cobertura sanitaria, persisten desafíos estructurales que limitan la calidad y accesibilidad del abordaje del climaterio. Ambos documentos —el técnico de 2009 y el estratégico de 2024— coinciden en la urgencia de fortalecer la respuesta institucional mediante la coordinación interinstitucional, la capacitación profesional y la participación activa de las usuarias.

Sin embargo, los hallazgos de esta investigación evidencian que, a pesar de estas guías y esfuerzos normativos, existe una brecha significativa entre el diseño de las estrategias y su aplicación real en el terreno operativo. Las investigaciones analizadas, particularmente los estudios de Achío (2003) y María Sol East Goenaga (2023), revelan que muchos de los lineamientos propuestos no se ejecutan de manera sistemática, lo que genera una atención

fragmentada, inconsistente y, en algunos casos, inexistente. Este desfase entre el deber ser y la práctica clínica cotidiana tiene consecuencias directas sobre el bienestar de las mujeres, quienes frecuentemente reportan sentirse incomprendidas, desinformadas o poco acompañadas durante esta etapa vital.

Una de las principales causas de esta discrepancia es la ausencia de mecanismos de implementación y evaluación dentro del sistema de salud. Si bien la guía de 2009 establece principios fundamentales para una atención integral, no se acompaña de un plan operativo que indique cómo llevarlos a cabo, con qué recursos, en qué niveles del sistema, y con qué indicadores de seguimiento. La falta de institucionalidad para asegurar el cumplimiento de estas recomendaciones convierte las guías en documentos de referencia con baja capacidad de transformación práctica.

Además, se identificó que muchos profesionales de la salud desconocen los contenidos de estas guías o no cuentan con la formación suficiente para aplicarlas. Esta situación refleja un problema estructural de comunicación interna y de educación continua, que impide que el conocimiento técnico se traduzca en acciones clínicas coherentes con los principios propuestos. A ello se suma la sobrecarga de los servicios, la priorización de otras patologías y la falta de incentivos institucionales para promover una atención centrada en la usuaria.

Otro aspecto crítico es la inexistencia de protocolos específicos para el monitoreo de la atención del climaterio, lo que impide medir su cobertura, calidad o impacto. Esta ausencia de datos dificulta la identificación de buenas prácticas, el ajuste de las estrategias y la rendición de cuentas. La invisibilización estadística del climaterio es un reflejo más de su escasa prioridad dentro del sistema de salud, a pesar de la existencia de documentos que lo reconocen como un tema relevante.

Por tanto, aunque el país ha avanzado en la formulación de estrategias y lineamientos institucionales, estos logros no se traducen de manera efectiva en la práctica clínica ni en la experiencia de las mujeres. La persistencia de este desfase compromete el cumplimiento de los principios de equidad, calidad y universalidad que sustentan el modelo de salud costarricense. También limita la posibilidad de cumplir con estándares internacionales en materia de salud con enfoque de género y derechos humanos.

Desde la perspectiva del cumplimiento de los objetivos de esta investigación, se puede afirmar que el segundo objetivo ha sido ampliamente satisfecho en tanto se identificaron y

describieron con claridad las principales estrategias normativas y operativas para el abordaje del climaterio en Costa Rica. Sin embargo, el análisis también permitió constatar que dichas estrategias, si bien conceptualmente sólidas, requieren urgentemente ser acompañadas de mecanismos de implementación, seguimiento y evaluación que garanticen su efectividad.

La claridad de los lineamientos institucionales constituye una base valiosa sobre la cual construir una atención más humana, personalizada y empática. No obstante, para que esta base se traduzca en acciones tangibles, es necesario superar las barreras estructurales, culturales y educativas que impiden su realización práctica. Solo de esta manera se podrá avanzar hacia un modelo de atención que realmente mejore la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio y la menopausia, cumpliendo así con los principios de justicia social, equidad y salud integral.

**Recomendación : Reforzar la implementación de las guías institucionales mediante estrategias de supervisión, capacitación del personal y seguimiento de cumplimiento en los centros de salud**

Con base en los hallazgos expuestos, se recomienda de forma prioritaria fortalecer la implementación efectiva de las guías técnicas existentes sobre climaterio y menopausia, particularmente la Guía de Manejo de la Mujer Adulta de la CCSS (2009) y las orientaciones contenidas en el informe de CENDEISSS (2024). Estas guías, si bien representan un avance normativo significativo, requieren ser acompañadas de una estrategia operativa clara que asegure su traducción en acciones clínicas coherentes, sostenibles y sensibles a las necesidades reales de las mujeres costarricenses, pues es necesario actualizar las estrategias de abordaje, no se puede seguir tratando pacientes de la misma forma que hace muchos años, sabiendo que las terapias farmacológicas y los enfoques han cambiado con los años.

La primera acción necesaria es el desarrollo de un plan nacional de implementación, que establezca de manera detallada los pasos, responsables, tiempos e indicadores para llevar a la práctica los principios contenidos en las guías. Este plan debe ser elaborado de manera participativa, involucrando a profesionales de salud, autoridades institucionales, académicos y, sobre todo, a mujeres usuarias de los servicios. La participación de múltiples actores garantizará una visión más realista, contextualizada y legítima del proceso.

Dentro de este plan, se debe incluir un componente robusto de capacitación continua para el personal de salud en todos los niveles del sistema. Esta capacitación debe enfocarse no solo

en el conocimiento técnico sobre el climaterio y sus manifestaciones clínicas, actualización de las guías y lineamientos, sino también en habilidades comunicacionales, perspectiva de género, derechos sexuales y reproductivos, y atención centrada en la usuaria. La formación debe estar basada en casos prácticos, fomentar el pensamiento crítico y promover la empatía como valor esencial del cuidado.

Asimismo, se recomienda establecer un sistema de supervisión y monitoreo permanente, que permita verificar el grado de cumplimiento de las guías en los distintos centros de salud. Este sistema debe contar con indicadores claros de calidad, cobertura y satisfacción usuaria, así como con mecanismos de retroalimentación para ajustar las prácticas cuando sea necesario. Las evaluaciones deben ser periódicas, públicas y orientadas a la mejora continua, no al castigo o la burocratización.

Otro elemento central de esta recomendación es la producción de materiales didácticos y herramientas clínicas que faciliten la implementación de las guías. Esto incluye protocolos simplificados, algoritmos de atención, guías rápidas, videos instructivos y aplicaciones digitales, adaptadas al nivel de formación del personal y al contexto de los servicios. El uso de herramientas tecnológicas puede ser un recurso clave para expandir el alcance de las guías y hacerlas más accesibles en todos los territorios.

Finalmente, se debe asegurar la articulación interinstitucional entre la CCSS, el Ministerio de Salud, CENDEISSS y las universidades, para que la implementación de las guías no sea una tarea aislada, sino una política de Estado. Esta articulación permitirá coordinar recursos, evitar duplicidades y promover una visión común sobre el abordaje del climaterio como parte integral de la salud femenina.

Esta recomendación busca convertir los documentos normativos existentes en verdaderos instrumentos de transformación sanitaria. La clave está en dotarlos de herramientas operativas, seguimiento sistemático, recursos humanos capacitados y voluntad política. Solo así será posible garantizar que todas las mujeres en Costa Rica reciban una atención digna, integral y personalizada durante el climaterio y la menopausia, tal como lo proponen las guías institucionales y lo demanda la justicia social.

### **5.2.2 A pesar de los avances técnicos, persiste un desfase entre el enfoque normativo y la realidad operativa, lo cual genera una atención fragmentada y poco sensible a las necesidades psicosociales de las mujeres.**

Durante el análisis de las estrategias implementadas en Costa Rica para el abordaje del climaterio y la menopausia, se evidenció una contradicción recurrente entre lo que establecen los documentos normativos —como las guías de la CCSS (2009) y el informe de CENDEISS (2024)— y lo que viven cotidianamente las mujeres en los servicios de salud. Esta distancia entre el discurso institucional y la experiencia real de las usuarias constituye una desconexión estructural que afecta la calidad, accesibilidad y pertinencia de la atención brindada.

En el papel, las estrategias nacionales promueven un modelo centrado en la atención integral, el respeto a la diversidad, la inclusión de terapias no hormonales, y la participación activa de las usuarias. Sin embargo, múltiples investigaciones, entre ellas las de Achío (2003), Charlton (2003) y María Sol East Goenaga (2023), coinciden en señalar que estas orientaciones no se han traducido efectivamente en acciones tangibles en los entornos clínicos. Las mujeres continúan enfrentando barreras para acceder a atención personalizada, muchas veces reciben información fragmentada o estigmatizante, y sienten que sus necesidades son subvaloradas o ignoradas.

Esta contradicción se expresa no solo en la oferta limitada de servicios especializados, sino también en la actitud del personal de salud. La falta de formación integral y la persistencia de modelos biomédicos centrados exclusivamente en la patología contribuyen a una atención despersonalizada, que invisibiliza el componente emocional, simbólico y social del climaterio. A esto se suma el uso insuficiente de espacios comunitarios, educativos o de acompañamiento, lo que priva a las mujeres de un entorno que favorezca el autocuidado y el empoderamiento. Uno de los aspectos más significativos que refuerzan esta conclusión es el bajo nivel de visibilidad pública del climaterio. A diferencia de otras etapas del ciclo vital femenino, como el embarazo o la adolescencia, la menopausia permanece en un plano marginal tanto en la cultura médica como en el discurso social. Esta omisión se traduce en una falta de presión social y política para exigir servicios adecuados, en una escasez de campañas de sensibilización, y en una ausencia casi total de representación positiva de las mujeres en esta etapa en los medios de comunicación.

Esta invisibilidad, sumada a una débil implementación de las estrategias normativas, perpetúa un ciclo de desatención que reproduce desigualdades estructurales. Las mujeres de menores recursos económicos, residentes en zonas rurales o pertenecientes a grupos históricamente excluidos, son quienes enfrentan los mayores obstáculos. Esta situación plantea serios desafíos en términos de equidad en salud, ya que las condiciones de vida y los determinantes sociales del bienestar no son adecuadamente considerados en el diseño ni en la ejecución de las políticas públicas.

Por lo tanto, aunque las guías institucionales expresan un compromiso formal con la atención integral del climaterio, la distancia entre este compromiso y la experiencia vivida por las mujeres indica un incumplimiento parcial del segundo objetivo de esta investigación. Se logró identificar y describir las estrategias formales, pero también se demostró que su materialización práctica es limitada y desigual.

Esta conclusión invita a repensar no solo las estrategias técnicas de atención, sino también el modelo de gestión de políticas públicas, el papel de las usuarias como sujetas activas, y los canales de rendición de cuentas que aseguren que los principios de equidad, dignidad y bienestar no queden solo en el plano discursivo.

**Recomendación: Diseñar mecanismos institucionales que traduzcan los lineamientos normativos en acciones concretas y sostenibles, incluyendo protocolos de atención adaptados a cada nivel del sistema**

A la luz de los hallazgos expuestos, se recomienda desarrollar un conjunto de mecanismos institucionales que permitan reducir la brecha entre el marco normativo y la experiencia real de las mujeres en los servicios de salud. Esta recomendación implica una revisión crítica del modelo de gestión de las políticas públicas en salud, con énfasis en la implementación operativa, la rendición de cuentas y la participación activa de las usuarias.

En primer lugar, se sugiere la creación de protocolos clínicos específicos para la atención del climaterio, diferenciados por nivel de atención (primario, secundario y terciario), con enfoque biopsicosocial y sensibilidad cultural. Estos protocolos deben contener rutas claras de atención, criterios diagnósticos pertinentes, opciones terapéuticas accesibles y mecanismos de referencia que eviten la fragmentación del cuidado. Asimismo, deben contemplar tiempos de consulta adecuados para permitir una atención integral y no apresurada.

Adicionalmente, es necesario establecer indicadores de cumplimiento institucional que midan no solo la cantidad de atenciones brindadas, sino también su calidad, oportunidad, equidad y nivel de satisfacción usuaria. Estos indicadores deben ser públicos, auditables y utilizados para ajustar las políticas en función de los resultados obtenidos. La creación de observatorios ciudadanos o comités locales de seguimiento puede contribuir a este proceso, favoreciendo la transparencia y la mejora continua.

Otro componente central de esta recomendación es la incorporación activa de las mujeres en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas sobre climaterio. Esta participación puede canalizarse a través de consultas públicas, talleres comunitarios, espacios de diálogo intergeneracional y mecanismos de co-creación con organizaciones de mujeres. Escuchar las voces de quienes experimentan directamente esta etapa es indispensable para construir políticas realistas, inclusivas y efectivas.

También se recomienda reforzar la comunicación institucional mediante campañas de sensibilización masiva que contribuyan a visibilizar el climaterio como una etapa natural de la vida y como un asunto de salud pública. Estas campañas deben desmitificar la menopausia, resaltar su diversidad de manifestaciones, y promover mensajes positivos sobre el envejecimiento femenino, el autocuidado y los derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente, se insta a fortalecer la articulación entre los distintos actores del sistema de salud y del ámbito social, incluyendo instituciones educativas, centros culturales, municipalidades y medios de comunicación. Una estrategia efectiva requiere la cooperación de múltiples sectores y la adopción de un enfoque intersectorial, que reconozca que la salud no se construye únicamente en los hospitales, sino también en los hogares, escuelas, comunidades y medios. Esta recomendación busca superar la desconexión entre el marco normativo y la realidad vivida por las mujeres en torno al climaterio, mediante una política pública activa, contextualizada, participativa y sostenida. La transformación no depende solo de buenas intenciones normativas, sino de la capacidad institucional de convertir los principios en prácticas, y de reconocer a las mujeres como agentes fundamentales en la construcción de su bienestar.

### **5.2.3 Las mujeres de estratos socioeconómicos bajos enfrentan mayores barreras para acceder a atención integral durante el climaterio, lo que evidencia inequidades persistentes.**

Uno de los hallazgos más importantes derivados del análisis de las estrategias utilizadas en Costa Rica para el abordaje del climaterio y la menopausia es la persistencia de desigualdades significativas en el acceso, la calidad y la continuidad de la atención que reciben las mujeres, particularmente aquellas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social. Esta conclusión se apoya en las observaciones contenidas en estudios como los de Achío Tacsan (2003), Mora Aguilar (1978), Charlton (2003) y East Goenaga (2023), que, pese a haber sido realizados en contextos temporales diferentes, coinciden en que las mujeres de estratos socioeconómicos bajos, con bajo nivel educativo, residentes en zonas rurales o con acceso limitado a servicios especializados, presentan mayores obstáculos para recibir atención adecuada durante esta etapa del ciclo vital.

Estas mujeres tienden a priorizar la atención de enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes o la artritis, mientras que los síntomas relacionados con la menopausia son relegados a un segundo plano, muchas veces por falta de información, estigmas sociales o desvalorización cultural de esta etapa. La invisibilización de la sintomatología climatérica se ve reforzada por la limitada oferta de servicios especializados, la escasa sensibilización del personal médico y la ausencia de programas educativos comunitarios que contribuyan al empoderamiento femenino en salud.

Además, se constata que muchas de estas mujeres enfrentan barreras estructurales de acceso, como la distancia geográfica a los centros de salud, la dificultad de transporte, la sobrecarga de responsabilidades domésticas y laborales, y en algunos casos, experiencias previas de discriminación o maltrato institucional. Estas barreras, lejos de ser abordadas de forma integral por el sistema de salud, son muchas veces normalizadas o invisibilizadas, lo cual perpetúa un ciclo de exclusión que afecta no solo la atención médica, sino también el bienestar emocional, sexual y psicológico de las mujeres en esta etapa.

El análisis evidencia que, aunque las guías técnicas como la de la CCSS (2009) promueven un enfoque centrado en la usuaria, con respeto a su contexto social y cultural, estas directrices no han sido implementadas de manera eficaz en las regiones donde más se necesitan. La falta de articulación entre las políticas públicas de salud y los determinantes sociales del bienestar

femenino contribuye a reforzar un sistema que beneficia en mayor medida a mujeres con acceso a información, redes de apoyo y servicios urbanos.

Desde el punto de vista del cumplimiento del segundo objetivo de esta investigación, esta conclusión pone en evidencia la necesidad de revisar las estrategias existentes para que respondan efectivamente a las realidades diversas de las mujeres costarricenses. El reconocimiento de estas desigualdades no solo permite dimensionar el problema, sino que habilita la construcción de soluciones contextualizadas, orientadas a la justicia social y la equidad.

**Recomendación: Desarrollar estrategias inclusivas y territorializadas que prioricen la atención en zonas rurales y en comunidades vulnerables, mediante brigadas móviles, telemedicina o centros especializados**

Con base en los hallazgos anteriores, se recomienda el diseño y puesta en marcha de estrategias específicas que respondan a las necesidades de las mujeres en situación de vulnerabilidad, priorizando aquellas que habitan zonas rurales, territorios indígenas, comunidades costeras o urbanas marginales. Estas estrategias deben tener un enfoque inclusivo, territorializado y con perspectiva intercultural, reconociendo que no todas las mujeres viven el climaterio en las mismas condiciones, ni cuentan con los mismos recursos para gestionarlo.

Una de las primeras acciones propuestas es el fortalecimiento de brigadas móviles de salud que incluyan personal capacitado en climaterio, salud sexual y salud mental. Estas brigadas pueden articularse con los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y con los programas de atención primaria, permitiendo así llevar la atención especializada a lugares de difícil acceso. Esta modalidad, además de acercar los servicios, reduce costos de desplazamiento para las usuarias y mejora la cobertura del sistema.

Otra estrategia complementaria es la implementación de servicios de telemedicina y atención remota, particularmente para el seguimiento clínico, la consejería psicológica y la educación en salud. Estos servicios deben contar con plataformas accesibles, adecuadas para poblaciones con bajo nivel de alfabetización digital, y con apoyo técnico para las usuarias. La telemedicina puede ser una herramienta clave para garantizar continuidad del cuidado, especialmente en regiones donde no existen especialistas disponibles.

Además, se propone la creación de centros especializados en salud de la mujer, que integren atención clínica, consejería psicológica, programas educativos y espacios de acompañamiento grupal. Estos centros pueden establecerse inicialmente en zonas con alta densidad de población femenina mayor de 45 años, y deben funcionar como referentes técnicos y pedagógicos para el resto del sistema de salud.

Estas estrategias deben estar acompañadas de una asignación presupuestaria específica, sostenida y suficiente, que garantice su continuidad y expansión. También se recomienda que cada intervención cuente con mecanismos de monitoreo y evaluación participativa, donde las mujeres beneficiarias puedan brindar retroalimentación sobre la calidad del servicio y sugerencias de mejora.

Finalmente, se insta a fortalecer el trabajo conjunto con organizaciones comunitarias, asociaciones de mujeres, iglesias, líderes comunales y gobiernos locales, quienes poseen un conocimiento profundo de las dinámicas territoriales. Esta articulación intersectorial e interinstitucional permitirá adaptar las estrategias a las particularidades de cada región y fortalecer la confianza entre las comunidades y el sistema de salud.

Esta recomendación tiene como objetivo reducir las brechas de acceso y calidad en la atención del climaterio, garantizando que todas las mujeres, sin importar su ubicación geográfica o condición socioeconómica, puedan ejercer su derecho a una atención digna, oportuna y centrada en sus necesidades. Para ello, se requiere voluntad política, innovación organizativa y una visión de salud basada en la equidad, la inclusión y el respeto a la diversidad femenina.

#### **5.2.4 La ausencia de una perspectiva de género en la atención del climaterio perpetúa modelos reduccionistas y despersonalizados que limitan el empoderamiento femenino**

El análisis del abordaje institucional del climaterio y la menopausia en Costa Rica permitió identificar una falencia transversal en el diseño e implementación de las estrategias: la débil incorporación de una perspectiva de género en la atención. Esta ausencia no solo empobrece la calidad del servicio, sino que perpetúa narrativas biomédicas que tienden a patologizar esta etapa del ciclo vital femenino, despojándola de su dimensión social, cultural, emocional y simbólica.

Como lo plantea Delfina Charlton (2003), el climaterio es una experiencia profundamente atravesada por construcciones culturales y relaciones de poder que afectan la manera en que las mujeres se perciben a sí mismas y son tratadas por el entorno. El modelo médico tradicional, al centrarse casi exclusivamente en el déficit hormonal y los síntomas físicos, invisibiliza aspectos fundamentales como la autoestima, la autonomía, el goce de la sexualidad, los cambios en la identidad, y las transformaciones en los vínculos personales. Este enfoque reduccionista limita la capacidad de las mujeres para ejercer un rol activo en la toma de decisiones sobre su salud, y refuerza prácticas asistencialistas que no favorecen su empoderamiento.

La falta de una perspectiva de género también se manifiesta en los vacíos formativos del personal de salud, quienes muchas veces abordan el climaterio desde estereotipos, prejuicios o discursos paternalistas que reproducen desigualdades. Esta carencia impacta directamente la calidad del acompañamiento ofrecido, generando situaciones de desinformación, trato despersonalizado o incluso rechazo abierto a las demandas de las usuarias. A ello se suma la escasa representación de las mujeres menopáusicas en campañas de salud, medios de comunicación o políticas públicas, lo cual contribuye a mantener la menopausia como un tema tabú, silenciado o desvalorizado.

En el marco del segundo objetivo de esta investigación, esta conclusión evidencia que, si bien existen esfuerzos institucionales por incorporar un enfoque integral y centrado en la mujer, dichos esfuerzos no han logrado incorporar de forma sistemática los principios de equidad de género, derechos humanos y diversidad cultural. Esto limita significativamente el impacto transformador de las políticas y debilita su capacidad para generar cambios sostenibles en la atención.

Superar esta limitación requiere más que ajustes técnicos: implica una transformación profunda de los marcos conceptuales, pedagógicos y organizacionales que guían la atención en salud. Una atención sin perspectiva de género corre el riesgo de perpetuar modelos verticales, jerárquicos y fragmentados, que contradicen el principio de justicia social en salud.

**Recomendación: Incorporar de manera transversal la perspectiva de género en todas las etapas del diseño, implementación y evaluación de políticas de atención al climaterio y la menopausia**

Para avanzar hacia un modelo de atención más equitativo, es imprescindible integrar la perspectiva de género como eje articulador de las políticas públicas en salud, en particular aquellas dirigidas al climaterio y la menopausia. Esta recomendación implica una serie de transformaciones estructurales, pedagógicas y culturales que deben ejecutarse de forma coordinada y sostenida.

En primer lugar, se propone revisar los contenidos curriculares de las carreras del área de la salud, incorporando de forma obligatoria asignaturas o módulos sobre salud de las mujeres con enfoque de género, derechos humanos y diversidad. Esta formación debe contemplar herramientas para el análisis crítico de las relaciones de poder, estrategias de comunicación empática, y marcos teóricos sobre género, envejecimiento y sexualidad. La inclusión de casos clínicos contextualizados, testimonios de mujeres y estudios interdisciplinarios permitirá sensibilizar al estudiantado y reducir actitudes discriminatorias.

En segundo lugar, se recomienda implementar programas de educación continua y formación especializada para profesionales en ejercicio, especialmente en el primer nivel de atención. Estos programas deben ser accesibles, flexibles y diseñados en conjunto con organizaciones de mujeres, asegurando su pertinencia y calidad. La formación debe contemplar temas como la medicalización del climaterio, el rol de la cultura en la experiencia de la menopausia, y la despatologización del envejecimiento femenino.

Asimismo, se sugiere crear lineamientos técnicos y normativos que expliciten el enfoque de género como principio rector en la atención al climaterio. Estos lineamientos deben orientar a los equipos de salud sobre cómo brindar atención respetuosa, libre de sesgos, centrada en la autonomía de la paciente, e informada por la evidencia científica y el conocimiento situado. También deben incluir protocolos específicos para la atención a mujeres diversas (por etnia, orientación sexual, condición migratoria, entre otras).

Una estrategia clave para incorporar la perspectiva de género es fortalecer los espacios de participación ciudadana en el sistema de salud. Esto incluye la promoción de comités locales de salud con representación femenina, la organización de foros comunitarios sobre menopausia y derechos, y la creación de canales institucionales para recoger las experiencias y demandas de las usuarias. Estas iniciativas no solo democratizan la gestión en salud, sino que también permiten visibilizar las barreras estructurales que enfrentan las mujeres.

Por último, se debe impulsar una transformación cultural mediante campañas de sensibilización masiva que resignifiquen el climaterio como una etapa de plenitud, autonomía y crecimiento. Estas campañas deben desafiar los mitos que asocian la menopausia con decadencia, pérdida o inutilidad, y promover representaciones positivas, diversas y empoderadoras de las mujeres maduras. El uso de medios digitales, redes sociales, producciones audiovisuales y eventos públicos puede contribuir a romper el silencio social y generar un entorno más favorable para la expresión y el acompañamiento.

Esta recomendación busca que la atención al climaterio y la menopausia deje de ser un servicio técnico aislado, y se convierta en un espacio de reconocimiento, dignificación y justicia para las mujeres en una etapa vital frecuentemente invisibilizada. Incorporar la perspectiva de género no es un agregado opcional, sino una condición ética y política para garantizar el derecho a la salud con equidad, pertinencia y dignidad.

### **5.2.5 La falta de seguimiento sistemático y evaluación continua limita la eficacia de las estrategias implementadas en el abordaje del climaterio en Costa Rica**

A pesar de la existencia de guías clínicas, documentos técnicos y programas piloto que abordan la atención del climaterio desde un enfoque integral, los hallazgos del presente análisis evidencian una debilidad fundamental en el proceso de monitoreo y evaluación de dichas estrategias. Esta ausencia de seguimiento impide conocer con precisión los niveles de cobertura, impacto, pertinencia y satisfacción de las usuarias en relación con los servicios que reciben.

Tanto en la Guía de Manejo de la Mujer Adulta de la CCSS (2009), como en los informes más recientes del CENDEISS (2024), se establecen lineamientos y prioridades institucionales que pretenden guiar la atención médica con criterios de calidad, equidad y oportunidad. Sin embargo, ninguno de estos documentos plantea con claridad indicadores específicos, mecanismos de retroalimentación ni instrumentos de evaluación participativa que permitan verificar el cumplimiento de los objetivos propuestos. Como resultado, la aplicación de estas políticas se diluye en la cotidianidad de los servicios de salud, y su impacto real en la vida de las mujeres no es cuantificado ni cualitativamente explorado.

Esta carencia de evaluación también se manifiesta en la inexistencia de registros sistemáticos sobre la atención brindada a mujeres climatéricas, tanto en el nivel clínico como comunitario.

No hay evidencia suficiente sobre cuántas mujeres reciben educación específica sobre el climaterio, cuántas acceden a terapias hormonales o no hormonales, cuáles son las tasas de adherencia a los tratamientos, ni cuál es la percepción general sobre el trato recibido. Esta opacidad en los datos limita la capacidad del sistema de salud para tomar decisiones informadas, corregir desviaciones o identificar buenas prácticas replicables.

La falta de seguimiento impide además visibilizar las experiencias diferenciadas de las mujeres según su edad, etnia, ubicación geográfica o condición socioeconómica. En consecuencia, las políticas tienden a ser generalistas y homogéneas, lo cual atenta contra la personalización de la atención y la justicia sanitaria. También reduce la posibilidad de innovar, escalar o adaptar intervenciones exitosas que puedan mejorar la calidad de vida de esta población.

Desde la perspectiva del segundo objetivo de esta investigación, esta conclusión evidencia una limitación importante para el cumplimiento de los propósitos institucionales en relación con el climaterio. Si bien hay propuestas valiosas en términos conceptuales, su falta de evaluación sistemática impide garantizar que los recursos invertidos estén generando los resultados esperados.

**Recomendación : La CCSS debe implementar un sistema nacional de monitoreo y evaluación con perspectiva participativa para las estrategias de atención al climaterio y la menopausia**

Ante la debilidad detectada en los mecanismos de seguimiento institucional, se recomienda diseñar e implementar un sistema nacional de monitoreo y evaluación que permita valorar de manera sistemática la eficacia, accesibilidad, pertinencia y sostenibilidad de las estrategias dirigidas al abordaje del climaterio y la menopausia. Este sistema debe estar alineado con los principios de equidad, calidad y rendición de cuentas que guían al sistema de salud costarricense.

Una de las primeras acciones sugeridas es la creación de una batería de indicadores específicos y sensibles que permitan monitorear las distintas dimensiones de la atención: cobertura de servicios, satisfacción usuaria, accesibilidad geográfica, respeto por la diversidad cultural, adherencia terapéutica, y resultados en salud física y emocional. Estos indicadores deben ser elaborados de forma interinstitucional, incluyendo a profesionales de la salud, académicos, responsables de políticas públicas y organizaciones de mujeres.

Adicionalmente, se propone que este sistema de evaluación incorpore metodologías participativas que permitan recoger la voz de las usuarias de manera sistemática. Para ello, se pueden diseñar encuestas anuales, grupos focales, entrevistas en profundidad y mecanismos digitales de retroalimentación, que alimenten un observatorio nacional de salud de la mujer en etapa climatérica. Este observatorio podría integrarse al Sistema de Información en Salud (EDUS) y servir como plataforma para el análisis de datos, identificación de brechas y definición de prioridades.

Asimismo, se recomienda establecer informes públicos periódicos sobre el estado de la atención al climaterio, con datos desagregados por región, edad, etnia y nivel socioeconómico. Estos informes deben ser de acceso libre y presentados en formatos comprensibles para la ciudadanía, con el objetivo de fortalecer la transparencia institucional y el control social de las políticas públicas.

El sistema de monitoreo también debe contemplar una dimensión cualitativa que permita analizar aspectos más subjetivos, como la percepción de las mujeres sobre su proceso vital, la calidad del acompañamiento profesional, y el impacto emocional de las intervenciones recibidas. Esta dimensión cualitativa permitirá construir indicadores de bienestar, empoderamiento y transformación personal, que suelen quedar fuera de las métricas convencionales.

Finalmente, se sugiere articular este sistema de evaluación con los procesos de planificación institucional, de manera que los hallazgos obtenidos no se limiten a generar conocimiento, sino que se traduzcan en ajustes concretos en las estrategias de atención. Esto implica capacitar a los equipos de salud en el uso de la información para la mejora continua, y fomentar una cultura organizacional basada en el aprendizaje colectivo.

Esta recomendación apunta a transformar la lógica de la política pública en salud del climaterio, pasando de una estrategia prescriptiva y estática a un modelo dinámico, reflexivo y adaptativo. Evaluar no es solo medir, sino también escuchar, aprender y actuar en función de las necesidades reales de las mujeres. Solo así será posible construir un sistema de salud más eficaz, sensible y comprometido con el bienestar femenino a lo largo del curso de vida.

### **5.3.1 A pesar de avances normativos, persiste la falta de una transformación cultural que reconozca el climaterio como etapa digna y plena.**

A partir del análisis comparativo realizado, se evidencia que Costa Rica, si bien ha logrado avances en la formulación de marcos normativos generales y lineamientos institucionales de salud, aún enfrenta una barrera de fondo: la ausencia de guías clínicas específicas para la atención del climaterio y la menopausia, así como de una transformación cultural real dentro de su sistema de salud. Esta limitación estructural condiciona la forma en que se implementan políticas y servicios, afectando directamente la calidad de la atención y la experiencia de las mujeres durante esta etapa de la vida. Aunque existen principios generales que buscan promover un enfoque biopsicosocial, integral y centrado en la paciente, en la práctica estos postulados suelen diluirse ante la persistencia de visiones reduccionistas. Tales visiones tienden a entender el climaterio exclusivamente como un conjunto de síntomas fisiológicos o como una patología inevitable, sin reconocerlo como una etapa vital que merece un abordaje holístico, digno y libre de estigmas.

Esta falta de transformación cultural se manifiesta en distintos niveles. A nivel institucional, se refleja en prácticas asistencialistas que se limitan a la prescripción farmacológica sin un seguimiento adecuado, sin espacios de escucha activa y sin considerar la dimensión emocional, sexual y social que caracteriza el climaterio. A nivel profesional, la formación limitada en salud femenina y climaterio perpetúa estereotipos, lo que impide que los equipos de salud acompañen a las mujeres de forma empática y personalizada. Finalmente, a nivel social, la invisibilización del climaterio como tema de conversación pública refuerza barreras culturales que dificultan que las mujeres demanden servicios adecuados y ejerzan plenamente su autonomía.

Los casos de Reino Unido y Canadá muestran que, incluso en contextos con sistemas de salud robustos y políticas públicas avanzadas, la clave de un abordaje exitoso no radica solo en actualizar guías o incorporar nuevas terapias. La verdadera innovación en salud para mujeres maduras implica transformar la forma de pensar, sentir y relacionarse con ellas en los espacios de consulta y decisión. Solo cuando se reconoce que esta etapa es parte natural y significativa del ciclo vital femenino, se pueden construir vínculos terapéuticos basados en la confianza, el respeto y la participación activa de la usuaria.

Así, la conclusión central de este análisis señala que Costa Rica se encuentra en un punto de inflexión: cuenta con una estructura institucional y una cobertura de salud que constituyen fortalezas relevantes, pero requiere superar una inercia cultural e institucional que sigue considerando la menopausia como una etapa marginal, deficitaria o patológica. Mientras persista esta mirada reduccionista, será difícil traducir los avances normativos en experiencias de atención de calidad, sensibles a la diversidad y a los derechos de las mujeres.

Por ello, es imprescindible asumir que la transformación cultural no es un complemento opcional, sino un requisito indispensable para garantizar que cada mujer viva esta etapa de la vida como un proceso de plenitud y poder. Esta transformación debe permear todos los niveles del sistema: desde la formación universitaria de los futuros profesionales de salud hasta la comunicación institucional, las prácticas en los centros de atención primaria y la generación de políticas laborales sensibles y coherentes con las necesidades reales de las mujeres en climaterio.

En síntesis, reconocer el climaterio como una etapa que merece atención integral, libre de estigmas y centrada en la autonomía de las mujeres es el punto de partida para una verdadera innovación en salud pública. Costa Rica tiene la oportunidad de dar este paso, aprendiendo de las experiencias internacionales, adaptando buenas prácticas a su realidad y, sobre todo, impulsando un cambio cultural profundo que devuelva a las mujeres maduras el lugar de dignidad y respeto que les corresponde en cada consulta, programa y política pública.

**Recomendación: Se requiere erradicar estigmas y prácticas reduccionistas mediante formación, escucha activa y vínculos terapéuticos empáticos.**

Con base en lo anterior, se recomienda diseñar y ejecutar una estrategia integral y multisectorial que aborde de manera decidida los aspectos normativos, técnicos y, sobre todo, culturales que hoy limitan un abordaje efectivo del climaterio y la menopausia en Costa Rica. Esta estrategia debe partir del reconocimiento de que los cambios estructurales solo serán sostenibles si van acompañados de una transformación en las formas de pensar y actuar de los profesionales de salud, las instituciones y la sociedad en general.

En primer lugar, se debe fortalecer la formación continua y la sensibilización del personal de salud en todos los niveles. Es imprescindible incorporar contenidos actualizados sobre

climaterio, enfoque biopsicosocial, derechos sexuales y reproductivos, y comunicación empática. Esta formación debe ser práctica, contextualizada y orientada a desmontar estereotipos que reducen a la mujer madura a una serie de síntomas sin historia ni voz propia. La incorporación de testimonios de usuarias y la participación de mujeres líderes comunitarias pueden enriquecer estos procesos formativos y garantizar su pertinencia.

En segundo lugar, se recomienda impulsar campañas nacionales de educación y sensibilización que contribuyan a visibilizar el climaterio como parte natural de la vida femenina. Estas campañas deben diseñarse con un enfoque de derechos, equidad de género y diversidad cultural, integrando materiales accesibles, mensajes claros y espacios de diálogo que permitan derribar mitos, compartir experiencias y empoderar a las mujeres para exigir una atención de calidad. El ejemplo del Reino Unido demuestra que la visibilidad mediática y el debate público son claves para transformar pensamientos sociales y generar presión institucional para la mejora de los servicios.

En tercer lugar, se propone promover la implementación de equipos interdisciplinarios piloto en áreas estratégicas, integrando profesionales de medicina general, ginecología, psicología, nutrición, trabajo social y educación en salud. Inspirados en el modelo canadiense de atención comunitaria, estos equipos pueden convertirse en laboratorios de innovación institucional, generando aprendizajes prácticos sobre cómo ofrecer atención integral y sensible, adaptada a la diversidad de necesidades de las mujeres en esta etapa. Los resultados de estos pilotos deben ser evaluados rigurosamente para su eventual escalamiento nacional.

Asimismo, resulta indispensable diseñar políticas laborales que contemplen la realidad del climaterio como parte del ciclo vital de las mujeres trabajadoras. Flexibilizar horarios, adecuar espacios físicos, garantizar confidencialidad y establecer redes de apoyo son medidas que han demostrado impacto positivo en la salud y productividad de las mujeres menopáusicas en otros contextos. Costa Rica podría liderar en la región con la incorporación de estos lineamientos en su normativa laboral, en alianza con el Ministerio de Trabajo, la CCSS y el sector privado. Finalmente, se recomienda aprovechar el potencial de las herramientas tecnológicas para ampliar el acceso a información confiable, orientación médica y apoyo psicológico, especialmente en zonas rurales o con limitaciones de infraestructura. Plataformas digitales, aplicaciones móviles y centros de atención telefónica pueden complementar los servicios

presenciales, facilitar el seguimiento de los casos y fomentar la participación activa de las mujeres en la gestión de su salud.

Implementar estas recomendaciones requiere liderazgo político, alianzas interinstitucionales, inversión sostenida y, sobre todo, compromiso ético con la salud y la dignidad de las mujeres costarricenses. Superar las barreras técnicas y culturales identificadas permitirá transformar la atención del climaterio en una oportunidad para fortalecer la equidad, la autonomía y la calidad de vida de miles de mujeres que cada día transitan esta etapa con la esperanza de ser escuchadas, acompañadas y respetadas.

### **5.3.2 La escasa visibilidad pública del climaterio en Costa Rica contrasta con las estrategias británicas que han logrado posicionar el tema en el debate público**

A partir del análisis comparativo, se identifica una importante brecha en la visibilidad pública del climaterio en Costa Rica frente a lo observado en el Reino Unido. Mientras que en el contexto británico se ha logrado posicionar el tema de la menopausia en la agenda pública, sanitaria y mediática, en el caso costarricense sigue siendo un tema relegado a la esfera privada, silenciado tanto en medios de comunicación como en políticas de salud y espacios educativos.

En el Reino Unido, la apertura cultural hacia el diálogo público sobre la menopausia ha permitido avances significativos en la percepción social de esta etapa. La participación activa de figuras públicas, periodistas, activistas y personalidades del entretenimiento ha contribuido a desmontar mitos, reducir estigmas y normalizar la conversación sobre el climaterio. Esta visibilidad ha tenido un efecto directo en la generación de presión social para la implementación de políticas inclusivas, el fortalecimiento de servicios de salud especializados y la incorporación del tema en la educación formal y comunitaria.

En Costa Rica, por el contrario, la menopausia sigue siendo un asunto tratado en silencio, con escasa presencia en las campañas de salud pública y casi nula cobertura en medios. Este vacío simbólico y discursivo refuerza los tabúes que históricamente han acompañado a esta etapa, generando desinformación, miedo, vergüenza y aislamiento en muchas mujeres. Además, esta invisibilización institucional también impacta negativamente en la toma de decisiones de política pública, ya que al no ser un tema presente en el imaginario colectivo ni en la opinión pública, se relega a un segundo plano en las prioridades del sistema de salud.

La falta de visibilidad también impide que las mujeres reconozcan sus derechos en esta etapa, dificultando el acceso a servicios y limitando la exigencia de mejoras. La ausencia de referentes positivos y de información accesible genera desconocimiento sobre los síntomas, los tratamientos disponibles y los recursos institucionales existentes, lo cual contribuye al subregistro de casos y a una baja utilización de servicios especializados. Esta realidad afecta especialmente a mujeres con menor nivel educativo o con menor acceso a medios digitales, quienes se enfrentan a un doble obstáculo: la falta de información y la escasa cultura del autocuidado.

Desde la perspectiva del objetivo de esta investigación, esta conclusión permite destacar que la visibilización del climaterio no es un simple acto simbólico, sino una estrategia fundamental de salud pública. Solo mediante su incorporación en el debate público, en la política sanitaria y en las narrativas sociales es posible construir una atención más oportuna, comprensiva y equitativa. Por ello, se vuelve imprescindible articular esfuerzos interinstitucionales entre el Ministerio de Salud, la CCSS, el INAMU, los medios de comunicación, las universidades y las organizaciones comunitarias para colocar el tema en el centro de la agenda nacional.

Finalmente, este proceso de visibilización también implica transformar la forma en que se concibe la menopausia. Se trata de pasar de una visión patologizante o decadente a una comprensión integral y positiva, que valore la sabiduría, la experiencia y la autonomía de las mujeres en esta etapa. Solo así se podrá construir una cultura del cuidado y del respeto hacia el proceso climatérico, que dignifique a quienes lo viven y promueva entornos sociales, laborales e institucionales más inclusivos.

**Recomendación : Desarrollar campañas nacionales de sensibilización y educación sobre el climaterio con enfoque de género, diversidad y derechos, articuladas con instituciones públicas (CCSS, INAMU, MS), medios y comunidades**

La implementación de campañas nacionales de sensibilización y educación sobre el climaterio debe ser considerada una prioridad dentro de las políticas públicas de salud. Estas campañas deben ser diseñadas de manera estratégica, multisectorial y con un enfoque interseccional que contemple las diferentes realidades que viven las mujeres costarricenses. Para ello, es indispensable articular acciones entre instituciones clave como la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), el Ministerio de Educación Pública (MEP) y los medios de comunicación públicos y privados.

Las campañas deben tener como objetivo principal desmitificar la menopausia, reducir el estigma y posicionar esta etapa de la vida como un proceso natural, digno de acompañamiento y atención integral. Para alcanzar este objetivo, es fundamental incluir testimonios reales de mujeres, información científica clara y accesible, y mensajes que promuevan la autoestima, la salud emocional y el autocuidado. Además, deben contemplar diversos formatos y canales de difusión, desde medios tradicionales como radio y televisión, hasta plataformas digitales, redes sociales y espacios comunitarios.

Una estrategia clave dentro de esta recomendación es incorporar el tema del climaterio en los programas educativos formales desde la secundaria, como parte de la educación para la vida, la salud integral y los derechos humanos. Esta inclusión permitirá sensibilizar a las nuevas generaciones, promover la equidad de género y naturalizar el diálogo sobre procesos biológicos como la menopausia, evitando así la reproducción de estigmas y prejuicios.

Asimismo, las campañas deben ser culturalmente pertinentes, es decir, adaptadas a las particularidades lingüísticas, sociales y territoriales del país. Esto implica desarrollar materiales y actividades dirigidas a poblaciones indígenas, afrodescendientes, rurales y migrantes, y realizar alianzas con liderazgos comunitarios, organizaciones de base y agrupaciones de mujeres. El enfoque de derechos debe ser transversal, promoviendo la autonomía, la autodeterminación y la participación activa de las mujeres en la construcción de sus propias narrativas sobre el climaterio.

Finalmente, se recomienda establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de impacto de estas campañas, con indicadores que permitan valorar cambios en el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de la población. Estos datos serán clave para ajustar estrategias, identificar buenas prácticas y asegurar la sostenibilidad de las acciones a largo plazo. Solo mediante una sensibilización estructurada, sostenida y articulada será posible avanzar hacia una sociedad más justa, informada y respetuosa de los procesos vitales de las mujeres.

**5.3.3 La atención interdisciplinaria es una práctica consolidada en Canadá que ha demostrado beneficios en salud, pero en Costa Rica aún no está sistemáticamente integrada en el sistema de salud**

El análisis comparativo desarrollado en esta investigación evidencia que el abordaje del climaterio y la menopausia en Canadá ha evolucionado hacia un modelo de atención interdisciplinaria, consolidado no solo desde la perspectiva clínica, sino también desde lo organizacional, territorial y comunitario. En este modelo, la atención a las mujeres en esta etapa no se limita a una sola consulta médica, sino que involucra una red de profesionales de distintas disciplinas —como ginecología, medicina general, psicología, enfermería, nutrición, trabajo social y salud comunitaria— que trabajan de manera coordinada para brindar un acompañamiento integral y continuo.

Los estudios revisados, particularmente el metaanálisis de Johnson et al. (2021), evidencian cómo este enfoque interdisciplinario mejora notablemente la calidad de vida de las pacientes. No solo permite una atención más empática y contextualizada, sino que también promueve el respeto por la autonomía, la corresponsabilidad en el proceso de atención y la construcción de vínculos terapéuticos sólidos. Además, la articulación entre los diferentes profesionales favorece el seguimiento oportuno, la detección precoz de comorbilidades y la adecuación del tratamiento a las necesidades específicas de cada mujer.

Por el contrario, en Costa Rica, aunque las guías institucionales reconocen la importancia de un abordaje integral, en la práctica clínica diaria la atención interdisciplinaria sigue siendo una excepción más que una regla. La mayoría de los servicios están organizados en función de especialidades médicas aisladas, con escasa articulación entre profesionales, tiempos de consulta reducidos y ausencia de mecanismos formales de coordinación entre los distintos niveles de atención. Esta fragmentación impacta negativamente en la calidad del servicio, genera duplicación de esfuerzos, y limita la capacidad de respuesta del sistema de salud ante las múltiples dimensiones del climaterio.

Además, en muchos centros de salud del país no existen los recursos humanos ni materiales para implementar un modelo interdisciplinario. La sobrecarga laboral, la escasez de personal y la falta de capacitación específica sobre climaterio dificultan aún más la posibilidad de establecer equipos integrados. Incluso en aquellos lugares donde coexisten diferentes profesionales, no siempre existen espacios comunes de trabajo, protocolos compartidos o reuniones clínicas interdisciplinarias que permitan una verdadera atención colaborativa.

Esta conclusión pone en evidencia que uno de los principales desafíos para el sistema costarricense no es tanto la formulación de políticas o guías clínicas, sino su implementación

operativa. Avanzar hacia un modelo interdisciplinario requiere no solo cambios organizativos, sino también un compromiso institucional sostenido, inversión en recursos humanos y materiales, y un cambio cultural dentro del sector salud. Además, implica reconocer que la salud de las mujeres en el climaterio no puede ser abordada desde un único ángulo clínico, sino que demanda una visión compleja, situada y con diálogo..

Desde el objetivo de esta investigación, que busca identificar las mejores prácticas implementables en el sistema de salud costarricense, el modelo canadiense ofrece múltiples elementos replicables. En particular, la formación de equipos comunitarios, la participación activa de las mujeres en la planificación del cuidado, la vinculación con organizaciones sociales y la orientación al territorio son aspectos que pueden ser adaptados progresivamente a la realidad nacional.

La atención interdisciplinaria no solo mejora los resultados clínicos, sino que también genera una mayor satisfacción usuaria, fortalece los vínculos institucionales y permite un uso más eficiente de los recursos disponibles. Por ello, esta investigación concluye que la consolidación de equipos interdisciplinarios en Costa Rica es no solo deseable, sino imprescindible para avanzar hacia un modelo de atención centrado en la mujer, integral y basado en derechos.

**Recomendación : Implementar programas piloto de atención interdisciplinaria en áreas con alta población femenina mayor, incorporando profesionales de distintas disciplinas y con rutas de atención coordinadas**

Con base en los hallazgos de esta investigación, se recomienda el diseño e implementación de programas piloto de atención interdisciplinaria para el abordaje del climaterio y la menopausia, con énfasis en regiones del país que concentren una alta población femenina en edad climática. Estos programas deben integrar equipos compuestos por médicos generales, ginecólogos, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, enfermeros y educadores en salud, que trabajen de forma coordinada bajo un enfoque biopsicosocial y centrado en la paciente.

El objetivo principal de estos programas es brindar una atención integral y continua, que responda de manera articulada a las múltiples dimensiones que atraviesan la experiencia del climaterio. Para ello, se debe establecer una ruta clínica clara, con protocolos compartidos entre los diferentes profesionales, tiempos definidos para el seguimiento conjunto, y

herramientas de evaluación comunes que permitan monitorear los avances y dificultades del proceso.

Además, estos programas piloto deben contemplar mecanismos de participación activa de las usuarias, mediante espacios de escucha, grupos de apoyo, actividades educativas y procesos de retroalimentación constante. Esta participación no solo mejora la pertinencia de los servicios, sino que también fortalece el vínculo entre las mujeres y el sistema de salud, incrementa la adherencia a los tratamientos y favorece el empoderamiento en salud.

Se sugiere también que los programas se implementen inicialmente en Áreas de Salud que cuenten con alguna infraestructura básica para la conformación de equipos interdisciplinarios, y que exista disposición institucional para innovar en los modelos de atención. La implementación debe ir acompañada de un proceso de capacitación continua, tanto técnica como en habilidades blandas, para todos los miembros del equipo, incluyendo formación en enfoque de género, atención centrada en la paciente, comunicación efectiva y salud mental.

Finalmente, se recomienda que estos programas piloto sean evaluados sistemáticamente mediante indicadores de proceso, resultado y satisfacción usuaria, con el fin de generar evidencia sobre su efectividad y viabilidad para su futura escalabilidad a nivel nacional. Esta evaluación debe contemplar tanto variables cuantitativas (como número de consultas, tiempos de espera, cumplimiento de citas) como cualitativas (percepción de calidad, experiencias de las mujeres, trabajo en equipo, etc.).

La implementación de esta recomendación permitiría al sistema de salud costarricense avanzar hacia un modelo más justo, equitativo y eficaz, en sintonía con los estándares internacionales y con las demandas de las mujeres en esta etapa de su vida.

#### **5.3.4 Aunque algunas de las alternativas no farmacológicas son recomendadas en guías costarricenses, su aplicación en la práctica clínica sigue siendo marginal.**

Del análisis de los documentos institucionales, estudios académicos y guías clínicas revisadas, se desprende que Costa Rica cuenta con un marco normativo que reconoce la importancia de un abordaje integral del climaterio, incluyendo tanto las terapias hormonales como no hormonales. Sin embargo, a pesar de esta orientación progresista en papel, en la práctica clínica cotidiana las alternativas no farmacológicas siguen siendo marginales, tanto en su

disponibilidad como en su aplicación efectiva. Esta brecha entre teoría y práctica constituye una de las limitaciones más relevantes del modelo actual de atención a la mujer climatérica en el sistema de salud costarricense.

La guía de la CCSS de 2009, así como su actualización en 2024, hacen mención explícita a intervenciones como la educación para el autocuidado, la atención psicológica, el ejercicio físico, la nutrición, el acompañamiento social y otras estrategias complementarias. No obstante, estas recomendaciones no se traducen de forma sistemática en programas accesibles, protocolizados ni integrados en los servicios de salud. En la mayoría de los establecimientos, la atención se limita a la oferta de tratamientos farmacológicos, especialmente la terapia hormonal sustitutiva (THS), sin una valoración estructurada de otras opciones posibles. Esto no solo reduce la eficacia del abordaje, sino que también desconoce la diversidad de preferencias, condiciones y necesidades de las mujeres.

La marginalización de las terapias no farmacológicas se explica por múltiples factores. En primer lugar, existe una carencia estructural de profesionales capacitados y de recursos materiales para ofrecer estos servicios de forma sostenida. La atención psicológica, por ejemplo, suele estar restringida a casos considerados clínicamente graves, dejando de lado su papel preventivo o de acompañamiento emocional en el proceso de transición menopáusica. Asimismo, las iniciativas de educación para la salud suelen depender de esfuerzos individuales o de proyectos aislados, sin contar con una política institucional clara que las respalde ni con mecanismos de evaluación que garanticen su continuidad.

En segundo lugar, persiste una visión medicalizante del climaterio, que tiende a reducir los síntomas a desbalances hormonales y a tratarlos exclusivamente con farmacoterapia. Esta lógica impide considerar la dimensión emocional, social y cultural del proceso, y contribuye a la invisibilización de estrategias no farmacológicas como parte válida del tratamiento. Tal como lo evidencian estudios como los de Charlton (2003), muchas mujeres sienten que su vivencia del climaterio es deslegitimada por el sistema de salud, al no ofrecerles opciones acordes con su contexto o al imponer soluciones sin una valoración integral de sus expectativas y condiciones.

Finalmente, la falta de coordinación entre niveles de atención, la ausencia de modelos de atención integrales y la débil articulación intersectorial dificultan la implementación de programas que combinen distintas estrategias de abordaje. Incluso cuando existen buenas

intenciones por parte del personal de salud, estas se ven limitadas por la rigidez institucional, la sobrecarga de trabajo y la falta de incentivos para la innovación. Esto se traduce en una atención fragmentada, centrada en la consulta médica y desconectada de otras instancias como la comunidad, los centros educativos o los espacios laborales.

Desde el punto de vista de los objetivos de esta investigación, se concluye que la falta de integración efectiva de alternativas no farmacológicas constituye una debilidad estructural del modelo costarricense de atención al climaterio. Superar esta limitación no solo implica diversificar la oferta terapéutica, sino también replantear el paradigma de atención, colocando en el centro a la mujer y su experiencia integral. Esto requiere voluntad política, formación profesional, adecuación institucional y participación activa de las mujeres en la construcción de servicios que respondan a sus necesidades reales.

Recomendación 4: Institucionalizar un modelo de atención integral que combine terapias hormonales y no hormonales, incluyendo educación en salud, psicología, actividad física y nutrición como parte regular de la atención

A partir de los hallazgos de esta investigación, se recomienda avanzar hacia la institucionalización de un modelo de atención integral para el climaterio y la menopausia, que no limite la atención a la terapia hormonal sustitutiva, sino que incorpore de manera sistemática y coordinada las terapias no farmacológicas como componentes regulares del proceso de atención. Este modelo debe sustentarse en tres pilares fundamentales: la diversificación terapéutica, la formación del personal y la articulación institucional.

La diversificación terapéutica implica reconocer que no todas las mujeres desean o pueden utilizar terapia hormonal, y que existen múltiples estrategias que han demostrado efectividad para mejorar la calidad de vida en esta etapa. Por tanto, el modelo debe incluir como parte de su oferta regular la asesoría nutricional, la psicoterapia individual o grupal, la actividad física adaptada, la educación para el autocuidado, el acompañamiento social y otras intervenciones culturalmente pertinentes. Estas estrategias deben estar integradas en la atención en todos los niveles, desde el primer contacto hasta los servicios especializados.

La formación del personal es otro componente clave. Para garantizar la aplicación efectiva de este modelo, se debe capacitar a los profesionales de salud en un enfoque biopsicosocial del climaterio, que supere la lógica reduccionista y promueva una atención centrada en la mujer. Esta capacitación debe incluir contenidos sobre salud mental, promoción de la actividad física,

alimentación saludable, herramientas de comunicación empática, y habilidades para el trabajo interdisciplinario. Asimismo, debe incorporar la perspectiva de género y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos como ejes transversales.

La articulación institucional, por su parte, es indispensable para dar sostenibilidad al modelo. Es necesario establecer alianzas entre la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), municipalidades, universidades, y organizaciones comunitarias, con el fin de coordinar esfuerzos, optimizar recursos y asegurar una atención continua y contextualizada. Esta articulación debe traducirse en rutas de atención claras, protocolos compartidos, espacios de derivación y seguimiento, y mecanismos de evaluación que permitan medir el impacto de las intervenciones.

Además, se recomienda que este modelo incluya componentes de promoción de la salud y prevención, mediante talleres comunitarios, campañas de sensibilización, materiales educativos y plataformas digitales que faciliten el acceso a información confiable. También deben generarse espacios de participación activa para las mujeres, donde puedan compartir experiencias, construir redes de apoyo y contribuir al diseño y evaluación de los servicios.

Para su implementación inicial, se sugiere desarrollar un plan piloto en áreas de salud con alta población femenina mayor, que permita ajustar el modelo según las condiciones locales, validar sus beneficios y escalarlo progresivamente a otras regiones. Este plan debe contar con financiamiento específico, indicadores de evaluación y un equipo coordinador responsable de su ejecución y monitoreo.

La institucionalización de este modelo contribuirá significativamente a reducir la brecha entre las guías normativas y la práctica clínica, mejorará la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y promoverá un sistema de salud más equitativo, inclusivo y sensible a las necesidades reales de la población femenina costarricense.

## CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NICE. Menopause: diagnosis and management. Reino Unido; 2019 [cited 2024 Septiembre]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>.
2. NHS. Management of the Menopause Guidelines.; 2024 [cited 2024 Septiembre]. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ntag.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/10/NENC-Menopause-guidance-FINAL-Sept-24-approved.pdf>.
3. Canadian Menopause Society. Pocket Guide Menopause Management. [cited 2024 Septiembre]. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.canadianmenopausesociety.org/sites/default/files/pdf/publications/Final-Pocket%20Guide.pdf>.
4. al. NAMKe. Perceptions of healthcare provision throughout the menopause in the UK: a mixed-methods study. npj Womens Health. 2023; 2.
5. Wolfman Wea. Guideline No. 422d: Menopause and Sexuality. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2021; 43(11): p. 1334-1341.
6. CCSS. Guías Manejo de la Mujer Adulta. [cited 2024 Septiembre]. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.binasss.sa.cr/revistas/farmacos/especial2009/art11.pdf>.
7. Tacsan MA. Salud de las mujeres de mediana edad: retos para los servicios de salud. Revista de Ciencias Sociales. 2003; IV(102): p. 95-106.
8. WHO. WHO. [Online]. [cited 2024 Octubre]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
9. INEC. Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950 -2050. INEC; 2008. Report No.: 9968-9840-5-1.
10. Aguilar ÁM. El climaterio en Costa Rica. Revista Médica de Costa Rica XLV. 1978; 35(462).
11. al. ERDe. Management of perimenopausal and menopausal symptoms. BMJ. 2023.
12. Botell Miguel , Ramírez Bermúdez M. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia. Revista Cubana Medicina General Integral 2008. 2008; 24(4).
13. H. Vélez P , Figueredo. Importancia histórica del climaterio y la menopausia. Revista Educación en Valores. Universidad de Carabobo. 2016; 2(26).
14. Johnstone RA, Cant MA. La Teoría de la Evolución y la menopausia. IntraMed. 2019 Marzo.
15. Cowie MR. National Institute for Health and Care Excellence. Eur Heart J. 2015; 36(4): p. 195.
16. al. MRe. Global consensus recommendations on menopause in the workplace: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. Maturitas. 2021 Septiembre; 151.
17. Mujeres, Climaterio, Menopausia y su abordaje desde las políticas públicas en salud, situación actual en la región de América Latina y el Caribe. Tesis Maestría. Facultad

Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Argentina, Programa Regional en Género y Políticas Públicas; 2023.

18. Currie DH, Abernethy , Hamoda MH. Vision for Menopause Care in the UK. [cited 2024 Octubre. Available from: <https://thebms.org.uk/publications/bms-vision>.
19. Lega MD MSc IC, Fine BSc , Lam Antoniades MD , Jacobson MD MHSc. A pragmatic approach to the management of menopause. *Canadian Medical Association Journal*. 2023 Mayo; 195(19).
20. Magraith , Jang. Management of menopause. *Australian Prescriber*. 2023 Octubre; 46(3).
21. Davis SR, Taylor , Hemachandra , Magraith , Ebeling PR, Jane , et al. The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause. 2023; 6.
22. Harper-Harrison G, Carlson Meaghan M. Sh K, M. Sh. Hormone Replacement Therapy.; 2024 [cited 2024 Octubre.
23. Torres Jiménez AP, Torres Rincó JM. Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2018.
24. Villamuza VJZ. Menopausia, Edad Crítica? *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*. ; 54.
25. Sánchez Escobar F, Rueda Beltz Z C, Vásquez Awad D, Moreno B, Barón G, Gómez Tabares G. Terapia Hormonal de la Menopausia en el año 2021. *Asociación Colombiana de Menopausia*.. 2021 Enero.
26. Holloway D. Holloway, D, MSc. (2018), realizaron el siguiente estudio “Menopause Symptom Management in the United Kingdom”. *Elsevier* . 2018; 53(2).
27. Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW, Shoupe , Budoff MJ, Hwang-Levine , et al. “Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol. *NEJM*. 2016.
28. Davis SR, Pinkerton , Santoro , Simoncini. Menopause-Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell*. 2023 Septiembre; 186(19): p. 4038-4050.
29. Blümel JE, Lavín P, Vallejo MS, Sarrá S. Menopause or climacteric, just a semantic discussion or has it clinical implications? *Climateric*. 2014 Junio; 17(3).
30. Sherry Sherman P. Defining the menopausal transition. *Elsevier* . 2005; 18(12).
31. Al Wattar BH, Talaulikar. Non-oestrogen-based and complementary therapies for menopause. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2024 Enero; 38(1).
32. Bacon JL. Transition, The Menopausal. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017 Junio; 44(22).
33. Bacon JL. The Menopausal Transition. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017 Junio; 44(2).
34. Greendale GA, Lee NP, Arriola ER. The menopause. *Lancet*. 1999.
35. Davis SR, Pinkerton , Santoro , Simoncini. Menopause—Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell*. 2023; 186(19).
36. Davis SR, Baber RJ. Treating menopause — MHT and beyond. *Nature Reviews Endocrinology*. 2022 Mayo;: p. 490–502.

37. 123RF. [Online]. [cited 2024 Octubre. Available from:  
[https://es.123rf.com/photo\\_119628093\\_gr%C3%A1fico-de-la-menopausia-nivel-de-estr%C3%B3geno-y-envejecimiento-fluctuaci%C3%B3n-de-las-hormonas-que-se.html](https://es.123rf.com/photo_119628093_gr%C3%A1fico-de-la-menopausia-nivel-de-estr%C3%B3geno-y-envejecimiento-fluctuaci%C3%B3n-de-las-hormonas-que-se.html).
38. Santoro , Roeca , A. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *Clin Endocrinol Metab*. 2021 Enero.
39. Gatenby , Simpson. Menopause: Physiology, Definitions, and Symptoms. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2024 Enero.
40. Tree AC, Harding , Bhangu , Krishnasamy , Morton , Stebbing , et al. The Need for Multidisciplinary in Specialist Training to Optimize Future Patient Care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2017 Noviembre; 14(8).
41. Mäurer , Staudacher , Meyer , Mäurer , Lazaridis , Müther , et al. Importance of Interdisciplinarity in Modern Oncology: Results of a National Intergroup Survey of the Young Oncologists United (YOU). *Cancer Res Clin Oncol*. 2023 Septiembre; 149(12).
42. Lucà , Abrignani MG, Oliva , Canale ML, Parrini , Murrone , et al. Multidisciplinary Approach in Atrial Fibrillation: As Good as Gold. *Journal of Clinical Medicine*. 2024; 13(16).
43. Bednarski BK, Taggart , George J. MDT-How it is important in rectal cancer. *Abdom Radiol (NY)*. 2023 Septiembre; 48(9).
44. Blachmanx NL, S Blaum. Integrating Care Across Disciplines. *Clin Geriatr Med*. 2016 Mayo; 32(2).
45. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care* 2024. 2024 Enero; 47(1).
46. Pinto E, Smith , DeWitt A, Laje , Dori. Multidisciplinary approach to patients with lymphatic conduction disorders. *Semin Pediatr Surg*. 2024 Junio; 33(3).
47. Colacurci , Perrone Filardi , Colao , Pasqualetti , Lenzi A. Sharing the Multidisciplinary Clinical Approach to Peri- And Postmenopausal Women: A Delphi Consensus Among Italian Gynecologists, Endocrinologists, and Cardiologists for an Integrated and Optimal Approach to Clinical Practice. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024 Agosto; 166(2): p. 682-691.
48. Lei YY, Ho SC, Cheng , Kwok , Cheung KL, He YQ, et al. The association between soy isoflavone intake and menopausal symptoms after breast cancer diagnosis: a prospective longitudinal cohort study on Chinese breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2020;: p. 167-180.
49. Kornstein SG, Pinkerton JV, Pace DT, Singer AJ, Kingsberg SA, Ellis LE, et al. Multidisciplinary Management of Menopause: Symposium Proceedings. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022 Agosto; 31(8).
50. Sydora BC, Yuksel , Velt NL, Marillier , Sydora CP, Yaskina , et al. Patient characteristics, menopause symptoms, and care provided at an interdisciplinary menopause clinic: retrospective chart review. *Menopause*. 2018 Enero; 25(1).
51. Marschner , Trarbach , Rauh J, Meyer , Müller-Hagen , Harde , et al. Quality of life in pre- and postmenopausal patients with early breast cancer: a comprehensive analysis from the prospective MaLife project. *Breast Cancer Res Treat*. 2019 Marzo; 175(3).

52. Lowy , Kasianchuk. Menopause, Weight, and Metabolic Health - Considerations for a Patient Centered, Multidisciplinary Approach. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2024 Abril;; p. 176-181.
53. Doubova SV, Infante-Castañeda C, Espinosa-Alarcón , Flores-Hernández , Martínez-Vega , Pérez-Cuevas. Effectiveness of an integrative health-care. *Climateric*. 2013.
54. Vélez Toral , Godoy-Izquierdo , Padial García , Lara Moreno , Mendoza Ladrón de Guevara , Salamanca Ballesteros , et al. Psychosocial interventions in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review of randomised and non-randomised trials and non-controlled studies. *Maturitas*. 2014 Febrero.
55. Espíritu del 48. Reseña histórica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). [cited 2024 Octubre. Available from: <https://elespiritudel48.org/resena-historica-de-la-caja-costarricense-de-seguro-social/>.
56. CCSS, CENDEISS. El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. CCSS, CENDEISS; 2004.
57. Al Wattar BH, Rogozińska , Vale C, Fisher , Petersen , Nicum , et al. Effectiveness and Safety of Menopause Treatments: Pitfalls of Available Evidence and Future Research Need. *Climacteric : The Journal of the International Menopause Society*. 2024 Abril; 38(1): p. 154-158.
58. Santoro. Perimenopause: From Research to Practice. *Journal of Women's Health*. 2022; 25(4).
59. Eden. ENDOCRINE DILEMMA: Managing Menopausal Symptoms After Breast Cancer. *European Journal of Endocrinology*. 2016; 174(3).
60. Aninye IO, Laitner MH, Chinnappan. Menopause preparedness: perspectives for patient, provider, and policymaker consideration. *Menopause*. 2021 Junio; 28(10).
61. Fenton , Smart C, Goldschmidt L, Price , Scott. Fat mass, weight and body shape changes at menopause - causes and consequences: a narrative review. *Climacteric*. 2023 Agosto; 26(4).
62. Locklear TDL, Doyle BJ, Perez AL, Wicks SM, Mahady GB. Menopause in Latin America: Symptoms, Attitudes, Treatments and Future Directions in Costa Rica. *Maturitas*. 2017 Octubre.
63. Unger JP, De Paepe , Buitrón , Soors. Costa Rica: Achievements of a Heterodox Health Policy. *American Journal of Public Health*. 2008 Abril.
64. Pesec , Ratcliffe H, Karlage A, Ratcliffe HL, Karlage , Hirschhorn LR, et al. Primary Health Care That Works: The Costa Rican Experience. *Health Affairs (Project Hope)*. 2017.
65. Koysombat , Mukherjee , Nyunt , Pedder , Vinogradova , Burgin , et al. Factors Affecting Shared Decision-Making Concerning Menopausal Hormone Therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2024.
66. Tserotas , Hernandez , Morera , Pineda , Chedraui. Treatment for the menopause in Central America: use, knowledge, perceptions and attitudes among urban living middle-aged women. *Gynecol Endocrinol*. 2011 Julio.

67. Thomas DC. HITO EN SALUD PÚBLICA. [Online]. [cited 2024 Octubre. Available from: [https://isg.org.ar/nhs-un-hito-en-la-salud-publica-mundial/#:~:text=EI%20National%20Health%20Service%20\(NHS,la%20salud%20de%20los%20habitantes.](https://isg.org.ar/nhs-un-hito-en-la-salud-publica-mundial/#:~:text=EI%20National%20Health%20Service%20(NHS,la%20salud%20de%20los%20habitantes.)
68. Dennis , Hobson. Working Well: Mitigating the Impact of Menopause in the Workplace - A Narrative Evidence Review. *Maturitas*. 2023 Noviembre.
69. Hobson , Dennis. "I can't be dealing with this brain fog": A workplace focus group study investigating factors underpinning the menopausal experience for NHS staff. *Maturitas*. 2024 Febrero.
70. Cohen PA, Brennan , Marino JL, Saunders CM, Hickey. Managing menopausal symptoms after breast cancer - A multidisciplinary approach. *Maturitas*. 2017 Noviembre.
71. Jermyn D. Everything you need to embrace the change': The 'menopausal turn' in contemporary UK culture. 2023 Marzo.
72. Willman , King K. Serving Through the Perimenopause: Experiences of Women in the UK Armed Forces. *Maturitas*. 2023 Marzo; 169: p. 35-39.
73. Stute , Ceausu , Depypere , Lambrinouadaki , Mueck , Pérez-López FR, et al. A model of care for healthy menopause and ageing: EMAS position statement. *Maturitas*. 2016 Octubre.
74. Adelekan-Kamara , Hareef Asunramu M, Bhullar , Duah-Asante KA, Leedham-Green , Madaan , et al. Factors underpinning an improved menopausal experience in the workplace for doctors: a UK-based qualitative study. *BMJ Open*. 2023 Marzo.
75. Johnson JM, Hermosura BJ, Price SL, Gougeon. Factors influencing interprofessional team collaboration when delivering care to community-dwelling seniors: A metasynthesis of Canadian interventions. *J Interprof Care*. 2021 Mayo.
76. Martin-Misener , T Wong , Johnston , Blackman , Scott , Hogg , et al. Regional variation in primary care improvement strategies and policy: case studies that consider qualitative contextual data for performance measurement in three Canadian provinces. *BMJ Open*. 2019 Octubre; 9(10).
77. Dominika Wranik , Haydt SM, Katz , Levy AR, Korchagina , Edwards JM, et al. Funding and remuneration of interdisciplinary primary care teams in Canada: a conceptual framework and application. *BMC Health Services Research* volume. 2015 Mayo.
78. Sydora BC, Yuksel N, Chadha V, Battochio , Reich-Smith , Hagen , et al. Change Over Time in Patient-Reported Symptoms and Quality of Life in Edmonton Interdisciplinary Menopause Clinics: Preliminary Cohort Study of Clinic Patients and Waitlist Patients. *Menopause*. 2019.
79. Donohoe , O'Meara , Roberts , Comerford , Kelly CM, Walshe JM, et al. Multimodal, Technology-Assisted Intervention for the Management of Menopause after Cancer Improves Cancer-Related Quality of Life—Results from the Menopause after Cancer (Mac) Study. *Cancers*. 2024 Noviembre; 16(6).

80. Wong , Yip B, Gao T. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) or Psychoeducation for the Reduction of Menopausal Symptoms: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Scientific Reports*. 2024 Junio.
81. Thompson EA. *Alternative and Complementary Therapies for the Menopause: A Homeopathic Approach*. Maturitas. 2010 Agosto.
82. Roberts , Hickey. *Managing the Menopause: An Update*. Maturitas. 2016 Abril.
83. Bélisle , Blake , Basson , Desindes , Graves , Grigoriadis , et al. Canadian Consensus Conference on menopause, 2006 update. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006 Febrero.
84. McFeeters C, Pedlow K, McGinn D, McConnel K. A rapid review of menopausal education programmes. *Archives of Women's Mental Health*. 2024 Febrero; 27: p. 975–983.
85. Bouteaud , Shaltout , Christakis MK, Murtaza , Wolfman , Shirreff. Impact of a 12-Minute Educational Video Prior to Initial Consultation in a Mature Women's Health and Menopause Clinic. *Menopause*. 22; 29(7).
86. Cooper Bailey , N Andrews , C Halton , Wolf MS. Evaluation of a Discussion Guide to Promote Patient Understanding of Menopause and Informed Treatment Decision-Making. *Womens Health (Larchmt)*. 2020 Agosto.
87. Dayaratna , Sifri , Jackson , Powell , Sherif , DiCarlo , et al. Preparing Women Experiencing Symptoms of Menopause for Shared Decision Making About Treatment. *Menopause*. 2021 Julio.
88. Armeni , Paschou SA, Goulis DG, Lambrinoudaki. Hormone therapy regimens for managing the menopause and premature ovarian insufficiency. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2021 Diciembre.
89. Kaunitz AM, Manson JE. Management of Menopausal Symptoms. *Obstet Gynecol*. 2015 Octubre.
90. Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE. Management of Menopausal Symptoms: A Review. *JAMA*. 2023 Febrero.
91. Hill DA, Crider , Hill SR. Hormone Therapy and Other Treatments for Symptoms of Menopause. *Am Fam Physician*. 2016 Diciembre;; p. 884-889.
92. Chang JG, Lewis MN, Wer MC. Managing Menopausal Symptoms: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2023 Julio.
93. Lobo RA, Gompel. Management of Menopause: A View Towards Prevention. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022 Junio.
94. Hernández-Sampieri. *Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta INTERAMERICANA MH*, editor.; 2018.
95. María Martínez Montaña. *Metodología de la investigación para el área de la salud McGRAW* , editor.; 2013.
96. Fatima , Rasheed. The unmet needs of menopausal women in primary care. *Br J Gen Pract*. 2024 Junio.
97. Genazzani AR, Monteleone , Giannini. Hormone therapy in the postmenopausal years: considering benefits and risks in clinical practice. *Human Reproduction Update*. 2021 Noviembre; 27(6).

98. Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal. Revista médica sinergia. 2023; 8(1).
99. Charlton MSD. CLIMATERIO Y MENOPAUSIA, UNA MIRADA DE GÉNERO. Enfermería Actual en Costa Rica. 2004 Septiembre; 3(6).

## **ANEXO A**

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
NICE committee/NICE guidelines/2019	(1)	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Guía	5	N/A	Esta guía se enfoca en el diagnóstico y manejo de la menopausia, incluidas mujeres que tienen insuficiencia prematura de ovario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados individualizados, diagnóstico de perimenopausia y menopausia, información y consejos, manejo y síntomas, beneficios y riesgos de la TRH a largo plazo, diagnóstico y manejo prematuro de la insuficiencia ovárica.</li> </ul>
SOGC, IMS, NAMS, ES/2023/	(3)	POCKET GUIDE MENOPAUSE MANAGEMENT	Guía	5	N/A	Recopilación de evidencia científica, la estructuración clara del contenido, la validación con expertos y el diseño accesible para el usuario	demostró ser una herramienta eficaz para empoderar a las mujeres en su gestión de la menopausia, destacando la necesidad de apoyo continuo y recursos accesibles.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						final.	
Martin-Key et al/Nature/ (2023),	(4)	Perceptions of healthcare provision throughout the menopause in the UK: a mixed-methods study	Investigación sistemática	1	952 pacientes	Descriptiva	En conjunto, los resultados de este estudio destacan la necesidad de mejoras inmediatas en la prestación de servicios de atención sanitaria para las mujeres que atraviesan la menopausia y la transición a la menopausia en el Reino Unido.
Wolfman et al./ Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada /(2021)	(5)	GuidelineNo.422d:Menopause and Sexuality	Guías técnicas	5	N/A	El artículo de Wolfman et al. revisa la literatura sobre la menopausia y la sexualidad, analizando intervenciones y tratamientos para mejorar la salud sexual de las mujeres posmenopáusicas. Se concluye que	Las estrategias de tratamiento deben ser individualizadas y centradas en el paciente, con un enfoque en la educación y la reevaluación continua para abordar los desafíos sexuales durante la menopausia, promoviendo así el bienestar general de las mujeres. Se concluye que una atención integral y personalizada, que

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						una atención integral y personalizada, que incluya terapias hormonales y no hormonales, puede mejorar la función sexual y la calidad de vida, destacando la importancia de la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes.	incluya terapias hormonales y no hormonales, puede mejorar la función sexual y la calidad de vida, destacando la importancia de la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes.
Erin.R.Duralde et al/BMJ/2022	(11)	Management of perimenopausal and menopausal symptoms	Revisión bibliográfica	5	N/A	El artículo de Duralde et al. revisa la literatura sobre el manejo de síntomas perimenopáusicos y menopáusicos, evaluando diversas opciones de tratamiento, incluidas las terapias hormonales y no	Se concluye que un enfoque personalizado en el manejo de los síntomas es fundamental, y que las terapias hormonales son efectivas para muchos síntomas, aunque las alternativas no hormonales también son válidas.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						hormonales, a través de estudios clínicos y guías de práctica, con un enfoque en la calidad de vida de las mujeres durante esta etapa.	
Rufus A. Johnstone, Michael A. Cant/ Intramed /2019	(14)	La Teoría de la Evolución y la menopausia	Revisión bibliográfica	5	N/A	Examina la menopausia a través de la perspectiva de la teoría de la evolución, analizando estudios teóricos y empíricos sobre la función de la menopausia en el contexto evolutivo. Se evalúan diferentes hipótesis sobre su aparición y el impacto en la fitness reproductiva y la longevidad de las	Los autores concluyen que la menopausia puede tener ventajas evolutivas al permitir que las mujeres inviertan en la crianza de sus descendientes y en la transmisión de conocimientos. Los resultados sugieren que entender la menopausia desde esta perspectiva evolutiva puede ofrecer nuevas ideas sobre su significado y manejo en la salud femenina.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						mujeres.	
Margaret Rees /Elsevier /2021	(16)	Global consensus recommendations on menopause in the workplace: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement/	Revisión bibliográfica	5	N/A	El artículo de Margaret Rees ofrece recomendaciones consensuadas sobre la menopausia en el lugar de trabajo, fundamentadas en una revisión de literatura y la experiencia de la EMAS. Se identifican las necesidades de las trabajadoras y se proponen mejores prácticas para su bienestar	Las organizaciones deben implementar políticas que respondan a las necesidades de las mujeres menopáusicas, promoviendo educación y sensibilización. Un entorno laboral comprensivo mejora la calidad de vida y la productividad, subrayando la importancia de la comunicación abierta y el apoyo organizacional.
María Sol East Goenaga/2023	(17)	Mujeres, Climaterio, Menopausia y su abordaje desde las políticas públicas en salud.	Tesis	5	N/A	Se analiza la menopausia y el climaterio desde las políticas públicas en salud, empleando un	Las políticas públicas deben abordar integralmente la menopausia y el climaterio, reconociendo su impacto en la salud de

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						<p>enfoque cualitativo. Se revisaron documentos de políticas y literatura científica para evaluar su integración en las estrategias de salud pública y los desafíos que enfrentan.</p>	<p>las mujeres. Se proponen mejorar la formación de los profesionales de la salud, fomentar la sensibilización social y garantizar el acceso a servicios adecuados durante esta etapa.</p>
Heather Currie et al//2021	(18)	Vision for menopause care in the UK	Guía	5	N/A	Descriptivo	<p>En conclusión BMS Visión para la atención de la menopausia en el Reino Unido es una aspiración práctica y alcanzable que apoyará profesionales sanitarios la información, la formación, la educación y Se requiere liderazgo para ayudar a las mujeres a manejar la menopausia. y post reproductivas de sus etapas media y vida posterior</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Iliana C et al/CMAJ/ 2023	(19)	CPD A pragmatic approach to the management of menopause	Revisión bibliográfica	1	N/A	presenta un enfoque pragmático para el manejo de la menopausia, basado en una revisión de la literatura y la evaluación de prácticas clínicas actuales. Se recopilan datos de estudios recientes y se analizan las experiencias de profesionales de la salud para desarrollar recomendaciones prácticas.	Se concluye que un enfoque personalizado en el manejo de la menopausia puede mejorar la calidad de vida de las mujeres, enfatizando la importancia de la comunicación entre pacientes y proveedores
Karen Magraith, Christina Jang//2023	(20)	Management of menopause	Revisión bibliográfica	5	N/A	revisa las estrategias actuales para el manejo de la menopausia, utilizando un enfoque basado en la evidencia. Se	Se concluye que un manejo efectivo de la menopausia requiere un enfoque personalizado que considere las necesidades y preferencias individuales de las

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						<p>analizan estudios clínicos y guías de práctica para identificar las opciones de tratamiento más efectivas y adecuadas para las mujeres durante esta transición.</p>	<p>pacientes. Los resultados destacan que las terapias hormonales y no hormonales son fundamentales para aliviar los síntomas, mejorando así la calidad de vida de las mujeres en esta etapa.</p>
S. R. Davis et al/ Climacteric journal /2023	(21)	The 2023 Practitioner’s Toolkit for Managing Menopause,	Análisis sistemático	1	N/A	<p>presenta una guía práctica para el manejo de la menopausia, basada en la revisión de la literatura reciente y la recopilación de evidencia clínica.</p>	<p>Se concluye que la implementación de un enfoque estructurado y basado en evidencia es esencial para el manejo efectivo de la menopausia</p>
Gina Harper-Harrison et al//2024	(22)	Hormone Replacement Therapy	Revisión sistemática	1	N/A	<p>El artículo de Gina Harper-Harrison et al. examina la terapia de reemplazo hormonal (TRH) a través de una</p>	<p>Se concluye que la TRH es una opción efectiva para aliviar los síntomas menopáusicos y mejorar la calidad de vida, siempre que se administre de manera individualizada.</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						revisión sistemática de estudios clínicos y guías de tratamiento.	
CCSS/2024	(6)	CCSS, GUIAS DE MANEJO DE LA MUJER ADULTA, 2009	Guía	5	N/A	Fue desarrollada con una metodología basada en la revisión sistemática de literatura científica y consenso de expertos en salud de la mujer. El proceso metodológico incluyó la identificación de temas prioritarios para la salud de la mujer adulta en Costa Rica, especialmente en áreas de atención clínica como el climaterio y la	resaltó la importancia de un enfoque integral y la coordinación entre niveles de atención para optimizar el manejo del climaterio y menopausia, así como la capacitación continua del personal de salud. Concluyó que personalizar las intervenciones y educar a las mujeres en salud son clave para mejorar su calidad de vida en esta etapa.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						menopausia. Se realizó un análisis exhaustivo de estudios y guías internacionales para establecer un marco adaptado al contexto costarricense.	
Mayra Achío Tacsan/Revista UCR/2003.	(7)	Salud de las mujeres de mediana edad: retos para los servicios de salud	Revisión bibliográfica	5	N/A	Consiste en una revisión bibliográfica de estudios previos sobre la salud de las mujeres de mediana edad, con énfasis en el climaterio y las enfermedades comunes asociadas. A partir de esta revisión, se analizan las problemáticas de salud de las mujeres en Costa Rica y se destacan	Los resultados del artículo de Mayra Achío Tacsan (2003) muestran que las mujeres de mediana edad en Costa Rica, especialmente de estratos medios bajos, padecen enfermedades comunes de la edad como hipertensión, diabetes y osteoporosis, pero no le dan importancia a los síntomas asociados con la menopausia, como bochornos, sudoración e insomnio. Además, se evidenció una atención insuficiente a estas

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						las deficiencias en la atención a los síntomas de la menopausia.	problemáticas en los servicios de salud.
Álvaro Mora Aguilar/Revista médica de Costa Rica XLV/1978	(10)	El climaterio en Costa Rica	Cohorte	4	130 pacientes	Investigación descriptiva. A través de cuestionarios estructurados y la recopilación de datos clínicos, se evaluaron los síntomas, condiciones de salud y factores asociados al climaterio en esta población, permitiendo un análisis estadístico de los resultados para identificar patrones y prevalencia de síntomas menopáusicos en el contexto	Los resultados del estudio de Álvaro Mora Aguilar (1978) indicaron que las mujeres en climaterio en Costa Rica experimentaban síntomas comunes como bochornos, cambios de humor, y problemas de sueño, además de una alta prevalencia de condiciones como hipertensión y osteoporosis. Las conclusiones subrayaron la importancia de una atención médica especializada para esta etapa de la vida y la necesidad de desarrollar programas de salud que respondan específicamente a los

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						costarricense.	síntomas y riesgos asociados al climaterio, mejorando así la calidad de vida de las mujeres costarricenses.
Davis SR et al/Cell/2023	(28)	Menopause-Biology, Consequences, Supportive Care, and Therapeutic Options.	Revisión bibliográfica	5	N/A	El artículo sobre la menopausia aborda su biología, consecuencias y opciones terapéuticas mediante una revisión integral de la literatura científica y estudios recientes. Se analizan diferentes enfoques de atención y tratamiento, así como el apoyo necesario para las mujeres durante esta etapa.	Se concluye que la menopausia implica múltiples cambios biológicos y consecuencias en la salud, lo que requiere un enfoque multidisciplinario para su manejo. Los resultados destacan la importancia de las opciones terapéuticas y el apoyo integral para mejorar la calidad de vida de las mujeres,

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Santoro N et al/ The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism /2021	(38)	The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options.	Revisión bibliográfica	5	N/A	Este mini revisión analiza la patofisiología de la menopausia y su manejo mediante una búsqueda en Medline, revisando 758 publicaciones de estudios epidemiológicos y de fisiología reproductiva. Se enfoca en los síntomas y condiciones asociados con la transición menopáusica y su impacto en la calidad de vida.	Los resultados indican que la transición menopáusica causa síntomas significativos, como alteraciones vasomotoras y del estado de ánimo, y revela disparidades raciales y socioeconómicas en su severidad y frecuencia. Se concluye que, aunque la terapia hormonal puede ser efectiva para los síntomas peri-menopáusicos, su uso está limitado por preocupaciones sobre riesgos de salud en mujeres mayores y con tiempo postmenopáusico prolongado.  4o mini

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Gatenby C, Simpson P./ Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism /2023	(39)	Menopause: Physiology, Definitions, and Symptoms.	Revisión bibliográfica	5	N/A	Examina la transición menopáusica y su manejo a través de una revisión de la literatura que aborda los cambios hormonales y sus síntomas asociados. Se analizan diversas opciones de tratamiento, incluidas modificaciones en el estilo de vida, terapias conversacionales, suplementos dietéticos y medicamentos prescritos, como la terapia de reemplazo hormonal.	Los resultados destacan que la menopausia puede causar una variedad de síntomas que afectan la calidad de vida de las mujeres durante una tercera parte de su vida. Se concluye que es crucial comprender y tratar estos síntomas para mitigar el impacto negativo de la menopausia, lo que representa un desafío tanto para los pacientes como para los clínicos

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Mäurer M/ Journal of Cancer Research and Clinical Oncology /2023	(41)	Importance of Interdisciplinarity in Modern Oncology: Results of a National Intergroup Survey of the Young Oncologists United (YOU).	Estudio descriptivo	4	294	Investigación cuantitativa	Los resultados indican que el 90.7% de los participantes considera que el trabajo interdisciplinario es fundamental en su práctica clínica diaria, y el 78.9% desea aumentar esta colaboración. A pesar de que casi la mitad de ellos nunca ha participado en un proyecto de investigación interdisciplinario, el 80.1% se mostró interesado en hacerlo en el futuro.
Colacurci N/ International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. /2024	(47)	Sharing the Multidisciplinary Clinical Approach to Peri- And Postmenopausal Women: A Delphi Consensus Among Italian Gynecologists, Endocrinologists, and Cardiologists for an Integrated and Optimal Approach to Clinical Practice.	Estudio cualitativo	5	25 cardiólogos, 25 endocrinólogos, and 25 ginecólogos	Delphi	Los resultados destacan la necesidad de evaluar comorbilidades y la privación hormonal en mujeres perimenopáusicas, utilizando herramientas como el IMC y pruebas endocrino-metabólicas para valorar el riesgo cardiovascular,

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							especialmente en candidatas a terapia de reemplazo hormonal (TRH). Las conclusiones señalan que, aunque la TRH puede mejorar el metabolismo lipídico y reducir la resistencia a la insulina, debe ser personalizada según las comorbilidades y el riesgo de trombosis de cada mujer.
Lowy L, Kasianchuk A/ Current Opinion in Obstetrics & Gynecology./2023	(52)	Menopause, Weight, and Metabolic Health - Considerations for a Patient Centered, Multidisciplinary Approach	Revisión bibliográfica	5	N/A		
CCSS	(56)	El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud	Guía	5	N/A	Se basa en un enfoque sistemático para la recolección y análisis de datos relevantes sobre el sector salud. Se llevaron a cabo	Los resultados de la guía indican que el Sistema Nacional de Salud en Costa Rica presenta fortalezas en cobertura y acceso, pero también enfrenta desafíos en términos de calidad y

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						revisiones documentales de normativas, estadísticas de salud y evaluaciones previas, junto con consultas a expertos en salud pública y gestión sanitaria.	eficiencia de los servicios. Las conclusiones subrayan la necesidad de implementar estrategias integrales que aborden las disparidades en salud, mejoren la coordinación interinstitucional y optimicen el uso de recursos, promoviendo un sistema más moderno y resiliente que responda adecuadamente a las necesidades de la población.
Aninye IO, Laitner MH, Chinnappan S/Menopause (New York, N.Y.)/2021	(60)	Menopause Preparedness: Perspectives for Patient, Provider, and Policymaker Consideration.	Estudio cualitativo	5	N/A	Reunión de un grupo de trabajo de 13 expertos convocados por la Society for Women's Health Research, quienes discutieron las actualizaciones en investigación, práctica clínica y	El estudio reveló brechas significativas en la atención y educación sobre la menopausia, destacando la falta de comprensión que dificulta el manejo de los síntomas. Se concluyó que es fundamental implementar un enfoque estandarizado y políticas que eliminen barreras para mejorar la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						políticas relacionadas con la menopausia. A través de debates y consenso, se identificaron temas clave y recomendaciones para abordar las necesidades no satisfechas en atención clínica, educación y acceso a tratamientos	calidad de vida de las personas durante esta transición.
Koysoombat K, Mukherjee A, Nyunt S, et al/Annals of the New York Academy of Sciences/2024.	(65)	Factors Affecting Shared Decision-Making Concerning Menopausal Hormone Therapy.	Revisión bibliográfica	5	N7A	Consiste en una revisión narrativa que busca resumir la evidencia sobre los factores que afectan la toma de decisiones en el uso de la terapia hormonal de menopausia (MHT). Se realizó una búsqueda en	os resultados revelan que el 80% de las mujeres experimentan síntomas de menopausia, con una duración que puede alcanzar hasta 12 años, lo que complica la gestión de la terapia hormonal (MHT). En conclusión, se destaca la necesidad de un enfoque individualizado y una mejor comunicación

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						Medline de publicaciones relevantes entre enero de 2000 y noviembre de 2022, utilizando términos específicos relacionados con la menopausia y la toma de decisiones sobre MHT.	en la toma de decisiones compartidas entre pacientes y profesionales de salud para optimizar la atención durante esta transición.
Dennis N, Hobson G./Maturitas./2023	(68)	Working Well: Mitigating the Impact of Menopause in the Workplace - A Narrative Evidence Review.	Revisión bibliográfica	5	N/A	La metodología del artículo consistió en una revisión de la literatura, donde se realizaron búsquedas en las bases de datos PsycINFO, Medline y Embase para identificar estudios publicados en inglés entre 2012 y 2023.	En cuanto a los resultados y conclusiones, se encontraron mejoras en el bienestar de las mujeres y su capacidad para manejar los síntomas, aunque no se reportaron mejoras significativas en la capacidad laboral. Se destacó la necesidad de más evaluaciones de alta calidad sobre intervenciones diseñadas para apoyar a las mujeres

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							en el lugar de trabajo, ya que actualmente la evidencia sobre la efectividad de estas intervenciones es limitada.
Jermyn D./ Journal of Aging Studies./ 2023	(71)	'Everything You Need to Embrace the Change': The 'Menopausal Turn' in Contemporary UK Culture.	Revisión bibliográfica	5	N/A	Estudio Cualitativo	La atención creciente sobre la menopausia, impulsada por celebridades, es positiva, pero algunos profesionales advierten sobre la sobre medicalización del tema. Es esencial promover un diálogo interdisciplinario que aborde sus implicaciones sociales y económicas, asegurando que se escuchen diversas voces en la conversación cultural.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Hobson G, Dennis N./Maturitas./ 2024	(69)	I Can't Be Dealing With This Brain Fog": A Workplace Focus Group Study Investigating Factors Underpinning the Menopausal Experience for NHS Staff.	Revisión sistemática	1	14	Este estudio se centra en la experiencia de mujeres en el lugar de trabajo, utilizando grupos focales para obtener una comprensión profunda de sus vivencias y el apoyo recibido. La metodología cualitativa permite explorar en detalle las opiniones y sentimientos de las participantes	Los empleadores deben proporcionar apoyo a las trabajadoras con síntomas menopáusicos para reducir ausencias y mejorar la retención. Se recomienda fomentar una cultura abierta sobre la menopausia, establecer espacios de apoyo entre colegas y utilizar políticas flexibles para ayudar a todas las empleadas a gestionar su bienestar.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Willman A, King K./Maturitas./ 2023	(72)	Serving Through the Perimenopause: Experiences of Women in the UK Armed Forces.	Revisión bibliográfica	5	N/A	La metodología incluyó una encuesta de métodos mixtos que exploró las experiencias de mujeres en las Fuerzas Armadas del Reino Unido durante la perimenopausia, identificando siete temas clave como la adaptación laboral y el acceso a atención médica.	El artículo destaca que las mujeres en las Fuerzas Armadas enfrentan importantes desafíos relacionados con la perimenopausia, que afectan su bienestar y carreras. Se concluye que es necesario implementar cambios en las políticas de salud y empleo para brindar un mejor apoyo durante esta transición.
Adelekan-Kamara Y, Asunramu MH, Bhullar K, et al/BMJ Open/ 2023	(74)	Factors Underpinning an Improved Menopausal Experience in the Workplace for Doctors: A UK-based Qualitative Study.	Revisión sistemática	1	4	Estudio cualitativo, semiestructurado, en el que se realizaron entrevistas y análisis temáticos..	

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
<p>Fatima U, Rasheed R/ The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners. /2024</p>	(96)	<p>The Unmet Needs of Menopausal Women in Primary Care.</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>1</p>	<p>73</p>	<p>Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia mediante encuestas para evaluar los síntomas peri- y menopáusicos en mujeres.</p>	<p>y analizaron las respuestas de 73 mujeres que completaron el cuestionario. Se calcularon porcentajes para cada categoría de síntomas y se evaluó la autoevaluación del conocimiento sobre terapias y el apoyo recibido.</p>
<p>Johnson JM, Hermosura BJ, Price SL, Gougeon L/ Journal of Interprofessional Care. /2021</p>	(75)	<p>Factors Influencing Interprofessional Team Collaboration When Delivering Care to Community-Dwelling Seniors: A Metasynthesis of Canadian Interventions.</p>	<p>Metaanálisis</p>	<p>1</p>	<p>N/A</p>	<p>El estudio se llevó a cabo mediante una <b>meta-síntesis</b> de artículos cualitativos que analizan intervenciones comunitarias con equipos interprofesionales en Canadá, publicados entre 2005 y 2018. Se realizaron búsquedas en seis</p>	<p>El metaanálisis identificó que la colaboración efectiva en equipos interprofesionales depende de factores clave como la confianza y el respeto, la comunicación y una visión compartida. Los subtemas, como la claridad en los roles profesionales y los objetivos comunes, son esenciales para el trabajo colaborativo. P</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						bases de datos (Medline, CINAHL, Sage, JSTOR, ProQuest, Web of Science) para identificar estudios revisados por pares sobre prácticas de atención coordinada para personas mayores que viven en la comunidad	
McFeeters C, Pedlow K, McGinn D, McConnell K./Archives of Women's Mental Health. /2024	(84)	A Rapid Review of Menopausal Education Programmes.	Investigación sistemática	1	N/A	Este estudio utilizó la metodología de revisión rápida de Cochrane para evaluar la efectividad de programas de educación sobre la menopausia en la mejora del conocimiento, los síntomas y la	La revisión identificó que los programas de educación sobre la menopausia son efectivos para mejorar el conocimiento, los síntomas y la calidad de vida de las mujeres, destacando la importancia de abordar temas como los signos, el tratamiento y los factores de estilo de vida.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						calidad de vida de las mujeres.	
Armeni E, Paschou SA, Goulis DG, Lambrinoudaki I.  Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism. 2021	(88)	Hormone Therapy Regimens for Managing the Menopause and Premature Ovarian Insufficiency.	Revisión bibliográfica	5	N/A	La metodología del artículo se basa en una revisión sistemática de la literatura sobre la menopausia, incluyendo la búsqueda de estudios relevantes en PubMed desde 2012 hasta 2022. Se priorizó la selección de estudios según el nivel de evidencia, tamaño de muestra y actualidad.	Las pacientes en tratamiento hormonal deben esperar 12 meses de amenorrea sin hormonas para confirmar la menopausia, aunque muchas no toleran este período. A pesar de que los síntomas vasomotores suelen disminuir eventualmente, pueden persistir más de 10 años. Para aquellas con síntomas severos, se puede considerar extender el tratamiento hormonal o explorar alternativas no hormonales.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
<p>Lobo RA, Gompel A.</p> <p>The Lancet. Diabetes &amp; Endocrinology. 2022</p>	(93)	<p>Management of Menopause: A View Towards Prevention.</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>5</p>	<p>N/A</p>	<p>El artículo revisa el impacto de la menopausia en la salud metabólica y cardiovascular, destacando la importancia de implementar estrategias preventivas, incluyendo la terapia hormonal en mujeres posmenopáusicas jóvenes. Se centra en ofrecer recomendaciones basadas en evidencia para el manejo de síntomas y enfermedades asociadas a la menopausia.</p>	<p>La menopausia presenta una oportunidad crucial para implementar estrategias preventivas que mejoren la calidad de vida y reduzcan la mortalidad en mujeres. La terapia hormonal es una opción efectiva para el manejo de síntomas y la prevención de enfermedades crónicas, especialmente cuando se inicia en mujeres menores de 60 años. Es fundamental reconocer el impacto de la menopausia en la salud a largo plazo y fomentar intervenciones adecuadas durante esta etapa de la vida.</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Genazzani AR, Monteleone P, Giannini A, Simoncini T/.  Human Reproduction Update./ 2021	(97)	Hormone Therapy in the Postmenopausal Years: Considering Benefits and Risks in Clinical Practice.	Revisión bibliográfica	5	N/A	El artículo se basa en una revisión de la literatura clínica sobre los efectos de la terapia hormonal (HT) en mujeres posmenopáusicas. Se realizó una búsqueda en PubMed de ensayos clínicos utilizando términos relacionados con hormonas y menopausia	La terapia hormonal es efectiva para aliviar los síntomas menopáusicos y prevenir fracturas, con beneficios que superan los riesgos en mujeres que la inician pronto tras la menopausia. Se recomienda personalizar el tratamiento y realizar reevaluaciones regulares para garantizar que los beneficios sigan superando los riesgos.  4o mini
Dr. Christopher Guerrero Hines et al/ Revista Sinergia/2023	(98)	Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal	Revisión bibliográfica	5	N/A	Estudio observacional descriptivo	Un enfoque holístico y adaptado a las necesidades individuales es crucial para mejorar la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos de los

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							tratamientos disponibles.
MSc. Delfina Charlton2/Revista enfermería actual en Costa Rica/ 2003	(99)	Climaterio y menopausia, una mirada de género.	Revisión bibliográfica	5	N/A	Revisión bibliográfica teórica	En Costa Rica, muchas mujeres buscan vivir el climaterio y la menopausia de manera más vital y constructiva, enfocándose en la calidad de vida mediante ejercicio, comunicación y respeto por sus derechos sexuales. Es esencial dismantelar mitos y estereotipos opresivos para enfrentar esta etapa con optimismo, dignidad y placer.