

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA



Análisis de los principales efectos de la menopausia sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas para la identificación de las mejores prácticas clínica en torno a la prescripción de medicamentos hormonales en esta población.

Nombre estudiante:

Jessica Alexandra Rivera Asenjo

Tutora:

Adriana Villegas León

Año: 2023

Modalidad de tesis para optar por el grado de licenciatura

I. Resumen

Esta investigación presenta los resultados de un análisis realizado para identificar los principales efectos de la menopausia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas, con el objetivo de identificar las mejores prácticas clínicas en relación con la prescripción de medicamentos hormonales en esta población.

La metodología empleada en este estudio fue una revisión bibliográfica exhaustiva de artículos científicos y estudios previos relacionados con la menopausia y sus efectos en la salud sexual y reproductiva. Se realizaron búsquedas en bases de datos médicas y científicas utilizando palabras clave relevantes, y se seleccionaron aquellos estudios que cumplían con los criterios de inclusión predefinidos.

Los resultados de la revisión indican que la menopausia es una etapa de transición en la vida de las mujeres en la cual experimentan cambios significativos en su salud sexual y reproductiva. Estos cambios están asociados con la disminución de los niveles hormonales, particularmente de estrógeno y progesterona. Los síntomas comunes experimentados durante la menopausia incluyen sequedad vaginal, disminución del deseo sexual o libido, y cambios emocionales.

Además de los efectos en la salud sexual, la menopausia también marca el final de la capacidad reproductiva de la mujer. A medida que los ovarios dejan de liberar óvulos, los ciclos menstruales se vuelven irregulares hasta que cesan por completo. Este aspecto de la menopausia puede generar reflexiones y emociones en las mujeres, ya que implica aceptar el cese definitivo de la fertilidad y el fin de una etapa importante en su vida reproductiva.

La revisión bibliográfica también reveló que la menopausia no solo afecta la esfera sexual y reproductiva, sino que también puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades ginecológicas y genitourinarias, así como tener repercusiones en la salud ósea, aumentando el riesgo de osteoporosis y fracturas.

En cuanto a los tratamientos hormonales, se encontró que opciones como la terapia de reemplazo hormonal, la terapia hormonal local y los moduladores selectivos de los receptores de estrógeno pueden ser efectivos para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres durante la menopausia. Estos tratamientos pueden aliviar los síntomas menopáusicos, como la sequedad vaginal y las dificultades sexuales, mejorando la lubricación y la calidad de vida sexual. Sin embargo, es fundamental considerar que la elección del tratamiento hormonal debe basarse en una evaluación individualizada de cada mujer, teniendo en cuenta sus síntomas, antecedentes médicos y preferencias personales. Los tratamientos hormonales tienen beneficios, pero también conllevan riesgos y efectos secundarios que deben ser considerados.

IV. Tabla de contenidos

I. Resumen	II
II. Agradecimiento	IV
III. Dedicatoria	VI
IV. Tabla de contenidos.....	VII
V. Lista de tablas.....	IX
VI. Lista de figuras	X
VII. Abreviaturas	XI
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	10
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3 OBJETIVOS	17
1.4 JUSTIFICACIÓN	18
1.5 ANTECEDENTES.....	22
1.5.1 Antecedentes históricos	22
1.5.2 Antecedentes internacionales.....	26
1.5.3 Antecedentes nacionales.....	29
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	34
2.1 Sexo y género	35
2.2 Salud	36
2.3 Salud sexual	38
2.4 Anatomía de órganos implicados en el ciclo ovarico normal y menopausia	39
2.4.1 Hipotálamo	39
2.4.2 Hipófisis	40
2.4.3 Ovarios.....	41
2.4.4 Útero.....	41
2.5 Cambios evolutivos a lo largo de la vida femenina.....	42
2.6 Ciclo ovárico	46
2.7 Climaterio	50
2.7.1 Actitud ante el climaterio	52
2.8 Menopausia	53
2.8.1 Endocrinología de la menopausia	56
2.9 Aspectos clínicos de la menopausia	58
2.9.1 Síntomas vasomotores	60
2.9.2 Trastornos del sueño	62
2.9.3 Cefalea	64
2.9.4 Alteraciones mentales	64
2.9.5 Síntomas vulvo-vaginales.....	65
2.9.6 Trastornos relacionados con la función sexual	66
2.9.7 Alteraciones cardiovasculares	68
2.9.8 Alteraciones esqueléticas	69
2.10 Mito	70

2.11 Primer nivel de atención.....	72
2.12 Terapia de reemplazo hormonal	74
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	77
3.1 Tipo de investigación	78
3.2 Fuentes de información.....	78
3.3 Criterios de búsqueda.....	79
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	80
3.5 Análisis de la información.....	81
3.6 Clasificación según los niveles de evidencia	83
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	84
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	110
5.1 Conclusiones.....	111
5.2 Recomendaciones	115
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	124

V. Lista de tablas

<i>Tabla 1. Factores de Riesgo para padecer Osteoporosis.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabla 2. Criterios de búsqueda utilizados según objetivos.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabla 3 Clasificación de la información según niveles de evidencia</i>	<i>83</i>
<i>Tabla 4 Clasificación de la información según niveles de evidencia</i>	<i>125</i>

VI. Lista de figuras

<i>Figura 1: Localización del Hipotálamo</i>	40
<i>Figura 2: Hipófisis con sus respectivas divisiones (Anterior y Posterior) y su relación con el hipotálamo</i> ..	41
<i>Figura 3: Útero y ovarios</i>	42
<i>Figura 4: Fertilidad con respecto a la edad de la mujer</i>	45
<i>Figura 5: Comparación del sistema reproductor femenino de una mujer joven con el de una mujer añosa</i>	46
<i>Figura 6: Retroalimentación Positiva</i>	48
<i>Figura 7: Fases del ciclo ovárico</i>	50
<i>Figura 8: Períodos del climaterio</i>	51
<i>Figura 9: Manifestaciones clínicas de la menopausia</i>	60
<i>Figura 10. Clasificación de artículos por criterios de inclusión.</i>	81

VII. Abreviaturas

Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA).

Atención Primaria de Salud (APS).

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)

Colesterol de baja densidad (LDL).

Colesterol de muy baja densidad (VLDL).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Hormona folículo estimulante (FSH).

Hormona liberadora de gonadotropina (GnRH).

Hormona luteinizante (LH).

Instituto nacional de Censos (INEC)

Lipoproteínas de alta densidad (HDL)

Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL).

Moduladores selectivos de los receptores de estrógeno (SERMs).

Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sociedad de obstetricia y ginecología de Buenos Aires (SOGIBA)

Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW).

Terapia de reemplazo hormonal (TRH).

Terapia hormonal de la menopausia (MHT, por sus siglas en inglés).

Terapia hormonal de reemplazo (THR).

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

La menopausia es una etapa biológica en la vida de la mujer que conlleva una serie de eventos que impactan en su calidad de vida debido a la amplia gama de manifestaciones asociadas. En esta investigación, se busca dar a conocer los principales efectos que se presentan durante la menopausia, centrándose especialmente en la salud sexual y reproductiva. La comprensión de cómo la menopausia influye en la sexualidad y la salud sexual reproductiva es crucial para brindar un tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa de sus vidas. Una vez comprendida la experiencia de la menopausia, se investigarán los tratamientos más adecuados para cada paciente según sus necesidades.

Alrededor del 10% de la población mundial está en el período postmenopáusico y cerca de 25 millones de mujeres en el mundo entero entran en este período cada año. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2030 más de un billón de mujeres en el mundo tendrán más de 50 años”.¹

“El Dr. Antonio Domínguez, indica que más del 50% de mujeres tendrán su menopausia alrededor de los 50 años, un 25% la tendrá antes de los 45 y el porcentaje restante se reparte entre las personas que están alrededor de los 40 años o las que pasan los 54 años”.²

La menopausia ha sido y sigue siendo objeto de mitos, temores y mal entendidos. La falta de conocimiento da como resultado actitudes negativas y despiertan ideas y sentimientos desfavorables con diversa intensidad, la sociedad influye mucho, ya que ésta valora de manera desproporcionada la juventud y el vigor físico, donde la mujer tiene un mayor valor social mientras tenga la capacidad de engendrar hijos y ejerza las funciones de crianza, lo cual conlleva a que la mujer que atraviesa esta etapa de la menopausia, se sienta menos mujer y pierda su sentido de ser.²

Esta investigación tiene como objetivo explorar en profundidad los efectos de la menopausia en la salud sexual reproductiva de mujeres adultas y evaluar la eficacia y seguridad de los medicamentos hormonales, como la terapia de reemplazo hormonal (TRH), para una prescripción óptima en esta población, con el fin de identificar y evaluar las mejores prácticas. La finalidad de esta tesis es analizar en detalle los principales efectos de la menopausia sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas, centrándose en los cambios hormonales, los síntomas más comunes y las implicaciones clínicas asociadas.

Para lograr estos objetivos, se llevará a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible, incluyendo estudios clínicos, investigaciones epidemiológicas y revisiones sistemáticas. Se recopilarán datos relevantes sobre los efectos de la menopausia en la salud sexual y reproductiva, así como sobre la eficacia y seguridad de los medicamentos hormonales utilizados en esta etapa de la vida. Además, se analizarán las directrices y recomendaciones actuales de organizaciones y sociedades médicas reconocidas para identificar las mejores prácticas clínicas y las pautas de prescripción más actualizadas.

El concepto de salud abarca tanto el bienestar físico como emocional, y durante la menopausia, debido a la sintomatología asociada y el desconocimiento existente, puede afirmarse que la salud se ve afectada. Por lo tanto, es de vital importancia desarrollar una investigación que sea útil no solo para el personal de salud, sino también para todas las mujeres que atravesarán la etapa de la menopausia. De esta manera, se asegurará que sean escuchadas por los profesionales de la salud y que confíen en ellos para resolver todas sus inquietudes.

Es fundamental conocer la realidad de las mujeres menopáusicas en relación con su salud sexual y reproductiva, ya que pueden experimentar molestias como la disminución de la lubricación y la dispareunia, lo que puede reducir su interés en la sexualidad y tener consecuencias en su autoestima, llegando incluso a problemas psiquiátricos y de pareja.

En cuanto a la terapia que se puede brindar a las pacientes que presenten sintomatología asociada con la menopausia, el objetivo de la investigación es proporcionar una actualización sobre los tratamientos disponibles para evaluar la mejor opción terapéutica.

Los médicos generales pueden encontrarse con mujeres de cualquier edad en su consulta, por lo que es necesario que conozcan los efectos, beneficios y contraindicaciones del tratamiento para poder brindar la información adecuada. Durante el climaterio, todas las mujeres deberían recibir información sobre cómo contrarrestar los síntomas molestos asociados y el médico puede ser el único contacto que tienen con respecto a este tema.

Es de vital importancia y dentro de nuestros objetivos, el lograr que los profesionales de la salud tengan una comprensión profunda y que se comprometan para que la paciente se sienta segura en su consulta, esto se logra al proporcionar un manejo clínico adecuado y personalizado a las mujeres en esta etapa de la vida. Asimismo, es esencial diagnosticar otros aspectos de la salud sexual y reproductiva, como la prevención y manejo de las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y la salud urogenital.

La atención primaria, es esencial para como fuente de información, pero a la vez, presenta limitaciones por recursos y características restrictivas a nivel institucional, esto genera que los cambios se vean más lentos, por lo que los profesionales de salud podrían innovar su consulta para que esta cuente con más recursos para educación.

A través de la revisión bibliográfica, se busca disminuir el estigma social generado por el desconocimiento en torno a la cesación de la menstruación, destacando su relevancia y analizando los efectos biológicos y psicológicos que pueden generar malestar. De esta manera, es posible aceptar este periodo atravesado por las mujeres y buscar soluciones acordes a su calidad de vida para que se sientan seguras.

Se espera que los resultados de esta investigación proporcionen una visión integral de los efectos de la menopausia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas, así

como recomendaciones claras y basadas en evidencia para la prescripción de medicamentos hormonales en esta población.

Con el estudio, se contribuirá al desarrollo de estrategias clínicas más efectivas y personalizadas, mejorando así la calidad de vida y el bienestar de las mujeres que atraviesan la menopausia.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La menopausia no solo implica la ausencia de la menstruación, sino que también conlleva efectos que impactan el cuerpo de la mujer en diferentes niveles. La falta de estrógenos y progesterona afecta el sistema endocrino, el sistema nervioso, el sistema cardiovascular y el sistema inmunológico. Los síntomas de la menopausia, como la fatiga, los cambios de humor, la ansiedad, la depresión, los sofocos y la pérdida del deseo sexual, tienen un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres.

Es esencial comprender a fondo la situación de cada paciente y abordar sus molestias de manera adecuada. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)³, el envejecimiento de la población es un tema relevante en la región, por lo que resalta aún más la importancia de abordar los síntomas de la menopausia y mejorar la calidad de vida de las mujeres.

A lo largo de los años, se ha utilizado el estrógeno como tratamiento para los síntomas de la menopausia, siendo un medicamento ampliamente conocido en Estados Unidos. Sin embargo, en la década de 1970, se descubrió que su uso aumentaba el riesgo de cáncer de endometrio en mujeres posmenopáusicas. Para mitigar este riesgo, se agregó progestágeno a la terapia hormonal. Posteriormente, se utilizó también para la protección cardiovascular y el Alzheimer.

Según Zuleta⁴, en el año 2002, se llevaron a cabo estudios en los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, pero se interrumpieron debido al aumento del riesgo de accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardíacas, trombosis y cáncer de mama asociados con la terapia hormonal. Como resultado, se redujo el uso de este tipo de terapia y se buscó otras opciones disponibles.

En esta línea, de acuerdo con Gambaccini et al.⁵, es crucial indagar sobre el tratamiento hormonal para determinar cuándo se deben emplear estrógenos solos, cuándo se deben combinar con progestágenos y cuándo los riesgos superan los beneficios de la terapia. Los médicos deben conocer los factores de riesgo que contraindican el uso de progestágenos,

como antecedentes de depresión, síndrome premenstrual, síndrome dismórfico premenstrual, hipertensión arterial, diabetes o síndrome metabólico. Estos factores están asociados con posibles efectos secundarios, como el cáncer de mama y el tromboembolismo venoso, que a menudo conducen a la interrupción de la terapia hormonal de reemplazo.

En conclusión, para lograr el mejor tratamiento hormonal en la menopausia, es fundamental comprender la fisiología de esta etapa y considerar cuidadosamente los riesgos y beneficios de la terapia en cada paciente. La elección de progestágenos debe realizarse de manera adecuada, evitando su uso en mujeres con factores de riesgo específicos.

A partir de lo anterior, se ha establecido la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los principales efectos de la menopausia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas, y las mejores prácticas clínicas en la prescripción de medicamentos hormonales en esta población?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Analizar los principales efectos de la menopausia sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas para la identificación de las mejores prácticas clínicas en torno a la prescripción de medicamentos hormonales en esta población.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Describir los principales efectos de la menopausia sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas.
- b. Identificar los tratamientos hormonales que podrían utilizarse en mujeres maduras con la menopausia para la mejora de su salud sexual y reproductiva.
- c. Señalar el aporte del profesional en medicina en el abordaje integral de las mujeres postmenopáusicas relacionados con el uso de tratamientos hormonales.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La menopausia, una etapa natural en la vida de las mujeres adultas, a menudo es vista como un tema tabú y rodeada de interrogantes debido a la falta de educación y apertura en torno a la sexualidad y los síntomas asociados. Las mujeres, especialmente las mayores, suelen ser reservadas y evitan hablar de su vida sexual o de los síntomas relacionados con sus órganos sexuales. Esta falta de información confiable y el temor a abordar el tema pueden dejar a las pacientes con dudas e inquietudes.

Históricamente, hablar abiertamente de la sexualidad ha sido considerado inapropiado debido a aspectos religiosos, culturales y sociopolíticos. A pesar de que la sexualidad va más allá de la reproducción, este tema no ha sido abordado con naturalidad y libertad. Las mujeres viven con interrogantes desde el inicio de su ciclo menstrual hasta el final de la menopausia y todo lo que esto conlleva. La falta de conocimiento puede llevar a suposiciones erróneas, como creer que las mujeres mayores pierden su interés sexual o que hablar de relaciones sexuales es algo pervertido. Además, el tabú existente impide que las mujeres expresen adecuadamente su sintomatología, ya que no se sienten cómodas hablando ampliamente sobre sexualidad, ni siquiera con personas de confianza o personal de salud desconocido.

Según Lasso⁶, la experiencia de la menopausia varía de mujer a mujer debido a diversos factores, tanto modificables como no modificables. Sin embargo, nada de esto impide que se disfrute de una menopausia mental y sexualmente saludable. Es preocupante conocer los resultados de un consenso de ginecología realizado en 2018 por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), donde se documentó que un 38% de las mujeres experimentaban síntomas asociados con la atrofia vulvovaginal, un 64% experimentaba una disminución del deseo sexual, un 64% sufría de dispareunia y un 58% evitaba tener relaciones sexuales debido a estas molestias. Estos síntomas afectan la relación de pareja y la salud sexual de las mujeres, lo que resalta la importancia de investigar y abordar este tema para que las mujeres puedan vivir sin complicaciones causadas por los síntomas menopáusicos.

En relación con las opciones de terapia, tanto farmacológica como no farmacológica, es importante tener en cuenta las recomendaciones del artículo publicado por los médicos Salazar et al.⁷, en el que se menciona que existen diversas alternativas disponibles. A menudo, se tiende a pensar únicamente en la terapia hormonal como opción principal. Sin embargo, es fundamental considerar que este tipo de terapia debe reservarse para casos que requieran una atención especializada, y es por esta razón que todos los médicos deben estar familiarizados con las pacientes que realmente necesiten este tipo de tratamiento. Además, es esencial comprender las posibles complicaciones asociadas con la terapia hormonal y evaluar cuidadosamente los beneficios y riesgos en cada caso particular.

Es importante resaltar la importancia de explorar otras opciones de terapia no farmacológica, como cambios en el estilo de vida, terapias alternativas y terapia sexual. Estas alternativas pueden ser efectivas para aliviar los síntomas de la menopausia y mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Por lo tanto, es recomendable que los médicos estén informados sobre estas opciones y puedan brindar orientación adecuada a las pacientes, considerando sus necesidades individuales y preferencias.

Desde esta perspectiva, es necesario que los médicos amplíen su conocimiento sobre las diferentes opciones de terapia disponibles para la menopausia, tanto farmacológica como no farmacológica. Deben reservar la terapia hormonal para casos específicos que requieran atención especializada y tener en cuenta las posibles complicaciones asociadas. Asimismo, deben considerar y promover otras alternativas terapéuticas, brindando a las pacientes información y orientación adecuadas para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva durante la menopausia.

De acuerdo con Parra et al.⁸, la terapia de reemplazo hormonal (TRH) consiste en la combinación de diferentes compuestos, como estrógenos, progestágenos, estrógenos más progestinas y tibolona. Además, se pueden agregar complejos estrogénicos selectivos tisulares, que son estrógenos conjugados derivados equinos con moduladores selectivos de los receptores estrogénicos. Ajustando las dosis y modificando las vías de administración, la TRH puede proporcionar múltiples beneficios. No obstante, es importante destacar que este

tipo de terapia debe ser estudiado a fondo y aplicado de manera individualizada para beneficiar a cada paciente en particular.

Es crucial comprender que el medicamento utilizado en la TRH es solo una parte del tratamiento integral de la menopausia. Para optimizar los resultados y mejorar la salud durante esta etapa, es necesario complementar la terapia farmacológica con un estilo de vida saludable. Esto implica adoptar buenos hábitos alimenticios, realizar actividad física regularmente y eliminar el consumo de tabaco, ya que este último puede tener efectos nocivos adicionales.

En el ámbito de la atención primaria de salud, los médicos generales desempeñan un papel fundamental en la prevención y promoción de la salud. Estos profesionales son los encargados de brindar atención médica de primer nivel y son el primer punto de contacto para muchas mujeres que atraviesan la etapa de la menopausia. Es crucial que los médicos estén bien informados acerca de los conceptos relacionados con la menopausia y sus posibles tratamientos.

La menopausia puede presentar síntomas que a menudo se confunden con otras patologías, por lo que es importante que los médicos sean minuciosos al tomar la historia clínica de sus pacientes. Durante la entrevista, surgen datos relevantes que pueden ser clave para el diagnóstico y manejo adecuado de la paciente en la menopausia. Los médicos tienen una gran responsabilidad, ya que además de tratar y curar, son los principales comunicadores de información verídica a cada paciente.

Es fundamental evitar sub-diagnosticar y ayudar a las mujeres a tener una buena calidad de vida durante la etapa de la menopausia. Los médicos deben aclarar los miedos y dudas sobre los posibles efectos secundarios de los tratamientos, alentando a las pacientes a seguir su tratamiento y asegurando una buena adherencia terapéutica.

Por lo tanto, el propósito de esta investigación es llegar a un amplio número de médicos, para que, durante las consultas, las pacientes que están experimentando la

menopausia se sientan escuchadas y en libertad de expresarse. El objetivo es proporcionar un enfoque de tratamiento personalizado que les permita sobrellevar las molestias de manera efectiva, y contar con recursos multidisciplinarios que contribuyan a su bienestar físico general.

1.5 ANTECEDENTES

1.5.1 Antecedentes históricos

Lugones- Ramírez⁹, hacen hincapié a que muchas veces la menopausia, es pasada por alto, lo más preocupante es que no solo se le resta importancia por parte de los profesionales de salud, sino por las mismas mujeres aunque estas han estado presentes a lo largo de la historia con gran importancia social, si bien las referencias históricas de las cuales se habla a continuación, no aportan bastante información sobre manifestaciones características durante la etapa menopaúsica, sirven para enriquecimiento histórico y cultural de la menopausia a través de los años .

Desde tiempos antiguos, se describen las alteraciones asociadas al climaterio, de hecho, hay papiros egipcios con información de la mujer en etapa menopaúsica, donde se mencionaba que “eran las de color blanco”, mientras que las mujeres en etapa fértil que podían menstruar, eran “mujeres rojas”.

Los Antiguos griegos, no se quedaron atrás, ya que también describen el cese de la menstruación. Aristóteles, en una de sus obras llamada “Animalium” escrita en el año 322 a.n.e, habla que la menopausia cesa aproximadamente a los 50 años. En el “Corpus Hippocraticum”, hace alusión a un cuadro de amenorrea, que podría tratarse del climaterio, descrito como “ una amenorrea instalada durante la etapa fértil”. Por su parte, Aecio de Amida, un bizantino, rescata que la menopausia no se da antes de los 30 años, sino que corresponde posterior a los 50 años. Con estos autores, se entiende que desde la antigüedad había una coincidencia en cuanto al cese de la menstruación.

Encaminando la investigación, por la parte religiosa, en el libro de génesis, se habla de la historia de Abraham y Sara, quienes reciben la visita de un ángel, el cual les anuncia la venida de su primogénito, recuperando así su fertilidad porque Sara, era estéril por su edad y al encontrarse en posmenopausia. Lo que quiere decir, que en el texto religioso, también se sabía que una mujer a cierta edad, perdía las posibilidades de ser madre al llegar a la

menopausia, con mucha más razón en parejas que rondaban los 100 y 90 años de edad, por lo que solo con ayuda divina se podría engendrar y no naturalmente.

El Griego Platón, relaciona el texto de la biblia con un escrito suyo, porque al escribir “El banquete”, donde se dedicaban teorías al amor que habían sido establecidas por Sócrates, confiesa que todo lo sabido del amor, lo aprende de Diotima, una sabia, que era menopaúsica como la ya mencionada Sara y la madre de Juan el bautista.

La historia de la menopausia, se ha mantenido en el ojo de la investigación durante muchos años, por ejemplo, la autora María Caterina Jacobelli, en su libro llamado “Risus Paschalis y el fundamento teológico del placer sexual”, menciona el texto bíblico mencionado anteriormente de Sara y Abraham, diciendo que existen eventos similares dentro del texto bíblico. Además, investigó que en otro papiro egipcio, el cual pertenece a Ebers de la dinastía, escrito en los años 1400 a.n.e, se refiere a la menopausia y los sofocos asociados a esta etapa.

La civilización pagana por su parte, relacionaba la parte de la menopausia con un evento espiritual, caso similar a los casos de las civilizaciones hebreas o judeocristianas.

En la edad media, no se contaban con suficientes descripciones en cuanto a la menopausia, lo descrito era que la esperanza de vida no superaba los 40 años, el sistema político indemnizaba a las mujeres embarazadas muy parecido a los soldados, mientras que a las mujeres que morían durante su etapa posmenopáusica, con suerte la suma disminuía, porque habían casos donde no se les daba nada.

Durante el siglo XIV, la mujer posmenopausia, era considerada marchita y deteriorada, de hecho, la poesía francesa, describe los cambios femeninos a nivel de sus órganos reproductivos, de mala forma como por ejemplo en “la bella de antaño” y “Lamentos de una vieja sobre asuntos de la juventud”. En el siglo XVI, al haber pestes, sequias y guerras, más bien relacionaban la menopausia con lo “maléfico”.

En el periodo renacentista, ilustraron al hombre y la mujer en la vejez pero se deja en evidencia la mala percepción a la mujer menopaúsica porque por ejemplo, Eva se ve más desgastada, con flacidez mamaria y una protuberancia en su columna vertebral, una joroba. Mientras que Adam, conserva sus atributos corporales de joven. En este periodo se describía la apariencia femenina durante la etapa menopaúsica, similar a la de una bruja, pero también se creía que por el acumulo de conocimientos a través de los años, era sabia en enfermedades, amor, remedios, pócimas o venenos.

Sin describir el termino actual como tal, en el año 1729, John Freind menciona que el cese de la menstruación se da a partir de los 49 años. En el año 1776, Fotherhill, un inglés hace un aporte, señalando que la menopausia es un evento iatrogénico, lo que quiere decir que es no intencional. Posteriormente, durante el año 1816, en Francia se realiza una revisión y cinco años posterior a una ardua investigación histórica, denomina “ménopause”, a la interrupción de la menstruación.

Durante la revolución francesa, las mujeres menopaúscas, se vieron despreciadas porque en esa época la mujer dependía de su atractivo y capacidad sexual, por lo que la menopausia hacía que las mujeres murieran socialmente. Se menciona que durante esta época, muchas mujeres optaban por “medicinas impropias”, con el fin de mantener su estado anterior a la menopausia.

Para finales de los años cuarenta, intervienen en la historia distintos científicos, los cuales estudian la menopausia y la importancia de cuidar la salud femenina. Estos, razonan sobre los beneficios de la terapia de reemplazo hormonal con estrógenos, la participación de esta idea fue a cargo de Robert Benjamín, un ginecólogo endocrinólogo y Fuller Albringt, un investigador clínico, demostrando que los estrógenos no solo funcionan a nivel del aparato reproductor, sino también fuera de este. El ginecólogo, continuó a lo largo de su vida la investigación centrada en como la mujer posmenopáusica podría mantener su dignidad y juventud, inspirado en Shakespeare mencionó: “Una buena pierna cojeará, una espalda recta se encorvará, una ensortijada cabellera encanecerá, un cutis terso se arrugará, un ojo pleno se ahuecará, pero un buen corazón, es el sol y la luna”.

En descripciones un poco más recientes, como la del año 1964 a cargo de Don Gregorio Marañón, se refiere a la menopausia como: “Un fantasma que no adquiriría carta de ciudadanía más que por la obra creadora de la imaginación y el miedo”, siendo una “edad crítica”. También en el siglo XX, el famoso padre del psicoanálisis, se refirió a la mujer menopaúsica como: “Son pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas”. Dando así, un mal concepto de la mujer.

Hoy en día se reconoce que la menopausia no es una enfermedad, sino una etapa fisiológica en la vida de las mujeres, caracterizada por cambios hormonales y diversos procesos en el organismo. Los síntomas asociados con la menopausia varían en intensidad de una mujer a otra y están influenciados por factores como las hormonas, las vivencias emocionales y sexuales, las creencias, los estereotipos y los paradigmas impuestos por la sociedad.

A medida que avanzan las investigaciones y los avances tecnológicos, se ha logrado comprender mejor el funcionamiento de las células femeninas y cómo afectan al cuerpo de la mujer. Además, es importante tener en cuenta que la esperanza de vida de las mujeres ha aumentado significativamente en las últimas décadas, con un promedio de unos 30 años más. Tal es así, que se han descubierto diferentes tipos de terapia hormonal, su historia comienza desde los años cuarenta en Estados Unidos. El Señor Robert A. Wilson, se cuestiona la posibilidad de utilizar estrógenos que provenían de la orina de yeguas preñadas, se pone en marcha y se crean los estrógenos, el problema fue que estos fueron utilizados en can gran cantidad. Posterior a este uso sin medida, salen estudios que asocian la posibilidad de que exista cáncer endometrial o una hiperplasia uterina, pero también se descubre que cuando los estrógenos se unen con progestágenos, conocido como terapia de reemplazo hormonal, se revierte el riesgo de una hiperplasia uterina o un Cáncer endometrial. Pero también se dijo que cuando los niveles de progesterona eran muy elevados, no había riesgo de padecer alguna neoplasia, pero después se deja en evidencia que cuando los niveles de progesterona son muy elevados, aumenta el riesgo cardiovascular produciendo un efecto contrario al cardioprotector realizado por los estrógenos.¹⁰

A medida que avanzan las investigaciones y los avances tecnológicos, se ha logrado comprender mejor el funcionamiento de las células femeninas y cómo afectan al cuerpo de la mujer. Además, es importante tener en cuenta que la esperanza de vida de las mujeres ha aumentado significativamente en las últimas décadas, con un promedio de unos 30 años más.

Es relevante destacar que en los últimos años las mujeres han adquirido un mayor empoderamiento. Se han desarrollado movimientos feministas que han permitido a las mujeres tomar conciencia de su situación y generar poder en diversos ámbitos sociales y políticos. Estos movimientos han permitido que las mujeres se conviertan en protagonistas, denunciando injusticias, reclamando el control sobre sus propios cuerpos y promoviendo la posibilidad de disfrutar plenamente de su sexualidad. Como resultado de estos avances, el tema de la menopausia ha dejado de ser un tabú en la sociedad y ahora se puede hablar de manera más abierta y franca sobre este tema en comparación con años anteriores.

1.5.2 Antecedentes internacionales

La menopausia es una etapa que trae consigo una serie de mitos y desconocimiento, los cuales afectan de forma negativa la calidad de vida de la mujer. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional descriptivo, transversal, en la ciudad de Loja, Ecuador. La población en estudio fue de 506 mujeres, a las cuales se les aplicó una encuesta en un periodo de tiempo que abarca desde setiembre 2014 hasta julio 2015, realizando visitas en diferentes sectores de la ciudad de Loja. Las mujeres que participaron, fueron voluntarias. ¹¹

Se realizó un cuestionario, el cual comprendía ocho ítems, los cuales se centraban en evaluación del conocimiento de las mujeres relacionado a la menopausia y las restantes, fueron para conocer los mitos que giran en torno a este tema. Cuando las preguntas fueron respondidas, estas se pasaron a un Excel, para poder sacar porcentajes y frecuencias, las cuales se mencionaran a continuación.

Las mujeres que participaron rondaban las edades entre los quince y los cuarenta y nueve años. Si bien no todas se encuentran en edades menopaúsicas, son mujeres que en

algún momento de su vida pasarán por esta etapa. A la hora de realizar la tabla, se realizó en cuatro grupos. De los quince a los diecinueve años, de los veinte a los veintinueve años, de los treinta a los treinta y nueve años y finalmente de cuarenta a cuarenta y nueve años. El grupo con mayor participación fue el de mujeres entre los veinte y veinte y nueve con un 33,6%, mientras que la menor participación, fue el grupo de quince a diecinueve años con un 16,2%.

En cuanto a conocimientos con respecto a la menopausia, un 51,4% que representa doscientas sesenta mujeres, desconocen la definición de menopausia; Un 61%, desconocen las etapas de la menopausia y un poco más de la mitad de las participantes con un 50,4%, desconoce las manifestaciones clínicas asociadas en esta etapa.

Finalmente, a pesar de que Loja, es una ciudad poblada en Ecuador, se sigue creyendo en algunos mitos; esto se ve reflejado ya que el mito más frecuente que se creía era el de: “Es inevitable aumentar de peso durante la menopausia”, representado con un 61%, quiere decir que trescientas nueve mujeres creen que el principal efecto de la menopausia es el aumento de peso. También se cree que al tener la menopausia se desarrollará cáncer representado con un 36%. Es preocupante que las participantes no estén bien informadas, ya que con esto se lograra formar una cultura de desconocimiento y miedo para las nuevas generaciones.

El estudio concluyó que en el Barrio “Esmeralda Norte” de Loja, es donde existe mayor escolaridad, pero que sin embargo, desconocen la definición de menopausia. Los niveles de desconocimiento, ponen a pensar que se deben tomar acciones en la población mundial, en ámbitos como la prevención de enfermedades y promoción de la salud, para concientizar sobre esta fase reproductiva de las mujeres, de modo que cuenten con información ofrecida por profesionales de la salud, que les permitan identificar los efectos secundarios propios de la menopausia y acceder oportunamente al sistema de salud cuando estos se presenten, para que de esta forma, las pacientes no sigan creyendo en mitos, que lo que hacen es crear miedo hacia la etapa como tal.

Por otra parte, el estudio llevado a cabo por Espitia-De la Hoz¹² entre los años 2018 y 2020 en mujeres del Eje Cafetero de Colombia tuvo como objetivo determinar la prevalencia

y caracterizar los síntomas de la menopausia en mujeres que atraviesan esta etapa. Para ello, se utilizaron como instrumentos el índice de Kupperman y el cuestionario Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL). Se invitó a participar a 1085 mujeres, de las cuales 199 (18,34%) declinaron la invitación. De las participantes restantes, 153 mujeres (17,26%) se retiraron voluntariamente durante el estudio debido a la incomodidad que les generaban las preguntas relacionadas con su salud sexual. Finalmente, se contó con la participación de 733 mujeres, pero se excluyeron 139 (23,4%) debido a datos incompletos en más del 10% de su historial. El análisis se realizó con un total de 594 (54,74%) personas. La edad promedio de las participantes fue de $49,28 \pm 6,17$ años. El 84,5% de las participantes se encontraba en la etapa posmenopáusica temprana. Además, el 92% eran católicas, el 77,94% contribuía al sistema de seguridad social en salud y el 87,37% residía en zonas urbanas de Colombia.

El estudio evidenció una prevalencia significativa de síntomas asociados con la menopausia, representando el 71,88% de la muestra. Además, el 65,33% de los síntomas reportados fueron de intensidad leve. Es relevante destacar que un alto porcentaje, el 68,85%, presentó un deterioro en la calidad de vida. La prevalencia obtenida en este estudio resultó ser mayor que la reportada en investigaciones anteriores, que oscilaba alrededor del 21,22%. Sin embargo, sigue siendo menor en comparación con estudios realizados en Brasil.

Desde esta perspectiva las mujeres del Eje Cafetero en Colombia presentan una alta prevalencia de síntomas de la menopausia, afectando a casi tres cuartas partes de las participantes, principalmente con sofocos e irritabilidad. Se observó una asociación significativa entre la mala calidad de vida y los síntomas vasomotores.

Por lo tanto, como conclusión a este estudio, es crucial investigar y abordar el síndrome del climaterio para brindar una atención integral a la hora de atender a las mujeres que atraviesan la etapa de menopausia. Los médicos, deben capacitarse constantemente para dar un diagnóstico oportuno, preciso y de esta manera ofrecer un tratamiento adecuado. Esto porque a pesar que es un fenómeno natural que viene asociado a la mujer, no todas están dispuestas a soportar su sintomatología afectando su calidad de vida.

1.5.3 Antecedentes nacionales

Se realizó una búsqueda bibliográfica con el objetivo de detectar un protocolo utilizado durante la etapa de la menopausia en Costa Rica. Sin embargo, se encontró que actualmente no existe un protocolo, norma o lineamiento específico que aborde la menopausia en el país. Además, se consultó en el servicio de ginecología del Hospital Calderón Guardia, donde se confirmó la inexistencia de un documento específico para el diagnóstico, abordaje, control o prevención de los síntomas asociados con la menopausia.

No obstante, se han realizado investigaciones a nivel nacional en el pasado. Por ejemplo, en el año 1978 se llevó a cabo un estudio titulado “El climaterio en Costa Rica” realizado por Álvaro Mora Aguilar¹³. En este estudio se revisaron 130 expedientes de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios, con el objetivo de exponer el climaterio en mujeres de nivel económico y educativo bajo. El estudio tuvo en cuenta la edad de las pacientes, la edad de la menarquia, la duración del ciclo menstrual, la paridad, la edad de inicio de la menopausia, el promedio de vida fértil, los síntomas comunes durante la menopausia, las patologías asociadas al climaterio, los tratamientos médicos utilizados, y se realizó un examen físico que abarcó diversas áreas.

El estudio incluyó a 130 participantes que asistieron a nueve citas de control. La mayoría de estas mujeres se encontraba en edades comprendidas entre los 46 y 60 años, se basó para sacar el promedio con respecto a la menarca. Se observó que la menarquia se dio en edades regulares, pero un 16% experimentó su primer ciclo menstrual después de los 16 años. El ciclo menstrual fue normal en general, presentándose en un 98,40% de las mujeres. Se señaló que las participantes del estudio no utilizaban métodos anticonceptivos, por lo que algunas tenían más de diez hijos, aunque el promedio de hijos rondaba los ocho, representando un 59% de las mujeres multíparas. La menopausia se presentó en promedio a los 48 años y 5 meses. El síntoma más importante reportado fue el sofoco, que afectó al 36% de las mujeres. Se identificó la hipertensión arterial como la principal patología asociada a la menopausia. En cuanto al tratamiento médico, el 50% utilizó estrógenos conjugados, mientras que solo el 30% utilizó diazepam.

Como datos de importancia, se concluyó que el número de hijos no está relacionado con la menopausia en general. Además, se observó que la multiparidad contribuyó a los altos índices de natalidad en Costa Rica. Se documentó que no todas las mujeres experimentan síntomas asociados con la menopausia.

Es fundamental tener en cuenta que la hipertensión está ampliamente asociada a la menopausia, pero el estudio también menciona que, aunque en menor medida, existen problemas gastrointestinales que deben ser estudiados, ya que podrían derivar en úlceras gastroduodenales y tener consecuencias graves. Aunque fueron pocos, se encontraron casos de carcinoma in situ de cuello uterino, lo cual destaca la importancia de realizar una historia clínica y un examen físico detallado para no pasar por alto patologías más graves con graves consecuencias.

Una investigación un poco más antigua, se dio en el año 2003. Esta, se llevó a cabo en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Costa Rica, a cargo de las Doctoras Quirós y Sancho, ambas trabajadoras de la sección Salud de la mujer de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). El estudio incluyó a mujeres entre los 40 y 65 años. Se menciona que a pesar que la mujer es más longeva comparada a los hombres, sufre de molestias físicas, las cuales se pueden aliviar o se pueden prevenir.¹⁴

Se habló que las mujeres son las que más buscaban atención clínica, las cuales consultaban por molestias genitourinarias, enfermedades osteomusculares y patologías crónicas como la hipertensión y la Diabetes mellitus. Es notorio que las mujeres entre los 45-59 años, consultaban principalmente por enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y enfermedades osteomusculares.

Las hospitalizaciones en edades menopáusicas, se debían principalmente por enfermedades genitourinarias además de problemas digestivos. En mujeres postmenopáusicas, las hospitalizaciones se debían a fracturas y patologías crónicas.

La terapia de reemplazo hormonal, para el año del estudio mencionaba que había tenido un aumento acelerado, con predominio a finales de los años ochenta. Según datos del departamento de farmacoterapia de la CCSS, en el año 1993, 2607 tenían tratamientos hormonales, pero esta cifra aumentó a 31600 en el año 1998. Las opiniones sobre la terapia de reemplazo hormonal eran variadas, ya que muchos creían en sus efectos protectores para enfermedades cardiovasculares y osteoporosis, mientras que otros temían por riesgo a padecer cáncer. Esta situación generó confusión en el público.

El análisis, se llevó a cabo en pacientes de estratos medios bajos, en comunidades rurales y urbanas. Las mujeres estaban casadas en su mayoría. Con escolaridad baja, algunas no habían ni concluido la primaria, esta cifra aumento en mujeres que vivían en el campo. La gran mayoría amas de casa, pero se mantenían económicamente cuidando nietos. El número de hijos varió en mujeres que vivían en la ciudad comparada a las del campo, porque las rurales tenían ente cuatro y seis hijos, mientras que las de áreas urbanas máximo tres.

Los cambios destacados entre las mujeres, fue que las rurales creían mucho en Dios, pero ambas, tenían un aspecto importante, que les gustaba ayudar a los demás. En cuanto a sentimientos, estos eran diferentes ya que algunas pensaban en seres queridos que se han ido y otras vivían su día normal.

Se destaca que a pesar que algunas se mantienen con ayuda del cuidado de nietos, otras tenían deseos de trabajar, pero mencionaban que había dificultad para encontrar empleo a su edad y otras decían que su desempeño era menor comparado a de años atrás.

Se puede decir que en ambos grupos de mujeres, cuando llegaban a edades menopaúsicas, esta etapa no llegaba con traumas a sus vidas, al contrario, lo veían como un proceso normal de envejecimiento.

Sus problemas de salud estaban presentes, sin importar el lugar de residencia, la enfermedad más reconocida era la hipertensión arterial, esta se presentaba en la mitad de las mujeres, pero también asociaban enfermedades que están descritas entre las manifestaciones

clínicas de la menopausia, como osteoporosis, problemas cardiacos, del colesterol e insomnio. Dos mujeres, se documentaron con neoplasias (Mama y Cérvix).

Se indaga de los sentimientos con respecto a la menopausia, a pesar que a algunas les costó aceptar que no iban a ser jóvenes toda la vida, algunas mantenían que era un proceso normal del envejecimiento, la cual se debe aceptar, dedicándose a ellas mismas aprovechando que sus hijos ya están grandes, si bien muchas mujeres del estudio aceptaron positivamente esta etapa en sus vidas, algunas otras se dejaron llevar negativamente por comentarios realizados por algunas conocidas, por ejemplo: “yo he escuchado que algunas señoras que se sienten mal y están muy mal, que médicos, que la menopausia las está matando, bueno, no sé...”.

Los servicios de salud también fueron calificados por las participantes, se observa que muchas de las participantes no contaban con seguro social, principalmente las mujeres de áreas rurales. Las mujeres rurales, mencionaron que fueron bien atendidas en el área de salud de su localidad, pero que cuando eran trasladadas a consultas con especialistas, la situación cambiaba drásticamente porque recibían maltrato, no les explicaban adecuadamente lo que tenían ni los medicamentos recetados por el médico y además tenían largos tiempos de espera, por ejemplo a una señora se le dice: “... tiene un problema en los huesos, mando a sacar cita conmigo y no se la dieron porque estaba lleno este año, que hasta el otro año había campo...”. Se hablo además de la salud buco dental, que en escuelas y colegios se daba, mientras que a las mujeres maduras no se les daba una adecuada atención odontológica.

Varias mujeres deseaban poder formar algún grupo de mujeres que perteneciera a la misma edad para poder desarrollar actividades diferentes, esto para informarse, compartir inquietudes y prepararse juntas para la vejez, quejándose que muchos grupos de adultos mayores tienen más atención que ellas, perteneciendo de esta manera a un grupo desamparado.

Los exámenes de prevención como los papanicolaous y las mamografías, a pesar de ser exámenes que se deben realizar con cierta frecuencia, muchas veces son difícil obtener

citas para optar por restos servicios si no es de forma privada, pero no todas tienen la facilidad para adquirir estos servicios privados.

El suplemento de calcio, fue un tema difícil de tratar ya que se dice que a algunas usuarias se les daba, mientras que a otras pacientes se les negaba el tratamiento cuando aparentemente se necesitaba. Esto principalmente se da por la ausencia de normas claras, que defina que se le da y que no a la población de mujeres maduras.

Como conclusión del estudio, como la longevidad femenina va en aumento, se requiere una atención especial para así brindar una buena calidad de vida, para mitigar muchas molestias. Se requiere que los centros médicos definan protocolos para tomar decisiones sobre el manejo en población menopáusica y que no haya diferencias entre mujeres, disminuyendo así las comparaciones entre las usuarias. Y finalmente, los médicos deben informar bien a la paciente, sin la utilización de tecnicismos, explicando para que se debe enviar el tratamiento.

Como punto final, es importante mencionar que las mujeres de mediana edad deben verse como un sector de la población importante, con necesidades especiales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

La menopausia, un proceso fisiológico natural, que marca el final de la etapa reproductiva femenina y conlleva una serie de cambios físicos, hormonales y emocionales que pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres.

Para abordar de manera integral este tema, es fundamental contar con un sólido marco teórico que permita contextualizar y comprender los diferentes aspectos involucrados en la menopausia. Este marco teórico se basará en la revisión de literatura científica actualizada y en la conceptualización de términos clave que son esenciales para el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos.

En este sentido, se abordarán conceptos fundamentales como la menopausia y sus etapas, la perimenopausia, el papel de las hormonas en este proceso, así como otras implicaciones físicas, psicológicas y sociales que pueden surgir durante esta etapa de transición en la vida de las mujeres.

A través de esta investigación, se espera ampliar el conocimiento sobre la menopausia y promover una mayor comprensión de las experiencias y necesidades de las mujeres que atraviesan esta etapa de su vida. Además, se busca proporcionar información relevante que pueda contribuir a la mejora de la atención médica y la calidad de vida de las mujeres en el contexto de la menopausia.

2.1 Sexo y género

El tema del sexo y el género es de gran importancia en el ámbito social y cultural, ya que influye en la forma en que las personas se perciben a sí mismas y cómo son percibidas por los demás. El sexo se refiere a las características biológicas que diferencian a hombres y mujeres, como los órganos sexuales y los cromosomas. Por otro lado, el género se refiere a las características y roles que la sociedad asigna a hombres y mujeres.

Es importante destacar que el sexo y el género son conceptos diferentes y no siempre están completamente alineados. Si bien la mayoría de las personas tienen un sexo biológico determinado al nacer, el género es una construcción social y puede variar de una cultura a otra. Algunas personas pueden identificarse con el género que se les asignó al nacer, mientras que otras pueden no sentirse cómodas con esa asignación y pueden identificarse con otro género. Sobre lo anterior, Martínez¹⁵ menciona lo siguiente:

El sexo y el género son determinantes importantes de la salud y el bienestar. El sexo se refiere a un conjunto de atributos biológicos asociados con características físicas y fisiológicas que incluyen cromosomas, expresión génica, función hormonal y anatomía reproductiva/sexual. Generalmente se clasifica como femenino o masculino, aunque hay una variación en los atributos biológicos que constituyen el sexo y cómo se expresan esos atributos. El género se refiere a los roles, comportamientos e identidades socialmente construidos de las personas de sexo femenino, masculino o con diversidad de género. Influye en cómo las personas se comportan e interactúan, y en la distribución de poder y recursos en la sociedad. Habitualmente se conceptualiza incorrectamente como un factor binario (femenino/masculino), pero en realidad las identidades de género son más amplias⁹.

2.2 Salud

El concepto de salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶, se refiere a un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de enfermedad o dolencia. Es un estado dinámico en el que una persona puede desarrollar y utilizar sus capacidades al máximo, adaptarse a los cambios del entorno y enfrentar los desafíos de la vida de manera efectiva.

Esto implica que la salud no se limita únicamente al aspecto físico, sino que también incluye el bienestar emocional y social de una persona. El bienestar físico se refiere al estado de salud del cuerpo, incluyendo la ausencia de enfermedades, la capacidad para llevar a cabo actividades físicas y la preservación de un adecuado funcionamiento de los sistemas y órganos del cuerpo. El bienestar mental abarca el estado emocional y psicológico de una

persona. Esto implica tener una buena salud mental, una mente equilibrada, la capacidad de manejar el estrés, mantener relaciones saludables y disfrutar de una buena calidad de vida emocional. El bienestar social se refiere a la capacidad de interactuar y participar en la sociedad de manera satisfactoria. Esto incluye mantener relaciones sociales significativas, tener un entorno social favorable, participar en actividades comunitarias y tener acceso a recursos y servicios necesarios para satisfacer las necesidades básicas⁷.

Por su parte, Martínez¹⁵ menciona que, a lo largo del tiempo, el concepto de salud ha experimentado cambios y evoluciones, lo que refleja su naturaleza dinámica. Es importante tener en cuenta que la definición de salud es subjetiva y consensuar una única definición resulta imposible. Cada cultura y contexto social contextualiza la salud de manera diferente. Además, la descripción y explicación de la salud y la enfermedad no son independientes de quién las realiza y desde qué posición.

Desde esta perspectiva, la diversidad de conceptos, teorías, métodos y técnicas relacionados con la salud genera tanto conflictos como consensos entre los diferentes actores sociales involucrados. La concepción tradicional de salud se ha ampliado hacia un enfoque más integral, capaz de abordar la complejidad de la relación entre la sociedad y la salud de los individuos, grupos y comunidades.

La situación de salud de un grupo de población determinado se entiende como un conjunto de problemas de salud que son descritos y explicados desde la perspectiva de un actor social en particular. Es decir, la percepción y las decisiones en relación con la salud se basan en la interpretación de dicha situación por parte de los actores involucrados. Durante mucho tiempo, la salud se definió en términos negativos, como la mera ausencia de enfermedad e invalidez.

En esta línea se han planteado perspectivas críticas hacia el concepto desarrollado por la OMS.¹⁶ Milton-Terris et al. destacan que la salud no puede ser considerada como un estado absoluto, sino que existen diferentes grados de bienestar. En consecuencia, proponen modificar la definición de la OMS eliminando el término completo. Según su propuesta, la

salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Finalmente, estas perspectivas tienden a generar una separación entre la salud y la enfermedad, como si fueran dos entidades independientes, a pesar de reconocer que son componentes interrelacionados de un mismo proceso. A veces, por conveniencia, se fragmenta el significado de la salud, a pesar de la importancia del entorno y el contexto, dado su carácter interdisciplinario.

2.3 Salud sexual

Según lo definido por la Organización panamericana de la salud (OPS), el término “salud sexual” se refiere a la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.¹⁷

El bienestar general de las personas está íntimamente ligado a su salud sexual, la cual abarca diversos aspectos como la anatomía, la fisiología, las relaciones íntimas y el funcionamiento psicológico. Para asegurar una vida sexual satisfactoria y saludable, es fundamental considerar los factores que afectan la salud sexual.¹⁷

La salud del sexo depende de la comprensión de la sexualidad humana y los factores que pueden afectarla. Entre los componentes se encuentran la educación sexual, la comunicación en las relaciones íntimas, el consentimiento, la diversidad sexual, la salud reproductiva y los trastornos sexuales. La educación sexual es un aspecto vital de la promoción de la salud sexual. Brinda información confiable y basada en evidencia sobre anatomía y fisiología sexual, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual y consentimiento.¹⁷

La provisión de una educación sexual adecuada empodera a las personas para tomar decisiones acertadas sobre su salud sexual y garantizar una experiencia segura y satisfactoria.¹⁷

Los trastornos sexuales, como la disfunción eréctil, la disfunción del deseo sexual hipoactivo y la anorgasmia, pueden afectar la salud sexual. La comprensión de estos trastornos y la búsqueda de tratamiento adecuado son importantes para abordarlos y promover una salud sexual satisfactoria.¹⁸

La salud reproductiva es un aspecto fundamental de la salud sexual. Incluye el acceso a la atención prenatal y postnatal, la planificación familiar, el manejo de la fertilidad y el tratamiento de las enfermedades y condiciones relacionadas con la salud reproductiva.¹⁸

La Salud sexual, no se limita a la mera ausencia de enfermedades o disfunciones sexuales, sino que abarca un enfoque integral que busca fomentar una actitud positiva y respetuosa hacia la sexualidad en todas sus manifestaciones. Implica la capacidad de disfrutar de relaciones sexuales seguras, consensuadas y satisfactorias, así como la libertad de tomar decisiones informadas y responsables acerca la vida sexual.

Para alcanzar un óptimo estado de salud sexual, es fundamental tener acceso a una educación sexual adecuada, así como a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. Esto implica contar con información precisa y actualizada sobre temas relacionados con la sexualidad, así como con el apoyo y los recursos necesarios para tomar elecciones saludables y responsables.

2.4 Anatomía de órganos implicados en el ciclo ovarico normal y menopausia

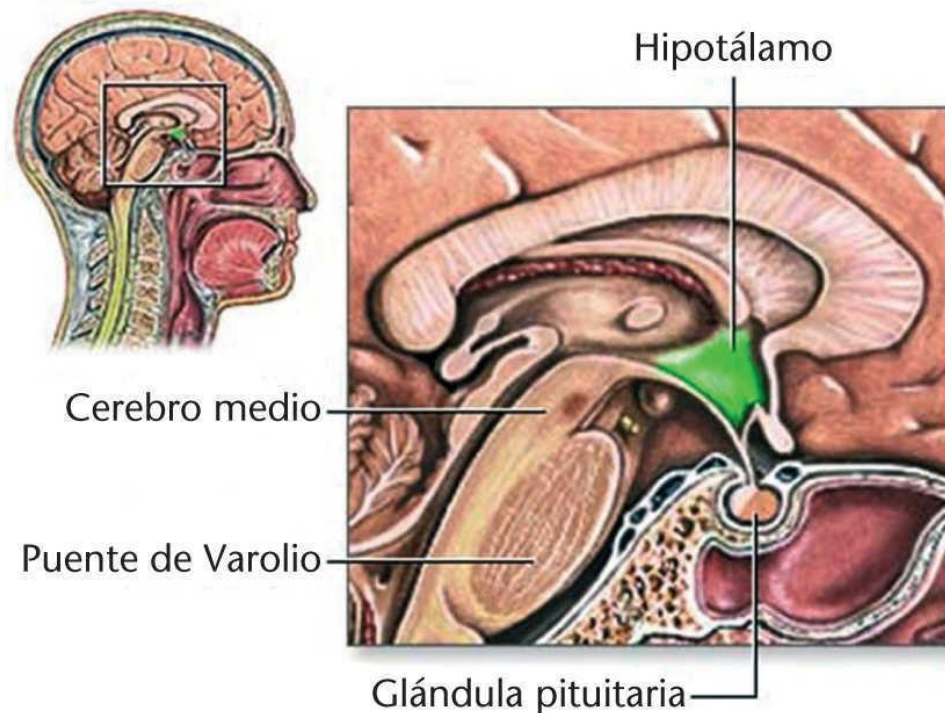
Con el fin de comprender correctamente como se dan el ciclo ovárico, es necesario saber su anatomía y las funciones desempeñadas por los órganos involucrados en el mismo.

2.4.1 Hipotálamo

Organo considerado centro de regulacion de las actividades simpaticas y paarsimpaticas que se dan en el organismo. La parte anterior, se encarga de la estimulacion vagal y sacra, relacionada al ritmo cardiaco, vasodilatacion periférica, aumenta el tono y la motilidad de las paredes tanto vesical como la del tracto digestivo y la ingesta de agua.

Mientras que la region posterior de este órgano, está relacionada con las funciones simpaticas, actuando en a nivel metabolico y somatico, como en estrés emocional, combate o fuga. ¹⁹

Figura 1: Localización del Hipotálamo

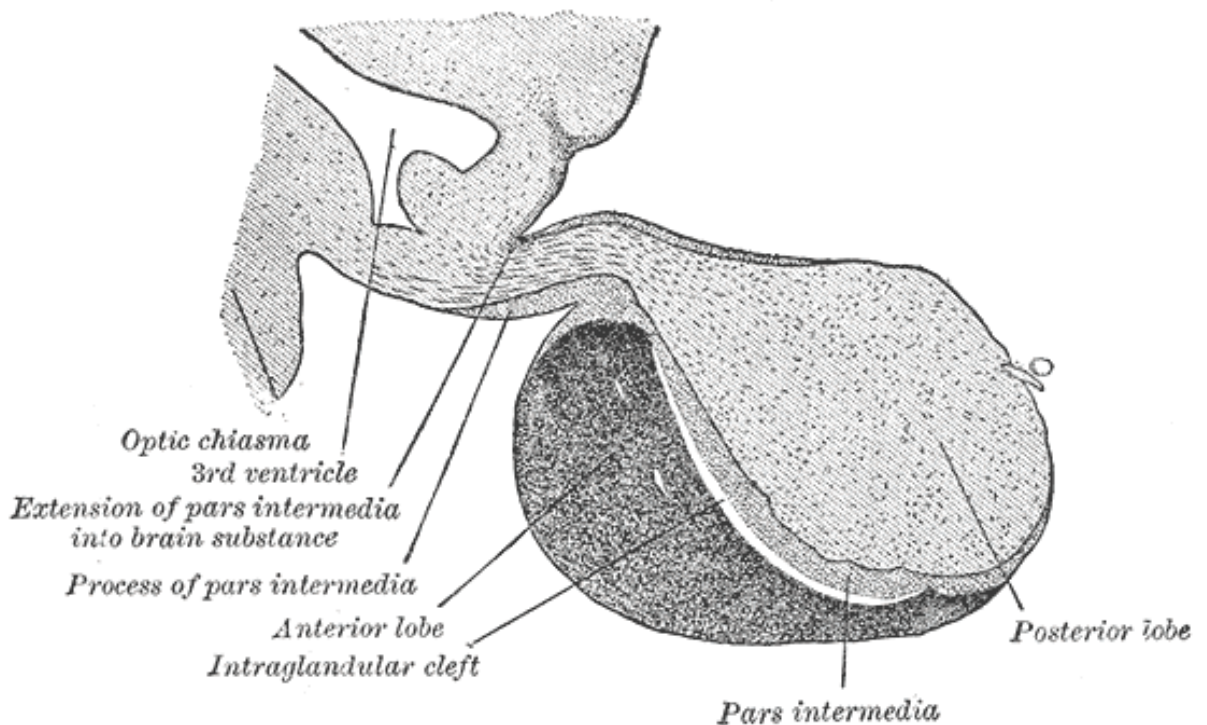


Fuente: Imagen tomada de la referencia²⁰

2.4.2 Hipófisis

Es un órgano, situado en la silla turca, la cual se encuentra en el cuerpo esfenoidal, debajo del quiasma óptico. Se compone de hipofisis anterior y posterior. Cuando se habla de la hipofisis anterior, su función se basa en síntesis y secreción de hormonas como tirotrópina, la hormona del crecimiento, prolactina y gonadotropinas. La hipofisis posterior, por su parte es encargada de producir vasopresina y oxitocina. El funcionamiento de la hipofisis, está regulado por acción del hipotálamo, con los receptores celulares. ²¹

Figura 2: Hipófisis con sus respectivas divisiones (Anterior y Posterior) y su relación con el hipotálamo



Fuente: Imagen tomada de la referencia²²

2.4.3 Ovarios

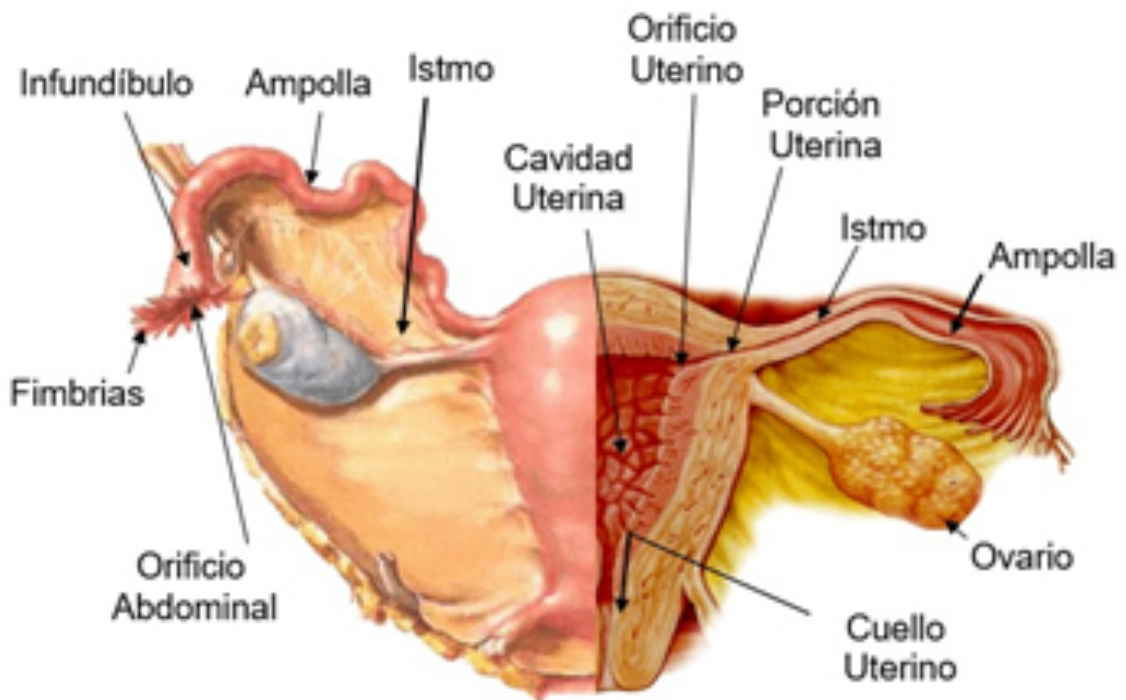
Como se sabe, son dos glándulas ubicadas en la pelvis femenina fijados por medio de ligamentos. Estos, se diferencian desde su etapa embrionaria, ya que a partir del quinto mes, se definen tres capas, que son la medula, la corteza y el hilio. La medula, contiene las células germinales, los oocitos. El hilio por su parte, posee los nervios, vasos, tejido linfático y de sosten. Pero la capa más importante, es la corteza, donde se sitúan los folículos ováricos, donde los oocitos se van a madurar. Los ovarios, además, secretan hormonas femeninas como la progesterona y los estrógenos.²³

2.4.4 Útero

Es el órgano encargado del ciclo menstrual por su regeneración y desprendimiento epitelial. Este a su vez, tiene tres porciones, el fondo que está relacionado íntimamente con

las trompas uterinas. El cuerpo, el cual se compone por el endometrio, donde está el endometrio, que es una capa interna y el miometrio, el primero, es el que sufre cambios mensuales inducido por hormonas que producen un desprendimiento de esa capa la cual se vuelve a regenerar en cada ciclo menstrual²⁴. El cervix, que es la entrada, vecino directo de la vagina. El cervix a su vez, produce moco, que cambia con respecto al ciclo hormonal que se esté dando²⁵.

Figura 3: Útero y ovarios



Fuente: Imagen tomada de referencia²⁶

2.5 Cambios evolutivos a lo largo de la vida femenina

Como se sabe, los seres humanos envejecen, pero durante este proceso, se dan una serie de cambios fisiológicos. Esta investigación está basada en la menopausia, por lo que es importante conocer a fondo todo el proceso que se lleva a cabo hasta llegar a esta etapa.

Vatman- Vega, en su artículo mencionan que, la fisiología reproductiva de la mujer es un campo complejo y dinámico que abarca desde las etapas embrionarias hasta el envejecimiento.

La comprensión de estos procesos es esencial para el manejo clínico adecuado de la salud reproductiva de la mujer y para ofrecer opciones de tratamiento efectivas a lo largo de su ciclo de vida.

En cuanto a la etapa embrionaria y desarrollo del sistema reproductivo: Desde el desarrollo embrionario temprano, la diferenciación sexual es un proceso crucial para la formación del sistema reproductivo de la mujer. Las células germinales primordiales migran a las gónadas en desarrollo, los ovarios, donde se forman las reservas de folículos primordiales. Estos folículos primordiales contienen ovocitos que serán liberados en cada ciclo menstrual durante la vida reproductiva de la mujer. La regulación precisa de las señales moleculares y genéticas es esencial para el desarrollo adecuado y la función óptima del sistema reproductivo en esta etapa.

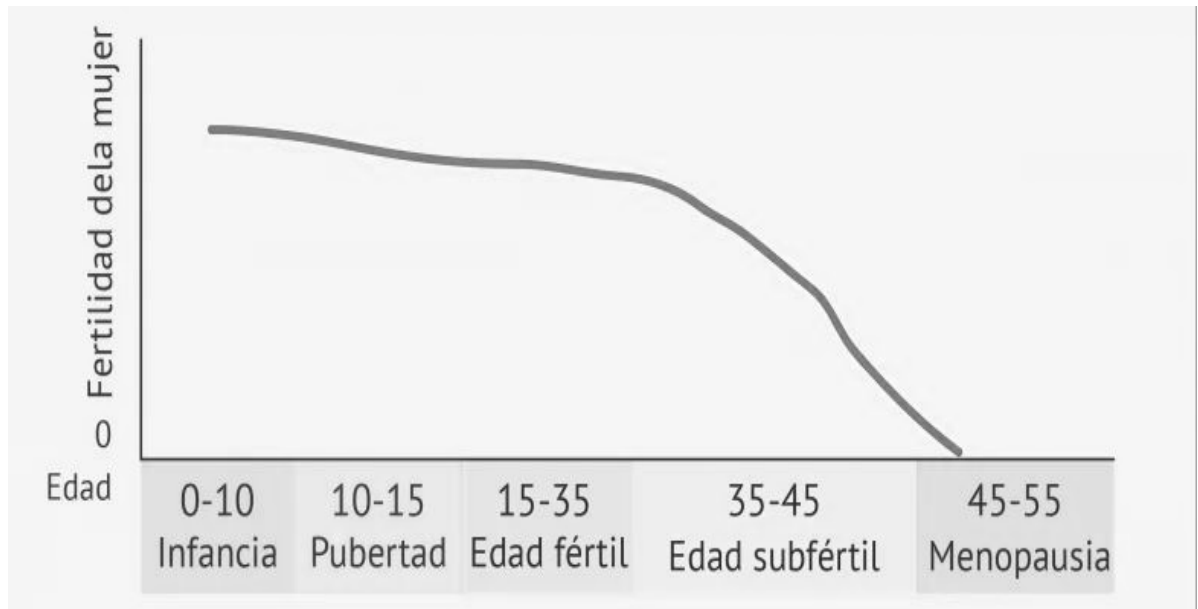
Durante la Pubertad, se da una activación del eje reproductivo. La pubertad marca la maduración sexual y el inicio de la capacidad reproductiva de la mujer. Durante esta etapa, el sistema reproductivo es estimulado por el aumento de la liberación de hormonas gonadotropinas desde la glándula pituitaria, lo que activa el eje hipotálamo-hipofisario-ovárico. Esta activación desencadena la foliculogénesis, un proceso complejo que involucra el crecimiento y la maduración de los folículos primordiales bajo la influencia de las hormonas gonadotropinas y el estradiol. La ovulación, liberación del ovocito maduro, marca el inicio de la fase reproductiva y la capacidad de concebir.

La foliculogénesis es un proceso continuo y altamente regulado en el cual los folículos primordiales seleccionados experimentan crecimiento y maduración cíclica. Esta etapa del ciclo menstrual está bajo la influencia de las hormonas gonadotropinas, específicamente la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), así como el estradiol y

la inhibina. A medida que los folículos maduran, aumenta la producción de estradiol, lo que provoca una retroalimentación negativa en la hipófisis, disminuyendo la producción de FSH y LH. Finalmente, el folículo dominante alcanza la madurez y se libera durante la ovulación, siendo potencialmente fertilizado por un espermatozoide.

La fertilidad de la mujer, está estrechamente relacionada con la calidad y cantidad de ovocitos disponibles en los ovarios. A medida que la mujer envejece, el número de folículos primordiales disminuye progresivamente, afectando la calidad ovocitaria y la tasa de éxito en la concepción. A partir de los 35 años, esta disminución en la calidad ovocitaria se vuelve más pronunciada, lo que aumenta las dificultades para lograr un embarazo y aumenta el riesgo de anomalías cromosómicas en el embrión. Además, el daño ovárico puede ser causado por una variedad de factores, tratamientos médicos como la radioterapia y la quimioterapia, enfermedades autoinmunitarias, cirugías ováricas y factores genéticos. Estos agentes pueden afectar negativamente tanto la cantidad como la calidad de los folículos, comprometiendo la fertilidad de la mujer. Además, ciertas condiciones médicas, como el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la endometriosis, también pueden afectar la función ovárica y la ovulación.

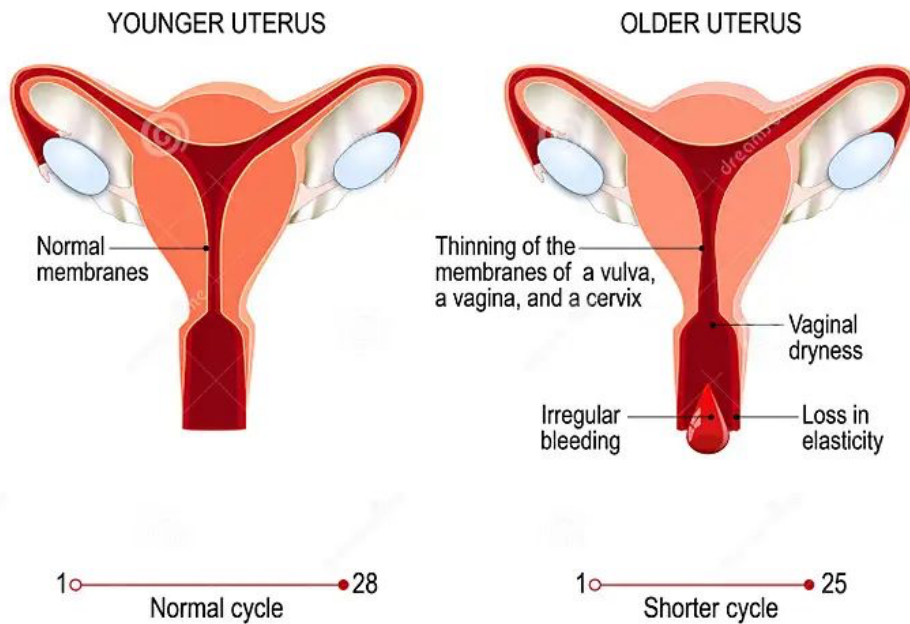
Figura 4: Fertilidad con respecto a la edad de la mujer



Fuente: Imagen tomada de la referencia²⁷

Con la llegada de la menopausia, el sistema reproductivo de la mujer experimenta un cambio drástico. La menopausia marca el cese de los ciclos menstruales y la declinación de la función ovárica. El manejo clínico de la menopausia es esencial para abordar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa. Con un enfoque médico sólido y comprensión científica, podemos apoyar la salud reproductiva de la mujer y mejorar su bienestar en todas las etapas de su vida.

Figura 5: Comparación del sistema reproductor femenino de una mujer joven con el de una mujer añosa



Fuente: Imagen tomada de la referencia²⁷

2.6 Ciclo ovárico

El ciclo ovárico es el proceso cíclico que ocurre en los ovarios de la mujer y está regulado por hormonas. Durante este ciclo, los ovarios experimentan cambios fisiológicos y hormonales con el objetivo de liberar un ovocito maduro y preparar el endometrio para la implantación en caso de fecundación. El ciclo ovárico se divide en varias fases, que incluyen la fase folicular, la fase ovulatoria y la fase lútea.

En esta línea, Mendoza¹⁹ plantea que el reclutamiento es la fase en la que varios folículos primordiales son estimulados por altos niveles de hormona folículo estimulante

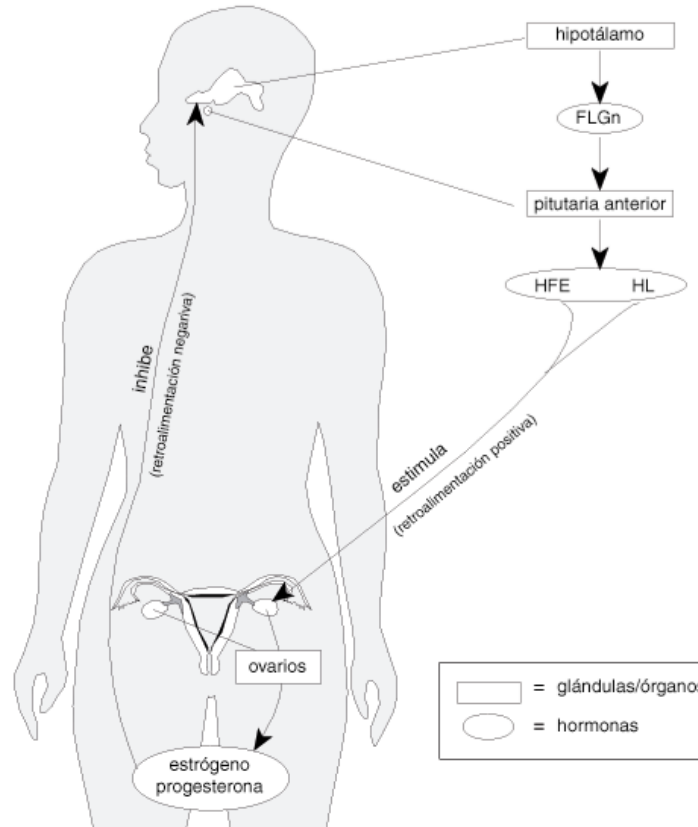
(FSH) al comienzo de la fase folicular. Estos folículos primordiales comienzan a crecer y desarrollarse.

En la fase de selección, uno de los folículos reclutados se vuelve dominante y continúa su desarrollo, mientras que los demás folículos experimentan atresia y se degeneran. Este folículo seleccionado se convierte en el folículo dominante. La fase de dominancia ocurre cuando el folículo dominante se vuelve dependiente de la acción de las gonadotropinas, especialmente la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). El folículo dominante crece y se desarrolla aún más, formando una cavidad llena de líquido llamada antro folicular. El ovocito se sitúa excéntricamente en el folículo rodeado por células de la granulosa, formando el cumulus oophorus¹⁹.

Durante esta fase, las células de la granulosa producen altos niveles de estrógenos, alcanzando su pico máximo aproximadamente 24-36 horas antes de la ovulación. Estos altos niveles de estrógenos desencadenan un pico de LH, que promueve la luteinización de las células de la granulosa y la producción de progesterona.

La progesterona, en conjunto con los estrógenos, desencadena una retroalimentación positiva sobre la hipófisis, lo que resulta en un pico de LH y FSH que acompaña a la ovulación. La LH induce la ovulación y la formación del cuerpo lúteo, una estructura temporal que produce progesterona y prepara el endometrio para la posible implantación de un embrión. El folículo ovárico se convierte en el cuerpo lúteo después de un tiempo. El cuerpo albicans es un cuerpo blanco si no hay fecundación. El comienzo de un nuevo ciclo ovárico está marcado por el final de la fase lútea.

Figura 6: Retroalimentación Positiva



Fuente: imagen tomada de la referencia¹⁹

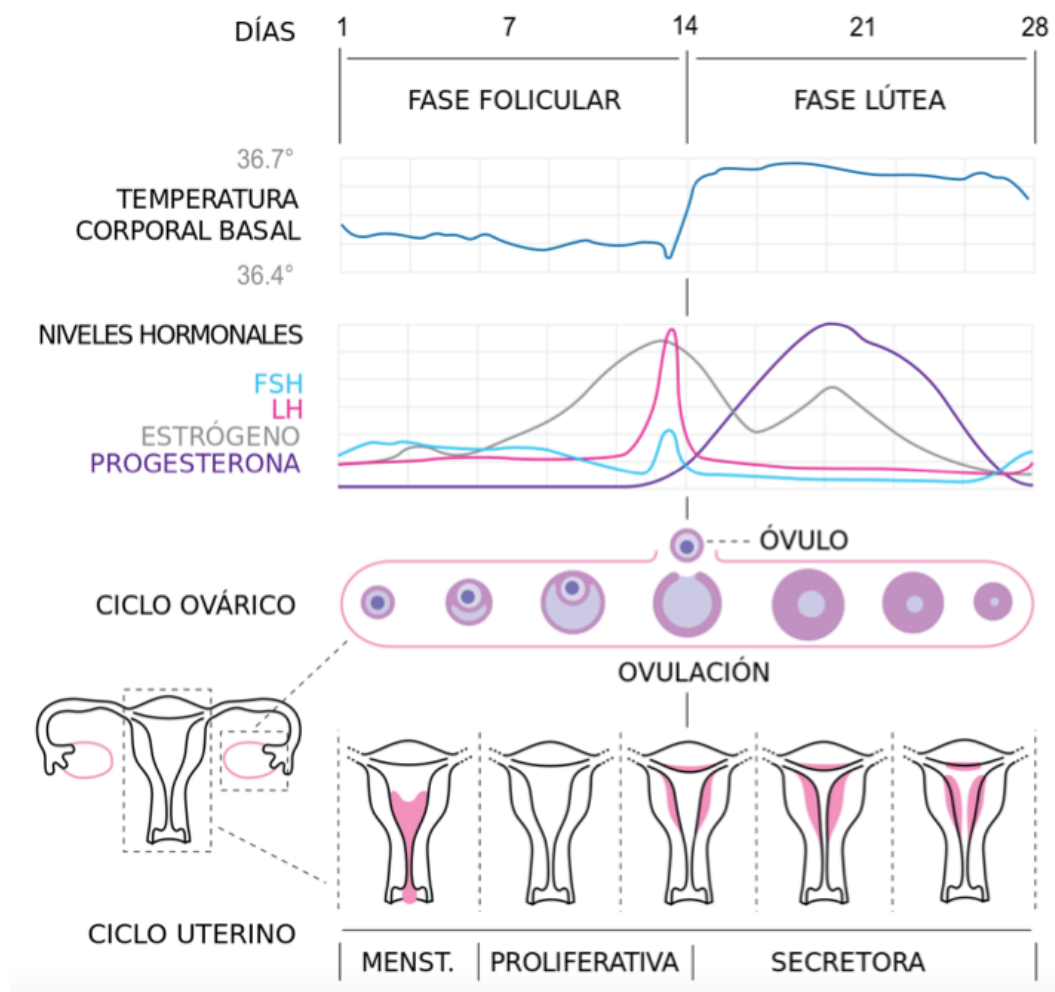
De acuerdo con Mendoza²⁸, en el sistema cíclico de la fase folicular, se pueden distinguir varias etapas, como se muestra a continuación:

- Reclutamiento: Esta etapa comienza al final de la fase lútea del ciclo ovárico anterior y se extiende hasta el 5º-7º día del ciclo actual. Durante esta fase, las concentraciones de gonadotropinas son bajas y se produce la activación de algunos folículos de la cohorte debido a la disminución de los niveles de estradiol y progesterona.
- Selección: En esta etapa, que ocurre entre el 5º-7º día del ciclo ovárico, se produce la selección de un folículo dominante que continuará su desarrollo y ovulará. Los estrógenos desempeñan un papel importante en este proceso al interactuar con la FSH (hormona folículo estimulante) dentro del folículo y al ejercer un efecto de retroalimentación negativa sobre la secreción de FSH en la hipófisis. Esto lleva a la supresión del crecimiento de otros folículos y al desarrollo del folículo dominante,

que presenta una mayor vascularización y cantidad de receptores de FSH en las células de la granulosa. Además, durante esta etapa, pueden aparecer receptores de LH en las células de granulosa, lo que permite que la LH (hormona luteinizante) sustituya parcialmente a la FSH en la promoción del desarrollo folicular.

- **Dominancia:** Esta fase corresponde al crecimiento folicular que precede a la ovulación. Durante esta etapa, el folículo dominante controla su propio crecimiento y el entorno endocrino, así como las vías reproductivas y el eje hipotálamo-hipofisario, en preparación para la ovulación. **Fase ovulatoria:** En esta fase, que culmina con la ovulación, el folículo experimenta un crecimiento acelerado y se acerca a la superficie del ovario. Las células de la granulosa aumentan de volumen y presentan vacuolas lipídicas, mientras que la teca se vuelve altamente vascularizada. Justo antes de la rotura folicular, se produce una mayor vascularización en el polo cercano a la superficie del ovario, lo que lleva a la ruptura del folículo. La liberación del líquido folicular es gradual y se han propuesto dos hipótesis para explicar la liberación del ovocito: los cambios en la composición del líquido folicular debido a las variaciones hormonales y la presión osmótica, y la síntesis de sustancias proteolíticas que digieren el colágeno de la pared folicular¹⁹.

Figura 7: Fases del ciclo ovárico



Fuente: Imagen tomada de referencia²⁸

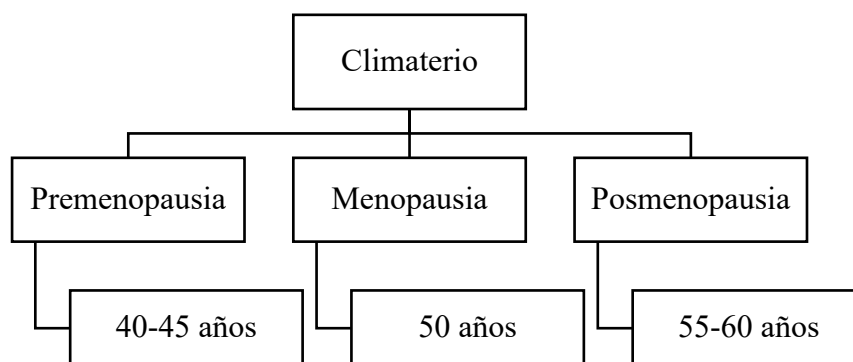
2.7 Climaterio

Según Gonzalez²⁹, el término climaterio se refiere a la transición gradual que experimenta una mujer durante la etapa de su vida en la que desaparecen las menstruaciones y se presentan cambios biológicos y psicológicos. El climaterio es influenciado en gran medida por factores sociales.

Lugones-Quintana-Cruz³⁰, explican que el climaterio comprende tres etapas, La Premenopausia, la cual se da desde que inician los síntomas climatéricos, La Menopausia

como tal, que sucede cuando se suspende la menstruación, durante doce meses continuos y la posmenopausia, periodo que abarca a partir de los 5 años de haber presentado la menopausia.

Figura 8: Períodos del climaterio



Fuente: Imagen tomada de la referencia³⁰

El climaterio se caracteriza por la disminución progresiva de las hormonas ováricas, lo que lleva a la desaparición de las menstruaciones y a la aparición de signos de des feminización. Este período comienza alrededor de los 40 años y se extiende hasta los 64 años. Dentro de él se encuentra la llamada "edad mediana", que abarca desde los 40 hasta los 59 años²⁹.

La privación de estrógeno durante el climaterio se asocia con diversos signos y síntomas que afectan el bienestar de las mujeres. Estos pueden incluir oleadas de calor, sudoración profusa, trastornos del sueño, inestabilidad socioemocional, sequedad de la piel, mucosas y genitales debido a la atrofia de los tejidos, disminución de la autoestima y dificultades en las relaciones personales y sociales²⁹.

Los trastornos que se presentan durante el climaterio se pueden clasificar en nueve grupos:

1. Neurovegetativos: incluye oleadas de calor, sudoración y palpitaciones.
2. Psicológicos: depresión, irritabilidad y ansiedad

3. Del sueño: insomnio y fragmentación del sueño
4. Urinarios: incontinencia y urgencia urinaria.
5. Manifestaciones articulares: dolor en las articulaciones y en la zona lumbar
6. De piel y mucosas: atrofia y sequedad de la piel y las mucosas.
7. Cambios en el peso: aumento de peso y alteraciones en la distribución de la grasa corporal.
8. Alteraciones en los lípidos y enfermedades cardiovasculares
9. Osteoporosis

El climaterio es un período fisiológico que marca la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva en las mujeres. Comprende de 2 a 8 años antes y después de la menopausia. Durante esta etapa, se producen cambios neuroendocrinos que aumentan la sensibilidad biológica de la mujer a su entorno.

El climaterio coincide con un período complejo en la vida de la mujer debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que experimenta. Aunque haya concluido su ciclo reproductivo, las mujeres de edad mediana siguen desempeñando roles importantes en la sociedad, participando activamente en la vida comunitaria y manteniendo responsabilidades en el hogar y la familia. Esto puede contribuir a que los síntomas del climaterio se intensifiquen y se presenten con mayor frecuencia debido a los factores sociales que recaen sobre las mujeres en virtud de su género²⁹.

En la edad mediana, las mujeres también pueden experimentar una reevaluación de su vida y de sus logros personales. Se replantean el sentido de la vida, los valores propios y los de las personas significativas. Este proceso de revalorización de la propia vida se describe en la psicología como la segunda crisis de identidad.

2.7.1 Actitud ante el climaterio

Actitud, se describe como el comportamiento habitual que se produce ante una circunstancia, la cual se manifiesta como actitud positiva o actitud negativa. La actitud

positiva permite que el individuo pueda afrontar una situación enfocándose únicamente en los beneficiosos y, enfrenta la realidad de una forma sana, positiva y efectiva. La actitud negativa no permite al individuo aprender de la situación que se está viviendo produciéndole frustración, y resultados desfavorables que no permiten el alcance de los objetivos trazados.³¹

Las actitudes hacia el climaterio reflejan las ideas generales que tiene la mujer, con dos planteamientos contrapuestos: una opinión positiva, en la que se destaca un carácter de normalidad y los factores favorables que se derivan de ella, y otra negativa, que hace hincapié en el climaterio como un indicador del inicio del envejecimiento y punto de partida de un deterioro que se concreta en la pérdida de capacidades. Estas actitudes tienen un papel clave en como una mujer vive esta etapa.

El climaterio puede alterar el estado de ánimo de la mujer, y esto se produce porque al disminuir los estrógenos, también disminuyen las endorfinas a nivel cerebral, sustancias que producen tranquilidad, buen ánimo y bienestar. En este periodo, algunos matrimonios entran en crisis y terminan en divorcio. Habitualmente la mujer se siente incomprendida, por lo que su actitud varía ante esta situación.

2.8 Menopausia

La menopausia es un proceso natural que experimentan las mujeres a medida que llegan al final de su etapa reproductiva. Se caracteriza por la disminución gradual de la producción de hormonas sexuales, especialmente estrógeno y progesterona, y conduce al cese de la menstruación. Este período de transición puede generar diversos síntomas físicos y emocionales que varían en intensidad y duración de una mujer a otra.

Un aspecto importante que debe considerarse es el hecho que la expectativa de vida se ha incrementado notablemente en los últimos 50 años, debido al innegable avance en los sistemas de salud que ha aumentado la expectativa de vida del orden a 79 años en las mujeres costarricenses y por supuesto no es un logro aislado de nuestra sociedad ya que en los países industrializados el incremento es aún mayor.³²

En Costa Rica la situación de salud de las mujeres ha mejorado sustancialmente en las últimas cinco décadas, debido al fortalecimiento de las condiciones sanitarias y a la disminución de los riesgos obstétricos, gracias a la caída de la fecundidad y al aumento de la cobertura sanitaria materno-infantil, así como los avances en la escolaridad de la población femenina, entre otras importantes medidas. Sin embargo, persisten una serie de problemas e inequidades como consecuencia de las brechas sociales y regionales que aún imperan. Lo anterior es reforzado por un enfoque limitado de la salud de las mujeres, basado en lo biológico y que enfatiza su función reproductiva.³²

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y del Ministerio de salud:

1. la Prevalencia, Se puede afirmar que un 88% de las mujeres de edad superior a los 50 años se encuentran en el periodo de la menopausia
2. Edad de inicio: La edad promedio en la que las mujeres entran en la etapa de la menopausia se encuentra entre los 47- 51 años.
3. Incidencia de síntomas: Presentes en un 82% de las mujeres diagnosticadas, La incidencia de los síntomas más comunes asociados con la menopausia, como sofocos, sudores nocturnos, sequedad vaginal, cambios de humor y problemas para dormir.
4. Factores de riesgo y protectores: Los factores que pueden influir en la edad de inicio de la menopausia y en la experiencia de los síntomas asociados. Estos factores podrían incluir factores genéticos, estilo de vida, historia reproductiva, entre otros.
5. Impacto en la salud: El análisis del impacto de la menopausia en la salud de las mujeres en términos de enfermedades crónicas, salud cardiovascular, salud ósea y otros aspectos de bienestar físico y mental.

De acuerdo con Nelson et al.³³, la menopausia es un evento biológico que ocurre típicamente alrededor de los 45-55 años, marcando el final de la capacidad reproductiva de una mujer. Durante este proceso, se produce una serie de cambios hormonales que pueden afectar la calidad de vida y el bienestar de las mujeres. Por su parte, Smith et al.¹⁴ plantea que la menopausia se caracteriza por la disminución gradual de la producción de hormonas

sexuales, como el estrógeno y la progesterona, lo que conduce a cambios significativos en el cuerpo y en la salud de las mujeres.

En relación con los síntomas experimentados durante la menopausia, investigaciones realizadas por Woods et al.³⁵ destacan que las mujeres pueden experimentar una amplia gama de síntomas físicos y emocionales, que van desde sofocos, sequedad vaginal y cambios de humor, hasta dificultades para dormir y problemas de memoria. Estos síntomas pueden variar en intensidad y duración en cada mujer.

Además de los síntomas, la menopausia también está asociada con cambios en la salud ósea. Según los estudios de Manson et al.¹⁶, la disminución de los niveles de estrógeno durante la menopausia puede aumentar el riesgo de osteoporosis y fracturas óseas, lo que destaca la importancia de mantener una adecuada salud ósea durante esta etapa de la vida. Igualmente, Avis et al.¹⁷ los factores genéticos, el estilo de vida y el estado de salud general pueden influir en la experiencia de la menopausia y la manifestación de los síntomas.

Por su parte, Sordia³⁶ menciona que, a lo largo de la vida reproductiva, se produce una disminución gradual en la cantidad de folículos, lo cual se asocia con un decremento en el potencial reproductivo. El desarrollo folicular comienza desde la vida intrauterina y se divide en tres fases: colonización, organización y compartimentación. Durante estas etapas, los folículos se forman y experimentan crecimiento y desarrollo. Sin embargo, a lo largo del tiempo, el número de folículos se reduce debido a procesos como la atresia y la migración.

Según Sordia³⁶, las investigaciones han sugerido que la disminución de los folículos durante la menopausia no sigue un patrón constante y logarítmico. Algunos estudios han propuesto que después de los 38 años, el ritmo de desaparición de los folículos aumenta significativamente, siendo tres veces mayor que en mujeres jóvenes. Además, se ha observado que existen diferencias en la población de folículos entre mujeres jóvenes y aquellas mayores de 39 años, lo que puede influir en la velocidad a la que se pierden los folículos. Varios factores pueden acelerar la depleción folicular, como la predisposición

familiar, terapias médicas, infecciones y enfermedades autoinmunes. Por el contrario, se ha encontrado que el uso de anticonceptivos orales puede retrasar la aparición de la menopausia.

Es importante destacar que antes de la menopausia, se produce una disminución significativa en la función ovárica, lo que afecta la fertilidad de la mujer. Los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) se utilizan como indicadores de la reserva ovárica y la fertilidad. Niveles elevados de FSH están asociados con una disminución importante en la fertilidad y reducen las posibilidades de embarazo³⁷.

Si bien no existe un marcador biológico definitivo para diagnosticar la menopausia, se utiliza la presencia de amenorrea por un año, niveles elevados de FSH y bajos niveles de estradiol como criterios para documentarla.

2.8.1 Endocrinología de la menopausia

Durante el periodo de transición menopáusica, es común observar un incremento sostenido en los niveles de hormona folículo estimulante (FSH). Este aumento es más pronunciado durante la fase folicular temprana, específicamente durante la menstruación y justo después. Este incremento se observa a partir de los 35 años y también ocurre con los niveles de hormona luteinizante (LH), aunque en menor medida que la FSH. Se postula que la disminución de los niveles de inhibina durante la fase folicular temprana determina el incremento en los niveles de FSH, lo que produce una maduración folicular acelerada. Esto se evidencia por los niveles elevados de estradiol presentes en esta fase, lo que acorta la duración de la fase folicular del ciclo menstrual. Como resultado, se presentan ciclos menstruales cortos e irregulares, que son comunes en las mujeres en transición menopáusica³⁶

De acuerdo con Sordia³⁶, a medida que la reserva folicular en el ovario se agota, los folículos restantes son menos reactivos a la estimulación de las gonadotropinas, lo que se traduce en un aumento gradual de los niveles de FSH. A partir de este punto, se pierde la ciclicidad del desarrollo folicular, así como la ovulación y la menstruación, lo que da lugar a

la aparición de oleadas impredecibles de los niveles de estrógeno. Estos niveles elevados de estrógeno actúan sin oposición progestacional, lo que puede resultar en sangrados irregulares, a veces abundantes y molestos. Posteriormente, se observa un aumento en los niveles de LH, que ya no están frenados por los niveles circulantes de estrógeno.

Durante el periodo de transición peri menopáusica, los niveles de estrógeno son muy irregulares. A medida que la reserva ovárica disminuye y los niveles de inhibina también disminuyen, los niveles circulantes de estrógeno tienden a aumentar. Sin embargo, posteriormente, estos niveles comienzan a disminuir a medida que la función ovárica se agota. El descenso marcado en los niveles circulantes de estradiol y estrona es más evidente aproximadamente seis meses antes de la menopausia.

Después de que la menopausia se ha establecido, se producen cambios significativos en los niveles de estrógeno, incluyendo una marcada disminución en los niveles circulantes de estradiol y estrona. Los niveles de estradiol en esta fase oscilan entre 10 y 25 pg/mL, pero pueden ser más altos en mujeres obesas debido a una mayor conversión periférica. Los niveles de estrona, especialmente el sulfato de estrona, sirven como reservorio de estrógenos en la postmenopausia y tienen un promedio de alrededor de 350 pg/mL³⁶.

Según Sordia³⁶, la inhibina B, una glicoproteína secretada por las células de la granulosa, está relacionada con la retroalimentación con la FSH. Durante la perimenopausia, los niveles de inhibina B disminuyen y este descenso comienza a partir de los 35 años, progresando a medida que la mujer envejece. La producción de inhibina por parte de las células de la granulosa está asociada al grupo de folículos en desarrollo, por lo que los niveles de inhibina pueden reflejar la cantidad de folículos reclutados del reservorio primordial. A medida que la edad avanza, estos niveles de inhibina disminuyen.

La activina A, secretada por las células de la granulosa, también desempeña un papel importante en la estimulación de la expresión del receptor de FSH. Se ha observado que en mujeres de edad avanzada existe una disminución de los niveles de inhibina B junto con un aumento de los niveles de activina A. La acción de la activina A, en combinación con una

función mejorada de la FSH, puede promover el crecimiento y la diferenciación de las células de la granulosa.

En cuanto a los andrógenos, se han descrito cambios variables en los niveles de estas hormonas durante la menopausia. Alrededor de la menopausia, se ha observado una pequeña pero significativa disminución en los niveles de testosterona, androstenediona y la globulina transportadora de hormonas sexuales. También se han reportado disminuciones del 20 al 50% en los niveles de testosterona y del 50% en los niveles de androstenediona en comparación con mujeres en edad reproductiva.

Es importante tener en cuenta la contribución de la glándula suprarrenal en los niveles de andrógenos durante la menopausia. Los niveles de androstenediona, dehidroepiandrosterona y sulfato de dehidroepiandrosterona también disminuyen, y no se ha encontrado una alteración en la relación entre estas hormonas y la testosterona. Además, la disminución en la globulina transportadora de hormonas sexuales conduce a un aumento en los niveles de testosterona biodisponible³⁶.

2.9 Aspectos clínicos de la menopausia

Sordia³⁶ plantea que la disminución de la fertilidad en las mujeres ocurre principalmente entre los 35 y 38 años, alrededor de 10 a 15 años antes de la menopausia. Además, se ha relacionado la edad materna superior a los 35 años con un mayor riesgo de aborto espontáneo, anomalías cromosómicas y complicaciones tanto para la madre como para el feto.

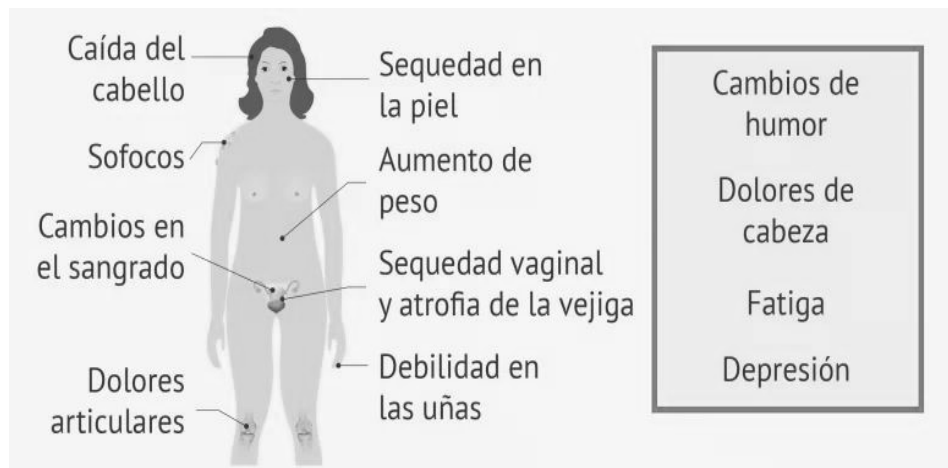
Estos cambios en el potencial reproductivo de la mujer están principalmente relacionados con el envejecimiento ovárico. Con el envejecimiento, se observa una disminución en los niveles de inhibina A y B, lo que lleva a un aumento en los niveles de FSH. Estos cambios hormonales afectan la calidad de los óvulos y tienen consecuencias en la fertilidad.

Además del envejecimiento ovárico, también se producen cambios a nivel uterino, especialmente en el endometrio, debido al envejecimiento. Aunque en menor medida que en el ovario, estos cambios también contribuyen al deterioro reproductivo.

Durante la transición menopáusica, cerca del 90% de las mujeres experimentan cambios en el patrón menstrual. Estos cambios pueden manifestarse en la cantidad y frecuencia del flujo menstrual, e incluso puede haber ausencia de menstruación. Los sangrados uterinos irregulares están relacionados con niveles alterados de inhibina B, FSH y hormona luteinizante en la fase folicular. La anovulación, alternando con ciclos ovulatorios impredecibles, es la causa predominante de los sangrados irregulares. Este desequilibrio hormonal, con un predominio de estrógenos y falta de progesterona, puede llevar a sangrados abundantes y aumentar el riesgo de hiperplasia endometrial¹⁸.

Es importante considerar que, aunque la alteración ovulatoria es la causa principal de los sangrados uterinos irregulares en la perimenopausia, también es necesario descartar la presencia de otras patologías subyacentes como pólipos, hiperplasia endometrial, miomas uterinos u otras condiciones relacionadas con el sistema reproductivo o incluso con otros sistemas del cuerpo.

Figura 9: Manifestaciones clínicas de la menopausia



Fuente: imagen tomada de referencia ³⁶

2.9.1 Síntomas vasomotores

Los síntomas vasomotores son comúnmente experimentados por mujeres en la etapa postmenopáusica. Estos síntomas incluyen bochornos y sudoraciones nocturnas que ocurren desde la etapa de transición menopáusica y pueden persistir durante un tiempo después de la última menstruación. Aunque estos síntomas implican una alteración en los mecanismos de regulación del calor del cuerpo, su impacto real se refleja en la calidad de vida de la mujer.

Según Sordia³⁶, entre el 75% y el 88% de las mujeres postmenopáusicas experimentan bochornos, siendo este un síntoma distintivo de este período. La frecuencia de los bochornos puede variar de una mujer a otra, pero suele seguir un patrón constante en cada mujer en particular. Por lo general, comienzan durante la etapa de transición y alcanzan su máximo aproximadamente dos años después de la menopausia. Aunque este patrón es variable, los bochornos suelen durar entre uno y dos años. La mayoría de las mujeres informan que los bochornos cesan de forma espontánea en un período máximo de cinco años, pero algunas mujeres continúan experimentando síntomas vasomotores hasta cinco años después de su última menstruación, e incluso durante más tiempo. Alrededor del 10% de las mujeres pueden padecer síntomas vasomotores durante más de 10 años, e incluso de forma crónica.

En general, un bochorno dura de uno a cinco minutos, aunque puede prolongarse durante unos minutos más. La frecuencia de los bochornos también varía, ya que algunas mujeres pueden experimentarlos cada hora, mientras que otras los experimentan semanal o mensualmente. Los bochornos provocan cambios en la temperatura corporal que suelen ser más intensos en los dedos de las manos y de los pies, con una variación de uno a siete grados centígrados. Algunas mujeres describen una sensación de oleada de calor que comienza en la parte superior del tronco y se extiende hacia la cabeza y el cuello³⁶.

Durante los bochornos, se produce un aumento en la frecuencia cardíaca, vasodilatación periférica y sudoración. También pueden presentarse escalofríos y episodios de ansiedad. En mujeres que experimentan sudoraciones nocturnas, es posible que experimenten insomnio, fatiga e irritabilidad. La mayoría de los bochornos son de intensidad leve a moderada, y solo alrededor del 10% de las mujeres informan tener bochornos intensos. La intensidad de los síntomas es subjetiva, pero la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) ha descrito los bochornos como leves si hay sensación de calor sin sudoración, moderados si la sensación de calor se acompaña de sudoración y severos si esta sensación de calor y sudoración obliga a interrumpir las actividades que se están realizando³⁶.

Según Sordia³⁶, efectivamente, el mecanismo exacto por el cual aparecen los bochornos durante la menopausia aún está siendo discutido y estudiado. Se ha observado consistentemente que los cambios en los niveles de estrógeno y progesterona están implicados en la aparición de estos síntomas.

Los estrógenos ejercen efectos en el hipotálamo, específicamente en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, y también influyen en la actividad de neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina, que están involucrados en el control de la regulación de la temperatura corporal.

Se ha observado que la disminución de los niveles de estrógeno provoca una reducción de los niveles de dopamina. La liberación de norepinefrina en el hipotálamo aumenta cuando

los niveles de estrógeno se incrementan en animales ooforectomizados a los que se les ha extirpado los ovarios.

En este aspecto, los cambios en los niveles circulantes de estrógeno alteran la concentración de serotonina y norepinefrina a través de varios mecanismos. Los estrógenos aumentan la producción de la enzima hidroxilasa de triptófano, lo que lleva a un aumento en la concentración de serotonina en el cuerpo. Además, la producción de norepinefrina está regulada por la tirosina hidroxilasa, y los estrógenos desempeñan un papel importante en su regulación. Los estrógenos también actúan como antagonistas del transportador de recaptura de serotonina, lo que prolonga la acción de la serotonina al aumentar su tiempo de permanencia en la sinapsis y en los espacios intersticiales.

Estos cambios en los niveles de neurotransmisores, influenciados por los niveles de estrógeno, parecen estar implicados en la alteración de la regulación de la temperatura corporal y, en última instancia, en la aparición de los bochornos durante la menopausia. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la comprensión exacta de estos mecanismos aún está en proceso de investigación y se necesitan más estudios para lograr una comprensión completa.

2.9.2 Trastornos del sueño

De acuerdo con Sordía³⁶, los trastornos del sueño son una preocupación significativa para las mujeres durante la menopausia. Varios estudios han revelado una alta prevalencia de alteraciones del sueño en esta etapa de la vida. Por ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos en 2007 encontró que casi la mitad de las mujeres entre 40 y 64 años experimentaban problemas de sueño.

Se considera que un patrón de sueño adecuado es aquel que permite a una persona funcionar correctamente y mantenerse alerta durante las horas deseadas de vigilia. La mayoría de los adultos requieren entre 6 y 9 horas de sueño para satisfacer esta necesidad.

Es difícil determinar con precisión el impacto de los eventos relacionados con la menopausia en la prevalencia de los trastornos del sueño. Durante esta etapa, coinciden una serie de eventos que también se han asociado con alteraciones del sueño, como enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, neurológicas y endocrinas. Estos eventos están relacionados con el envejecimiento y pueden contribuir a las alteraciones del sueño en las mujeres en la menopausia.

Se ha descubierto que el bajo rendimiento en las mujeres está relacionado con un sueño ineficiente y problemas para conciliar el sueño. Los accidentes automovilísticos y laborales se han asociado con la falta de sueño.

El insomnio se puede describir como la incapacidad para conciliar el sueño, la incapacidad para permanecer dormido durante la noche con despertares frecuentes, o despertar antes de la hora deseada sin poder volver a conciliar el sueño. El insomnio crónico se define como aquel que ocurre más de tres veces por semana durante más de un mes.

Algunos estudios sugieren que los bochornos pueden estar relacionados con los trastornos del sueño, especialmente en la primera mitad de la noche. Además, se ha informado de una asociación entre los síntomas vasomotores y el insomnio. Los trastornos del sueño también pueden estar relacionados con el estrés, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y factores relacionados con el envejecimiento, como la nicturia, enfermedades del suelo pélvico y la atrofia genital³⁶.

Ciertos medicamentos, como la teofilina, fenitoína e inhibidores de la recaptación de serotonina también pueden estar asociados con trastornos del sueño. Además, los trastornos respiratorios nocturnos, como la apnea obstructiva del sueño, son más comunes alrededor de la menopausia, y se ha propuesto que la disminución de los niveles de progesterona durante esta etapa puede contribuir a estas alteraciones respiratorias.

2.9.3 Cefalea

Según Sordia³⁶, durante el período de transición perimenopáusica, se ha observado un aumento en la prevalencia de cefaleas en las mujeres. Las fluctuaciones hormonales, más que los niveles de estrógeno en sí se han asociado con las cefaleas que ocurren en mujeres tanto en la etapa premenstrual como en la perimenopausia. Durante el embarazo, cuando los niveles de estrógeno son más estables, se ha observado una disminución en la frecuencia e intensidad de las cefaleas.

En este sentido, es importante descartar otras causas de dolores de cabeza, como problemas dentales, trastornos alérgicos y el consumo de alcohol, cafeína y alimentos ricos en tiramina y nitritos. Además, se ha observado que los factores ambientales, como el ruido y las luces brillantes, pueden estar asociados con los dolores de cabeza.

2.9.4 Alteraciones mentales

Desde la perspectiva de Sordia³⁶, las alteraciones mentales abarcan una variedad de funciones cognitivas, como la concentración, el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, el juicio y el razonamiento. La capacidad de concentración de una persona está estrechamente relacionada con la conciencia, la atención y la vigilia. La fatiga, la tensión y el estado de ánimo pueden influir en la capacidad de concentración, lo cual, a su vez, afecta la memoria y el aprendizaje.

Se ha encontrado que las hormonas, incluidos los estrógenos, desempeñan un papel en los procesos relacionados con la memoria y el aprendizaje. Los estrógenos actúan en el hipocampo, una estructura clave para estas funciones cognitivas. Además, los estrógenos pueden afectar los sistemas neurotransmisores, como la acetilcolina, la noradrenalina, la serotonina y la dopamina, lo cual puede tener efectos en la concentración y la memoria¹⁶.

La función cognitiva puede verse afectada en mujeres sometidas a ooforectomía (extirpación quirúrgica de los ovarios). Se ha demostrado que el riesgo de alteraciones

cognitivas y demencia aumenta en un 45% en mujeres con antecedentes de menopausia quirúrgica.

La demencia es una condición en la que se experimenta pérdida de memoria y otras habilidades intelectuales lo suficientemente graves como para interferir significativamente en las actividades diarias. La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia y es más frecuente en mujeres debido a su mayor esperanza de vida.

Los estudios sobre los niveles hormonales y la demencia han mostrado resultados mixtos. Algunos estudios han intentado demostrar mejoras en la función cognitiva en mujeres que reciben terapia hormonal con estrógenos solos o estrógenos y progesterona, mientras que otros estudios han sugerido efectos perjudiciales en la función cognitiva en mujeres expuestas a terapia hormonal a largo plazo. Algunas teorías sugieren que los estrógenos pueden prevenir o retrasar el inicio de las alteraciones cognitivas, pero no tienen un efecto significativo en la progresión de la enfermedad³⁶.

2.9.5 Síntomas vulvo-vaginales

Durante la menopausia, se producen cambios en el flujo vaginal normal en las mujeres. Esto se manifiesta como un flujo escaso y amarillento, sin olor y sin síntomas asociados, debido a la disminución de los niveles de estrógeno circulante.

Desde la perspectiva de Sordia³⁶, estos síntomas vulvo-vaginales causados por la disminución de estrógenos no aparecen de inmediato después de la menopausia, sino que pueden tardar años en manifestarse. Además, estos síntomas pueden no ser molestos para la mayoría de las mujeres, pero pueden ser muy incómodos, especialmente para las mujeres mayores.

La falta de estrógeno resulta en un adelgazamiento del epitelio vaginal, lo que lleva a una mucosa más frágil, pálida y menos elástica. También se produce una disminución en la lubricación vaginal y en la longitud de la vagina. Los síntomas más comunes son picazón e

irritación. En el examen citológico, se observa un aumento en el número de células basales y una disminución en el número de células superficiales.

El término "atrofia vaginal" describe un estado en el que las paredes vaginales se adelgazan, se vuelven secas, pálidas y, en ocasiones, inflamadas. Estos cambios resultan en un aumento en la dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales) y en la posibilidad de sufrir lesiones traumáticas durante la penetración vaginal. Esto es especialmente cierto en mujeres con actividad sexual esporádica, ya que aquellas que tienen relaciones sexuales frecuentes muestran un mayor flujo sanguíneo y mayor elasticidad vaginal. La administración de estrógenos ha demostrado ser la mejor manera de tratar la atrofia genital asociada a la menopausia.

Desde la perspectiva de Sordia³⁶, aunque se han encontrado receptores de estrógeno en la vulva, hasta la fecha no se ha asociado la falta de estrógeno con síntomas vulvares específicos. Sin embargo, es importante descartar enfermedades vulvares en mujeres menopáusicas, como distrofias vulvares, liquen plano y liquen escleroso. También es crucial descartar posibles lesiones neoplásicas, cuya incidencia aumenta con la edad.

La incontinencia urinaria es un problema que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres menopáusicas, con una prevalencia del 26% en mujeres postmenopáusicas. La disminución de los niveles de estrógeno circulante causa atrofia genital y del trígono vesical, lo que se ha implicado en el desarrollo de la incontinencia³⁷.

2.9.6 Trastornos relacionados con la función sexual

La función sexual puede deteriorarse a medida que una mujer envejece, y durante la menopausia, la disminución de las hormonas ováricas contribuye a este proceso. Sin embargo, es difícil determinar el papel exacto de la disminución hormonal en la función sexual.³⁶

Durante la menopausia, se pueden observar varios cambios físicos que afectan la sexualidad de una mujer. Estos cambios incluyen la atrofia de la mucosa vaginal, sequedad vaginal, disminución de la elasticidad y tono muscular vaginal, acortamiento de la longitud vaginal, reducción del tejido vulvar y disminución del tamaño del clítoris.

En la menopausia, se produce una disminución en todas las fases de la respuesta sexual, incluyendo excitación, meseta, orgasmo y resolución. Este proceso es propio del envejecimiento y afecta la respuesta sexual en general.

Desde la perspectiva de Sordia³⁶, los cambios en el comportamiento sexual durante la menopausia son multifactoriales. Se ven afectados por factores psicológicos, socioculturales, interpersonales y biológicos. Las actitudes previas hacia el sexo desempeñan un papel importante, ya que las mujeres que disfrutaban de una vida sexual activa en su juventud tienden a mantenerla durante la menopausia. La pareja también influye, ya que tener una pareja con disfunción sexual puede afectar significativamente la actividad sexual. Los cambios relacionados con el envejecimiento, especialmente en el impulso y el deseo sexual, también pueden influir.

La percepción que una mujer tiene de su cuerpo afecta su autoestima y puede influir en su disfrute de la vida sexual. Las preocupaciones sobre la salud, como antecedentes de histerectomía o mastectomía, pueden tener efectos negativos en la actividad sexual. Otros estados clínicos, como la incontinencia urinaria, también pueden hacer que una mujer evite la actividad sexual. Los trastornos del sueño y eventos familiares estresantes también pueden tener un impacto negativo³⁶.

Algunos medicamentos, como ciertos antihipertensivos y antidepresivos, se han relacionado adversamente con la actividad sexual. Los trastornos depresivos son más frecuentes en mujeres y pueden afectar significativamente la actividad sexual. La depresión puede reducir el interés sexual y dificultar el inicio de la actividad sexual. Además, las alteraciones del sueño asociadas con la depresión pueden influir negativamente en la conducta sexual.

Las enfermedades crónicas concomitantes, que son más comunes en mujeres mayores, también pueden tener un impacto negativo en la sexualidad. Estas enfermedades crónicas pueden causar fatiga, dolor, debilidad muscular y alteraciones cognitivas, lo que resulta en una mayor ansiedad y depresión, afectando la sexualidad de una mujer.

2.9.7 Alteraciones cardiovasculares

Desde la perspectiva de Sordia³⁶, las enfermedades cardiovasculares, que incluyen la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular, continúan siendo una de las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres. El término "enfermedad cardiovascular" abarca una amplia variedad de trastornos relacionados con el sistema circulatorio, como la hipertensión, la arteriosclerosis, la cardiopatía isquémica, los accidentes cardiovasculares, las arritmias, las valvulopatías y la insuficiencia cardíaca.

Estas enfermedades son más frecuentes en la postmenopausia, especialmente en mujeres mayores de 65 años. Las posibilidades de que una mujer mayor de 50 años desarrolle enfermedad cardiovascular en alguna de sus formas son del 46%, y la posibilidad de morir por esta causa es del 31%. Esto es importante porque la mayoría de las mujeres perciben al cáncer de mama como la mayor amenaza para su vida, sin embargo, la posibilidad de desarrollar cáncer de mama en el mismo grupo de edad es del 10% y la posibilidad de morir por esta causa es solo del 3%³⁸.

Se ha relacionado a los estrógenos con un efecto cardioprotector, pero esta asociación no es concluyente. Los argumentos que relacionan los niveles de estrógenos con el riesgo cardiovascular incluyen los hallazgos en mujeres menores de 35 años que han experimentado una menopausia precoz, en las cuales se encuentra hasta tres veces mayor riesgo de infarto de miocardio.

Las posibles razones que explican el aumento en la frecuencia de enfermedad cardiovascular en mujeres postmenopáusicas están relacionadas con alteraciones en el perfil

lipídico. El hallazgo más consistente es el aumento en los niveles de colesterol total circulante, pero también se incrementan notablemente los niveles de colesterol de baja densidad (LDL) y muy baja densidad (VLDL), así como los niveles de triglicéridos. También se ha encontrado una disminución en los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL), aunque no es tan significativa como el aumento en las lipoproteínas de baja densidad³⁷.

Se han descrito efectos directos de los estrógenos en las arterias, ya que se han encontrado receptores de estrógenos en las paredes vasculares. Además, se ha implicado a las alteraciones en los sistemas de coagulación como factores posiblemente involucrados en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en mujeres postmenopáusicas. Después de la menopausia, ciertos factores fibrinolíticos, como la antitrombina II y el plasminógeno, así como ciertos factores de coagulación, como el factor VII y el fibrinógeno, se incrementan.

En la menopausia, también se ha observado una disminución en el flujo sanguíneo en los lechos capilares y niveles elevados de endotelina, lo que conduce a un aumento en la vasoconstricción en respuesta al estímulo de la acetilcolina.

2.9.8 Alteraciones esqueléticas

En esta temática se observa un aumento en la pérdida ósea debido a alteraciones en los sistemas de formación y resorción ósea propios del metabolismo óseo. La falta de estrógenos se ha relacionado con un incremento en la resorción ósea, lo que resulta en una disminución de la densidad mineral ósea.³⁶

La pérdida de densidad mineral ósea comienza de dos a tres años antes de la última menstruación y continúa hasta tres o cuatro años después de la menopausia. Inicialmente, el porcentaje de pérdida de masa ósea es del 2% anual y luego se estabiliza en alrededor del 1% por año¹⁸

La pérdida ósea es más rápida en la columna vertebral, donde se ha encontrado una pérdida del 10% de masa ósea en un período de 5 años. También es significativa la pérdida

ósea observada en el cuello del fémur, que se estima en un 5% de pérdida de masa ósea en el mismo período. Es importante destacar que la pérdida de masa ósea no se limita a estas áreas, ya que el resto del organismo también se ve afectado por este proceso acelerado durante la transición menopáusica.³⁶

Aunque se considera que la pérdida de masa ósea puede estar relacionada con la edad, la falta de estrógenos explica aproximadamente dos tercios de esta pérdida. Existe un mayor riesgo de fracturas de huesos en mujeres que tienen una densidad mineral ósea disminuida. Aunque la pérdida ósea es más pronunciada en mujeres que han experimentado una menopausia temprana, la probabilidad de fractura ósea solo aumenta temporalmente. A partir de los 70 años, el antecedente de menopausia precoz pierde importancia, ya que las fracturas a esta edad son similares a las mujeres con menopausia de edad media.

Tabla 1. Factores de Riesgo para padecer Osteoporosis

Edad	Baja ingesta de calcio
Raza negra	Tabaco
Menarquia precoz	Alcohol
Menopausia Precóz	Sedentarismo
Ooforectomia temprana	Esteroides orales
Delgadez	Hipertiroidismo
Estilo de vida	

Fuente: Imagen tomada de la referencia³⁹

2.10 Mito

Un mito es una creencia, o conjunto de creencias sostenidas popularmente, con pretensión de verdad, estos se adquieren dentro de una cultura o comunidad, lo característico de los mitos son las creencia que tienen como fin dar explicación del por qué una situación es de una manera determinada y no de otra⁴⁰.

El término de menopausia por lo general, tiene connotaciones negativas, se asocia con un lapso de padecimientos que pueden persistir varios años y que terminan con la época reproductiva de las mujeres, que devalúan a la mujer dentro de las sociedad.

Por lo que la menopausia es un misterio para la mujer convirtiéndose en mito. Son tantos los mitos que circulan alrededor de la menopausia, que conlleva a la mujer a sentir temor conforme se van acercando a la menopausia. Entre los mitos más frecuentes, podemos destacar los siguientes⁴⁰:

1. La mujeres durante la menopausia son vulnerables a padecer de locura, durante un largo período de tiempo la menopausia fue interpretada como la acumulación de productos peligrosos para la salud, determinantes de cambios de humor o, incluso, de la locura. Sin embargo no existe la locura más bien la mayoría de mujeres asocian los síntomas como cambios de humor, depresión como parte de esta. Para algunas mujeres la menopausia es vivida con trastornos psíquicos, es decir cambios emocionales tales como: Depresión, ansiedad, cambios de humor, tristeza o la angustia permanente, pero en si no conlleva a la locura si no que la presencia de estos hace que la mujer interprete estos síntomas como un estado de locura. Contribuyendo en una serie de mitos, en su mayoría se describen a las mujeres que atraviesan esta etapa como histéricas, en sí una serie de falsos supuestos que modifican esta etapa de la vida produciendo trastornos psíquicos o emocionales.

2. Durante la menopausia, las mujeres tienen sus órganos reproductores atrofiados. Si bien, la atrofia y pérdida de elasticidad de los tejidos de la vulva y la vagina, el déficit de secreción glandular y la reducción del espesor epitelial, lleva a sequedad vaginal y dolor en las relaciones sexuales; existe una clara asociación con la disminución de estrógenos. A medida que avanza la menopausia, la atrofia vaginal es más importante y los síntomas más manifiestos. Si bien durante la menopausia se dan cambios, existen formas de ayudar a aliviar los problemas durante las relaciones sexuales como la

utilización de lubricantes ya que estos ayudan a disminuir molestias en la vulva por la presencia de resequedad.

3. La menopausia es una etapa negativa, es el fin de la plenitud femenina, por este mito, es la razón por la cual muchas mujeres esperan la menopausia con cierto temor. En las sociedades occidentales esta etapa no es muy bien recibida. La información y el conocimiento son claves para vivirla con plenitud. Socialmente en la menopausia se pueden dar cambios negativos e incluso en el estilo de vida de la mujer por la presencia de la misma especialmente cuando hay desconocimiento de esta etapa normal, lo que ocasiona que la mujer enfrente esta etapa con temor y por lo tanto que su plenitud femenina se vea alterada.

4. Durante la menopausia se presentan múltiples dolencias. Esto varia en cada mujer, pero es importante destacar que la mujer sigue siendo funcional, ya que la menopausia es una etapa normal de la vida que no conlleva cambios drásticos que impidan seguir con su diario vivir.

5. Después de la menopausia hay mayor riesgo de cáncer de mama, si bien es cierto que a mayor edad, tienen un mayor riesgo de tener cáncer de seno. Dado por exposición a mayores niveles de estrógeno a lo largo de la vida. Los altos niveles de estrógeno causan que las células se transformen en cancerosas. De hecho, esta es la razón por la que se deben enviar exámenes de gabinete, con el fin de disminuir la probabilidad de padecer Cáncer.

2.11 Primer nivel de atención

Según Vargas⁴¹, el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) se popularizó a nivel mundial a partir de la Conferencia Internacional celebrada en Alma Ata en 1978, convocada por la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En dicha conferencia, en la que participaron todos los países miembros, se definió la APS como la asistencia

sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables.

La APS tiene como objetivo principal brindar atención de salud esencial a todos los individuos y familias de una comunidad, poniéndola al alcance de todos mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Se considera como la función central y el núcleo principal del sistema nacional de salud, así como parte integral del desarrollo social y económico de la comunidad⁴¹.

La APS se define como el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud. Su objetivo es acercar la atención de salud lo más posible al lugar donde residen y trabajan las personas, siendo el primer elemento de un proceso continuo de asistencia sanitaria. La APS se basa en el espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, involucrando a los individuos y comunidades en la toma de decisiones relacionadas con su propia salud.

Es importante destacar que ha habido confusión y diferentes interpretaciones en relación con el término "Atención Primaria de Salud". Esto se debe al desconocimiento del origen de los términos de la definición y su adopción política universal, así como a la similitud con el término "primer nivel de atención". Esto ha llevado a un uso incorrecto del término, refiriéndose al personal auxiliar del primer nivel de atención o a unidades o programas específicos sin considerar su enfoque integral⁴¹.

De acuerdo con Arias-Sobrado⁴², en Costa Rica, el modelo de Atención Primaria de Salud (APS) se implementó a través del programa pionero "Hospital sin Paredes". Este programa surgió en los años 70 como respuesta a las necesidades de las comunidades con bajo nivel educativo y alta mortalidad infantil. Se inició en la provincia de Alajuela, en la meseta central de Costa Rica, y se caracterizó por romper con el modelo tradicional de atención hospitalaria centrada en el hospital y propuso establecer un vínculo estrecho entre el hospital y la comunidad.

El programa "Hospital sin Paredes" representó un cambio significativo en el enfoque de atención médica, que antes se centraba en la medicina curativa. Propuso un modelo de hospital con puertas abiertas, enfocado en la comunidad, con participación comunitaria y un enfoque preventivo-curativo. Además, se abordaron las necesidades de salud en conjunto con otras áreas como educación, vivienda, recreación y trabajo⁴¹.

Este programa promovió la concienciación social y comunitaria en busca de soluciones integrales a través de alianzas estratégicas y la integración de acciones multidisciplinarias. Se creó un área hospitalaria que agrupaba a varios cantones y contaba con la participación de representantes de los sectores comunales, sin distinción política o religiosa.

La innovación de este programa radicó en la interdisciplinariedad de su equipo de trabajo, que permitió abordar no solo los problemas de salud, sino también los de educación. Desde sus inicios, se contó con la participación de maestros y líderes comunales de la región, fortaleciendo los comités de salud y capacitando a voluntarios no médicos para formar parte del equipo del "Hospital sin Paredes". Además, se fomentó la investigación epidemiológica en colaboración con la comunidad, empoderando a la población para plantear soluciones a los problemas socio-sanitarios⁴².

Este programa se convirtió en un espacio de docencia y práctica sobre la realidad de la salud, atrayendo a profesores y estudiantes universitarios de diversas disciplinas. Se establecieron vínculos con otras instituciones y organizaciones, como los Comités de Salud y Puestos de Salud, para enriquecer el proceso de experiencia y aprendizaje.

2.12 Terapia de reemplazo hormonal

Según Andrés⁴³, el tratamiento de reemplazo hormonal, también conocido como terapia hormonal de reemplazo (THR), es un enfoque terapéutico utilizado para tratar los síntomas y prevenir las complicaciones asociadas con la menopausia en mujeres. Aunque la deficiencia de estrógenos es considerada como un estado fisiológico, su impacto negativo se vuelve más significativo a medida que las mujeres viven más tiempo. A pesar de los posibles

riesgos, se ha demostrado que los beneficios para la salud de la administración adecuada de estrógenos superan los riesgos asociados.

La terapia hormonal de reemplazo se indica principalmente para aliviar los síntomas climatéricos graves, como los bochornos y la atrofia vaginal, así como para prevenir la osteoporosis. En otros casos, se recomienda la adopción de cambios en el estilo de vida, como una alimentación adecuada y ejercicio regular.

El tratamiento farmacológico hormonal implica el uso de estrógenos, generalmente combinados con un progestágeno. Los estrógenos son hormonas clave en la restitución hormonal, ya que desempeñan un papel crucial en el desarrollo y mantenimiento de las características sexuales femeninas y la salud ósea. Pueden administrarse en diferentes formas, como tabletas orales, parches transdérmicos, geles o cremas vaginales⁴³.

El progestágeno se utiliza junto con los estrógenos para prevenir el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio en mujeres con útero intacto. Esta hormona contrarresta el efecto proliferativo del estrógeno en el endometrio y promueve cambios que permiten una menstruación normal. Algunos ejemplos de progestágenos utilizados son la progesterona natural, la medroxiprogesterona y el acetato de noretindrona.

El etinilestradiol es un compuesto sintético que se obtiene a partir del estradiol natural mediante la adición de un grupo etinilo en el carbono 17. Este grupo confiere a la molécula una mayor vida media y una mayor resistencia al metabolismo hepático durante el proceso de primer paso hepático al ser administrado por vía oral.

En la terapia hormonal de reemplazo (THR), se utilizan diferentes tipos de estrógenos. Además del etinilestradiol, se incluyen estrógenos naturales como el estradiol, la estrona, el estriol y sus ésteres, así como estrógenos conjugados equinos, que son una combinación de diferentes estrógenos extraídos de la orina de yeguas preñadas.

Según Andrés⁴³, la progesterona es otra hormona clave en la THR. Se trata de un esteroide formado por 21 átomos de carbono que se secreta principalmente por el cuerpo lúteo, la placenta y en cantidades pequeñas por el folículo ovárico maduro. La progesterona desempeña un papel importante en la regulación de los receptores de estrógeno y protege al endometrio contra la estimulación excesiva de los estrógenos, evitando la hiperplasia o el desarrollo de un carcinoma.

En la THR se utilizan tanto progestágenos naturales como sintéticos. Los progestágenos naturales incluyen la progesterona natural y la 17-hidroxiprogesterona, mientras que los progestágenos sintéticos pueden ser análogos de 21 carbonos (derivados de la 17-hidroxiprogesterona) o análogos de 19 carbonos (derivados de la 19-nortestosterona).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

El presente trabajo es una revisión bibliográfica que sigue un enfoque cualitativo. Su objetivo es investigar y comprender el ciclo de vida de la menopausia que experimentan la mayoría de las mujeres. A través de diferentes fuentes de información, se busca construir una imagen de la realidad de la menopausia, incluyendo su fisiopatología, los síntomas asociados y su impacto en la salud sexual y reproductiva. Además, se busca encontrar un tratamiento adecuado para los síntomas de la menopausia.

Al respecto Gómez-Luna et al. ⁴⁴ plantea lo siguiente:

La revisión bibliográfica o estado del arte corresponde a la descripción detallada de cierto tema o tecnología, pero no incluye la identificación de tendencias que puedan plantear diferentes escenarios sobre el desarrollo de la tecnología en cuestión y que permitan tomar decisiones estratégicas. Para ello se emplea la Vigilancia Tecnológica, la cual permite comprender los cambios tecnológicos del entorno a través de la revisión periódica de diferentes fuentes.

Es importante destacar que este trabajo tiene un alcance descriptivo, ya que su propósito es explorar y describir la menopausia y su impacto en esta población de mujeres.

3.2 Fuentes de información

Dentro de esta investigación, se utilizarán fuentes primarias de información. Estas fuentes serán evaluadas y clasificadas según la escala de Sackett, que proporciona una clasificación de los niveles de evidencia en cinco grupos. El nivel 1 representa el grado más alto de evidencia clínica, mientras que el nivel 5 indica el nivel más bajo de evidencia.

De acuerdo con Manterola y Zavando⁴⁵, esta clasificación permite identificar y utilizar fuentes de información que cuenten con un nivel de evidencia más sólido y confiable, lo cual contribuirá a fortalecer la calidad y validez de los resultados obtenidos en la investigación.

Para que sea una investigación de calidad, esta fundamenta en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) la cual es conocida desde hace varios años, donde se elige la evidencia por encima de la experiencia, esto por medio de la incorporación de aspectos epidemiológicos en la práctica clínica. Según Malaga y Neira-Sánchez⁴⁶, el fin es exigir al médico a buscar información certera ya documentada, y a partir de ahí, realizar una evaluación de los datos obtenidos.

Desde la perspectiva de Alvarado-Salazar y Llerena⁴⁷, la precisión de la búsqueda se da con ayuda de los buscadores booleanos que posibilitan producir búsquedas más específicas. Esto se logra con dos palabras “AND”, “OR”. Debe llevar paréntesis (OR), y dicho resultado compaginarlo con otro término por medio del booleano AND en medio de las palabras que se necesitan buscar referentes a la investigación. Por ejemplo, “menopausia and salud sexual”.

3.3 Criterios de búsqueda

A continuación, se adjunta una tabla, la cual contiene los criterios de búsqueda utilizados para poder desarrollar cada objetivo planteado para el desarrollo del trabajo de investigación.

Tabla 2. Criterios de búsqueda utilizados según objetivos

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
Describir los principales efectos de la menopausia sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas.	Menopausia	Scielo	2017-2023	Español Inglés
	fisiopatología	Pubmed		
	Síntomas menopausia	Elsevier		
Identificar los tratamientos hormonales que podrían utilizarse en mujeres adultas con la menopausia para la mejora de su salud sexual y reproductiva	Salud sexual y reproductiva	Scielo	2017-2023	Español Inglés
		Pubmed		
		Elsevier		
Señalar el aporte del profesional en medicina en el abordaje integral de las mujeres postmenopáusicas	Tratamiento	Scielo	2017-2023	Español Inglés
	reemplazo	Pubmed		
	hormonal	Elsevier		
		Elsevier Dialnet		

Fuente: elaboración propia.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

1. Artículos científicos y estudios publicados en revistas académicas y científicas.
2. Investigaciones que aborden los efectos de la menopausia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas.
3. Estudios que examinen la prescripción de medicamentos hormonales como parte del tratamiento para los síntomas de la menopausia en esta población.
4. Investigaciones con una metodología rigurosa, como ensayos clínicos, estudios de cohortes, estudios transversales o revisiones sistemáticas.
5. Publicaciones en inglés o español.

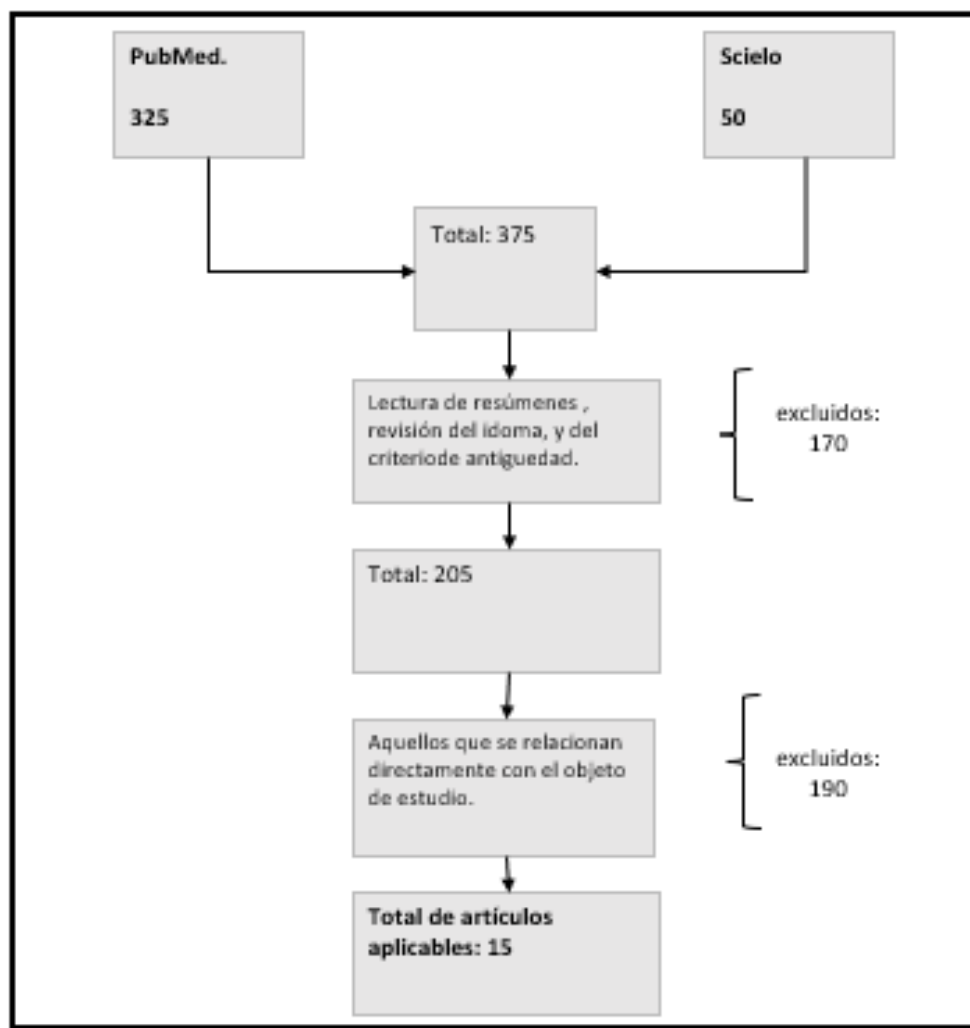
Criterios de exclusión:

1. Estudios no relacionados con los efectos de la menopausia en la salud sexual y reproductiva.
2. Artículos que no proporcionen información relevante sobre la prescripción de medicamentos hormonales en la menopausia.
3. Publicaciones duplicadas o repetidas.
4. Estudios con metodologías deficientes o de baja calidad.
5. Publicaciones en idiomas distintos al inglés o español.

Estos criterios de inclusión y exclusión se aplicarán al seleccionar los estudios relevantes y pertinentes para la revisión bibliográfica sobre los efectos de la menopausia en la salud sexual y reproductiva, así como las mejores prácticas clínicas en la prescripción de

medicamentos hormonales en esta población. En la figura 10, se muestra el resultado de la búsqueda.

Figura 10. Clasificación de artículos por criterios de inclusión.



Fuente: elaboración propia.

3.5 Análisis de la información

La búsqueda de artículos científicos para esta investigación se realiza a través de buscadores académicos especializados. Para comenzar, se definen las palabras clave relacionadas con el tema de estudio, como "menopausia", "efectos", "salud sexual", "salud

reproductiva" y "medicamentos hormonales". Estas palabras clave se utilizarán en los buscadores académicos para encontrar los artículos pertinentes.

Se seleccionan varios buscadores académicos, incluyendo PubMed, Google Scholar, Scopus y Web of Science. Estos buscadores ofrecen acceso a una amplia gama de artículos científicos y revistas especializadas.

Una vez seleccionados los buscadores, se accede a cada uno de ellos a través de sus respectivas páginas web. Una vez dentro, se ingresa cada palabra clave en la barra de búsqueda y se realizan las consultas. Es posible utilizar operadores booleanos, como "AND" y "OR", para combinar las palabras clave y refinar los resultados.

Los resultados de la búsqueda aparecerán en forma de una lista de artículos relevantes. Se recomienda revisar los títulos y resúmenes de los artículos para evaluar su pertinencia con respecto a la investigación. Aquellos que no cumplan con los objetivos o criterios de inclusión establecidos previamente deben descartarse.

Para acceder al texto completo de los artículos seleccionados, se puede utilizar el enlace proporcionado en la lista de resultados. Algunos artículos pueden estar disponibles de forma gratuita, mientras que otros pueden requerir suscripción o pago. En el caso de no tener acceso directo, se puede recurrir a la biblioteca institucional.

Una vez obtenidos los artículos, se procede a su lectura y análisis cuidadoso. Se extrae la información relevante para la investigación, incluyendo hallazgos, metodología utilizada, resultados obtenidos y conclusiones. Es importante tomar notas y registrar adecuadamente la información bibliográfica de cada artículo para su correcta citación en el trabajo de investigación.

Repitiendo este proceso sistemáticamente, utilizando diferentes combinaciones de palabras clave y explorando diversos buscadores académicos, es posible obtener una selección de artículos científicos relevantes que aborden los efectos de la menopausia en la

salud sexual y reproductiva, así como las mejores prácticas clínicas en relación con la prescripción de medicamentos hormonales en esta etapa de la vida de las mujeres.

3.6 Clasificación según los niveles de evidencia

Tabla 3 Clasificación de la información según niveles de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
2	Revisión sistemática de estudio de cohortes	1	3	27%
	Estudio de cohorte prospectivo	1		
3	Revisión sistemática de estudios observacionales	5	1	9%
5	Revisión bibliográfica	6	3	55%
1	Estudio de caso	1		9 %
Total		14	7	100%

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de las investigaciones seleccionadas, en concordancia con los objetivos planteados en esta investigación. A través de un análisis exhaustivo, se busca ofrecer una visión clara y precisa de los hallazgos, proporcionando una base sólida para abordar las preguntas planteadas en este estudio. Los resultados presentados en este capítulo representan una contribución significativa para comprender y abordar de manera efectiva el tema de investigación, y serán fundamentales para las conclusiones y recomendaciones presentadas en el siguiente capítulo.

La menopausia puede tener efectos significativos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas. Algunos efectos característicos incluyen la disminución de la libido, sequedad vaginal, cambios en la respuesta sexual, atrofia vaginal y pérdida de la fertilidad. Estos síntomas pueden variar en intensidad, por lo que es importante buscar atención médica para así encontrar opciones de tratamiento y mejorar la calidad de vida durante esta etapa.

Con respecto al primer objetivo, a saber, describir los principales efectos de la menopausia sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas, Pradhan et al.⁴³ plantea en su artículo que durante la menopausia, las mujeres van a experimentar una serie de cambios en su salud sexual y reproductiva. Los cambios se atribuyen principalmente a la disminución de los niveles hormonales, especialmente los estrógenos y la progesterona, proceso característico durante esta etapa de la vida.

La menopausia, es una etapa natural en la vida de una mujer que puede tener diversos efectos en su salud sexual. Entre los efectos más comunes que se describen, es la sequedad vaginal. Como se mencionó anteriormente, a lo largo de este período, los niveles hormonales disminuyen, lo cual puede resultar en una reducción de la lubricación natural en la vagina. Esta falta de lubricación puede ocasionar molestias, irritación e incluso dolor durante las relaciones sexuales. Por lo tanto, este síntoma en específico es consecuencia de una combinación de factores hormonales, físicos y emocionales.

La sequedad vaginal puede afectar significativamente la calidad de vida sexual de las mujeres, dificultando su capacidad para disfrutar del acto sexual y generando frustración,

ansiedad o una disminución del deseo sexual. Además, la incomodidad física puede llevar a evitar el sexo por completo, lo cual puede afectar la intimidad y la conexión emocional en una relación de pareja.

Afortunadamente, existen diversas opciones de tratamiento disponibles. Muchas mujeres encuentran alivio mediante el uso de lubricantes vaginales, los cuales pueden ayudar a mejorar la lubricación durante las relaciones sexuales. Además, existen tratamientos hormonales, como los estrógenos tópicos, que pueden restaurar la lubricación vaginal y aliviar los síntomas de sequedad.

Además de los tratamientos médicos, es beneficioso abordar los aspectos emocionales y comunicarse abiertamente con la pareja acerca de los cambios que se están experimentando. La comprensión y el apoyo mutuo pueden desempeñar un papel fundamental en el mantenimiento de una vida sexual satisfactoria durante la menopausia.

La disminución de los niveles hormonales puede causar una disminución en la lubricación natural de la vagina, lo que puede resultar en molestias, irritación e incluso dolor durante las relaciones sexuales. Esto puede deberse a una combinación de factores hormonales, físicos y emocionales, lo cual afecta la calidad de vida sexual de las mujeres y su capacidad de disfrutar del acto sexual.

La menopausia es un momento crucial en la vida de una mujer, ya que marca el final de su capacidad reproductiva. A medida que una mujer se acerca a la menopausia, sus ovarios comienzan a disminuir la producción de hormonas sexuales, lo que lleva a cambios en su ciclo menstrual. Estos cambios pueden incluir periodos menstruales irregulares y, finalmente, la cesación completa de la menstruación.

Es esencial que las mujeres estén bien informadas sobre estos cambios y comprendan que la menopausia indica el fin de su fertilidad natural. Esto significa que ya no pueden concebir de manera espontánea o naturalmente. Es importante que las mujeres consideren opciones anticonceptivas si aún desean prevenir un embarazo no deseado.

Aunque la menopausia marca el final de la fertilidad, no se puede determinar con certeza el momento exacto en que una mujer dejará de ser fértil. Por lo tanto, es crucial que las mujeres continúen utilizando métodos anticonceptivos hasta que un profesional de la salud les indique que ya no son necesarios.

Stute et al.⁴⁸ resaltan que la menopausia puede tener un impacto significativo en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas. Durante esta etapa, los cambios hormonales y los trastornos climatéricos son frecuentes, lo que puede dar lugar a síntomas incómodos como sofocos, sudores nocturnos, sequedad vaginal y cambios de humor. Estos síntomas pueden afectar negativamente la vida sexual y la calidad de vida de las mujeres.

Es importante destacar la falta de un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado para los síntomas de la menopausia. Muchas mujeres no buscan atención médica, debido a que aceptan los síntomas como parte natural del envejecimiento. Además, el tema de la salud sexual en las mujeres mayores a menudo es considerado tabú en muchas culturas, lo que dificulta aún más el acceso a la atención y al apoyo necesarios.

Llango y Céspedes⁴⁹, en relación con el impacto de la menopausia en la salud sexual y reproductiva, plantean que las mujeres en esta etapa experimentaban síntomas somáticos como molestias musculares, dificultades para dormir, bochornos y molestias cardíacas. Los síntomas psicológicos, como el estado de ánimo depresivo, la irritabilidad, la ansiedad y el cansancio físico, también fueron frecuentes y moderados en intensidad. Asimismo, se observaron síntomas urogenitales, como problemas con la vejiga, dificultades sexuales y sequedad vaginal, también de intensidad moderada.

Los hallazgos presentados respaldan investigaciones previas que han señalado los efectos significativos que la menopausia puede tener en la calidad de vida de las mujeres, especialmente en términos de síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales. Estos síntomas pueden afectar negativamente la salud física y emocional de las mujeres, así como su bienestar general. Sin embargo, es importante mencionar que cada mujer responde de

manera individual a las manifestaciones clínicas, lo que hace importante que las mujeres tengan una buena actitud hacia esta etapa nueva en su vida.

Lipasti et al.⁵⁰ determinaron en su estudio que los efectos de la menopausia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas. Se encontró que las mujeres de mayor educación profesional, educación básica y participación en el mercado laboral tenían una mayor probabilidad de responder a las encuestas realizadas en 2000 y 2010. Además, las mujeres que estaban más involucradas en el mercado laboral y tenían una pareja tenían una mayor probabilidad de responder a ambas encuestas en 2010. En cuanto a los síntomas asociados con la disminución de la producción de estrógenos, se observó que las mujeres experimentaron menos síntomas leves, pero más síntomas moderados o graves en 2010 en comparación con 2000. Asimismo, las mujeres en 2010 tenían mayores probabilidades de experimentar síntomas moderados y graves en comparación con las mujeres de la misma edad en 2000.

El estudio también examinó las asociaciones entre los síntomas de la menopausia y factores sociodemográficos y de salud. Se encontró que el desempleo o estar fuera del mercado laboral se asociaba con síntomas más graves. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas entre los síntomas y la información sociodemográfica o de salud en general. Es importante señalar la importancia de la calidad del sueño para el bienestar y la salud personal, y se sugiere que los profesionales de la salud deben tener en cuenta la experiencia individual de cada mujer y brindar orientación y apoyo adecuados para manejar los síntomas de la menopausia.

En esta línea North American Menopause Society⁵¹ plantea que la menopausia es una etapa de transición en la vida de una mujer que trae consigo una serie de cambios en su salud sexual y reproductiva. Durante este periodo, los ovarios dejan de producir óvulos y la producción de hormonas sexuales, como el estrógeno y la progesterona, disminuye. Estos cambios hormonales pueden tener efectos diversos en el cuerpo y la vida de una mujer adulta.

Uno de los síntomas más comunes de la menopausia son los sofocos y los sudores nocturnos, conocidos como síntomas vasomotores. Estos episodios pueden ser incómodos y afectar la calidad de vida y el sueño de las mujeres. Además, la disminución de estrógeno durante la menopausia puede causar cambios en los tejidos genitales, como adelgazamiento y sequedad vaginal, lo que puede resultar en molestias durante las relaciones sexuales y aumentar el riesgo de infecciones del tracto urinario. Otro aspecto importante es la disminución del deseo sexual que algunas mujeres experimentan durante la menopausia. Los cambios hormonales y los síntomas incómodos asociados pueden influir en la libido y afectar la vida sexual de una mujer.

La menopausia también puede tener repercusiones en la salud ósea. La disminución de estrógeno puede contribuir a la pérdida de masa ósea, aumentando el riesgo de osteoporosis y fracturas. Por lo tanto, es importante cuidar la salud ósea durante la menopausia y tomar medidas para prevenir la debilidad ósea.

Según Madsen et al.⁵², la edad promedio en la que las mujeres experimentan la menopausia es alrededor de los 51 años, aunque esto puede variar de una mujer a otra. Durante la transición hacia la menopausia, conocida como perimenopausia, se producen cambios hormonales y surgen síntomas que pueden afectar la calidad de vida de la mujer. Algunos de los síntomas más comunes incluyen sofocos, cambios en los patrones de sueño, sequedad vaginal, cambios de humor y disminución de la libido.

En casos de menopausia prematura o inducida, que ocurre antes de los 40 años, los síntomas pueden ser más intensos y el impacto en la salud ósea puede ser mayor. En estos casos, puede recomendarse la terapia hormonal de la menopausia (MHT, por sus siglas en inglés) para aliviar los síntomas y reducir el riesgo de enfermedades asociadas con la menopausia, como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares.

La MHT implica el uso de hormonas sintéticas o bioidénticas para reemplazar las hormonas que el cuerpo deja de producir durante la menopausia. Existen diferentes formas de administración, como píldoras, parches, geles y cremas. Sin embargo, la decisión de

utilizar MHT debe ser individualizada y discutida con un médico, ya que existen riesgos y beneficios asociados con su uso. Además de la MHT, existen otras opciones de tratamiento no hormonal para aliviar los síntomas de la menopausia, como cambios en el estilo de vida, terapias alternativas como la acupuntura y el uso de ciertos medicamentos, como los antidepresivos o los medicamentos para la hipertensión arterial.

Palacios et al.⁵³ plantean que la menopausia es un proceso natural en la vida de una mujer, un punto de inflexión en el que se marca el fin de su período fértil y comienza una nueva etapa. A medida que los años avanzan, los ovarios, aquellos órganos tan importantes para la reproducción, dejan de producir las hormonas reproductivas clave, como el estrógeno y la progesterona. Es en este momento cuando se da paso a la menopausia, con ella, surgen una serie de cambios y efectos que afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas.

Uno de los principales efectos que se experimentan durante esta etapa es la disminución en la libido. Muchas mujeres notan una disminución en su deseo sexual, y esto se debe a la disminución de los niveles hormonales, que puede alterar el equilibrio hormonal y afectar la libido de forma significativa. Otro efecto importante es el cambio en la estructura vaginal. Los tejidos vaginales tienden a volverse más delgados y menos elásticos, debido a la disminución de los niveles de estrógeno. Esto se conoce como atrofia vaginal y puede causar molestias o dolor durante las relaciones sexuales.

Pop et al.⁵⁴ plantean que durante la menopausia se producen cambios hormonales que pueden tener efectos significativos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Estudios y expertos han identificado los impactos principales que la menopausia puede tener en estas áreas. Durante la menopausia, muchas mujeres experimentan una reducción en su deseo sexual. Esta disminución puede ser atribuida a cambios hormonales, como la disminución de los niveles de estrógeno, así como a factores emocionales y psicológicos relacionados con la imagen corporal y la autoestima.

La falta de libido puede afectar negativamente la calidad de vida sexual y la intimidad. Además, algunas mujeres pueden experimentar cambios en la respuesta sexual durante la menopausia. Pueden requerir más tiempo para excitarse y la intensidad y frecuencia de los orgasmos pueden disminuir. Estos cambios pueden afectar la satisfacción sexual y la intimidad en las relaciones de pareja.

En relación con la fertilidad, durante la menopausia, la capacidad reproductiva de las mujeres disminuye gradualmente. A medida que los ovarios dejan de liberar óvulos regularmente, las posibilidades de quedar embarazada se reducen. Es importante tener en cuenta que aún es posible concebir hasta que una mujer alcance la menopausia completa y no haya tenido un período menstrual durante 12 meses consecutivos. Es importante destacar que los efectos de la menopausia en la salud sexual y reproductiva pueden variar entre las mujeres, ya que cada individuo puede experimentar síntomas de manera diferente.

Castillo-Zamora et al.⁵⁵ llevaron a cabo un estudio cualitativo centrado en la percepción de la menopausia y las experiencias sexuales de mujeres atendidas en instituciones hospitalarias en Bogotá, Colombia. El estudio incluyó a 16 mujeres en la etapa de la menopausia, con una edad promedio de 55 años. La mayoría de las participantes tenían educación primaria y experimentaron la menopausia durante un promedio de 3 años. A través de entrevistas, surgieron cinco categorías temáticas que describen las percepciones y vivencias de las mujeres en relación con la menopausia.

La primera categoría se refiere a la percepción de la menopausia como el fin de la capacidad reproductiva de la mujer debido a los cambios hormonales que ocurren alrededor de los 40 años. Aunque las participantes no pudieron explicar en detalle los cambios hormonales implicados, reconocieron que la menopausia no es una enfermedad, sino una etapa natural de la vida, la cual no es fácil para ellas. Las mujeres relacionaron que la menopausia está asociada con factores hereditarios y con el trabajo en el cual se desempeñan.

La segunda categoría abordó los cambios inducidos por la menopausia y cómo las mujeres los enfrentan. Estos cambios incluyen molestias físicas como aumento de peso,

fatiga, sofocos, sudoración excesiva, trastornos del sueño, cambios de humor, sequedad vaginal, incontinencia urinaria y dolores de cabeza. Se habla que muchas de estas manifestaciones clínicas, se ven más marcadas si la paciente tiene alguna enfermedad crónica asociada. Estas alteraciones también pueden afectar la apariencia física, el estado de ánimo y la autoestima de las mujeres. Para hacer frente a estos síntomas, las participantes mencionaron estrategias como buscar ambientes frescos, usar ropa ligera, evitar mantas pesadas, utilizar ventiladores y aire acondicionado, beber líquidos fríos y vestirse de forma ligera. También mencionaron el uso de lubricantes vaginales y prácticas culturales transmitidas en el entorno familiar para aliviar los síntomas de la menopausia.

Se llegó a la conclusión que lo más importante para disminuir las molestias, es tener una vida normal, pero activa, la pareja es fundamental en esta etapa para brindar apoyo, ofreciendo comprensión y un buen ambiente dentro de sus hogares. Las amigas durante la vida adulta son indispensables porque han pasado por esto, pueden dar consejos o solamente escuchar. Una percepción de sí misma y de su vida, influye en cómo se siente la mujer y le ayudara a enfrentarse a todas las molestias de una forma diferente. La tercera categoría, habla de los cambios a nivel sexual, donde no solo se ve afectado la libido por todos los efectos somáticos que están pasando alrededor de la menopausia, sino que al disminuir el deseo sexual con la pareja, puede haber infidelidades por parte del hombre.

En la cuarta categoría, se resalta que para la mujer las relaciones sexuales no son prioridad, ya se centran más en desempeñar su función de madres o algunas en abuelas. De esta forma, la pareja no se relaciona directamente por las relaciones sexuales, sino como en una familia que se encarga de cuidar e incluso darle más importancia a su salud personal. Por último, en la quinta categoría, si bien las mujeres durante el estudio se refieren a la menopausia como una etapa negando que sea una enfermedad, mencionan que si debe haber acompañamiento médico, donde se les brinde un espacio seguro para así conversar sus inquietudes y se les asesore adecuadamente, incluyendo a sus seres queridos para que ellos comprendan la etapa por la que se está atravesando.

Otro de los estudios analizados es el de Torres-Jimenaza et al.⁵⁶, quienes plantean que, durante la menopausia, se producen cambios fisiológicos en el cuerpo de la mujer. Al principio de la menopausia, los niveles de la hormona inhibina disminuyen, lo que lleva a una disminución de la síntesis de FSH. Esto provoca una reducción en la duración de la fase folicular y ciclos menstruales más cortos. A medida que avanza la menopausia, los niveles de FSH aumentan debido a la disminución de los folículos ováricos y la disminución de la producción de estrógenos. Esta disminución de estrógenos conduce a una maduración folicular irregular y ciclos ovulatorios y anovulatorios. Los ciclos anovulatorios pueden resultar en hiperestrogenismo relativo y causar hipermenorrea.

El síndrome climatérico/menopausia se diagnostica principalmente en función de los síntomas que experimenta la mujer. Se realiza una historia clínica detallada para evaluar enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, síntomas genitourinarios, cambios psicológicos y bochornos. El sistema de clasificación conocido como Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) ayuda a clasificar las etapas de la vida reproductiva en mujeres.

Es importante realizar un proceso de acompañamiento integral en mujeres en la perimenopausia para identificar factores de riesgo asociados con la disminución hormonal, como enfermedad cardiovascular, osteoporosis y cáncer. Se recomienda realizar estudios de laboratorio y pruebas de imagen, como citología cervical, perfil de lípidos, glucosa sérica, mastografía, ultrasonido pélvico, examen general de orina, entre otros.

En términos de tratamiento, se ofrece terapia hormonal sustitutiva (THS) para aliviar los síntomas vasomotores, como los bochornos. La THS puede incluir estrógenos, progestágenos o una combinación de ambos. Sin embargo, actualmente no se recomienda la THS para la prevención de enfermedades crónicas como enfermedad cardiovascular, osteoporosis y demencia. El tratamiento hormonal sustitutivo se prescribe individualmente y se inicia dentro de los primeros 10 años de la menopausia o en mujeres menores de 60 años sin contraindicaciones. Se debe tener precaución en mujeres mayores de 60 años, debido al mayor riesgo asociado. La dosis y la vía de administración varían según las necesidades de

cada paciente. La terapia combinada de estrógenos y progestágenos se recomienda para mujeres con útero intacto.

En esta línea, Hernández y Sánchez⁵⁷ proporcionan resultados sobre los efectos de la menopausia en la salud sexual y reproductiva de mujeres adultas. Los datos obtenidos revelan que la menopausia tiene un impacto negativo en la función sexual femenina. Se observó que el 60% de las mujeres que no presentaban alteraciones sexuales antes de la menopausia experimentaron cambios después de este período. Los dominios más afectados fueron la lubricación vaginal, el dolor durante las relaciones y la satisfacción sexuales. Se encontró que el 65,6% de las mujeres experimentaron disfunción sexual después de la menopausia, lo que indica que un alto porcentaje de mujeres sufren dificultades en sus relaciones sexuales en esta etapa de la vida. La insatisfacción con los cambios corporales y los problemas en la relación de pareja fueron señalados como las principales causas de estas dificultades sexuales.

A pesar de los efectos negativos, también se identificaron aspectos positivos relacionados con la menopausia. Algunas mujeres manifestaron una mayor conciencia de la importancia del cuidado de la salud, un deseo de emprender nuevos proyectos y una mejora en su vida social. Una perspectiva similar es la que identifican Arnot y Mace⁵⁸, quienes por medio de su estudio determinaron una nueva luz sobre la relación entre la actividad sexual y la menopausia. Se encontró una asociación significativa entre una mayor frecuencia sexual y un menor riesgo de experimentar la menopausia, incluso después de tener en cuenta otros factores que podrían influir en este proceso.

Esto sugiere que mantener una vida sexual activa puede tener un efecto beneficioso en la salud reproductiva de las mujeres adultas, posiblemente debido a los cambios hormonales y la estimulación física asociados con la actividad sexual regular. Sin embargo, los resultados no respaldaron la hipótesis de que la exposición a las feromonas masculinas, medida a través de la presencia masculina en el hogar, afectara la edad de la menopausia. Aunque las feromonas son sustancias químicas naturales liberadas por los seres vivos para comunicar información olfativa, no se encontró evidencia suficiente para demostrar que las

feromonas masculinas influyeran directamente en el proceso de la menopausia en las mujeres estudiadas.

Otro hallazgo inesperado del estudio fue la relación entre el estado civil y la edad de la menopausia. A diferencia de investigaciones previas que sugerían que las mujeres casadas o en una relación tenían una menor probabilidad de entrar en la menopausia, este estudio encontró lo contrario. Después de ajustar por factores relevantes, se observó que las mujeres casadas o en una relación tenían un mayor riesgo de experimentar la menopausia en comparación con las mujeres divorciadas, separadas o solteras. Estos resultados desafían las percepciones convencionales y señalan la necesidad de una mayor investigación para comprender mejor la interacción entre el estado civil y la menopausia.

Por su parte, el estudio desarrollado por Dąbrowska-Galas et al.⁵⁹ plantea que, durante la menopausia, muchas personas enfrentan desafíos en su vida sexual. Por lo tanto, es fundamental que los proveedores de atención médica aborden abiertamente estos problemas y comprendan los diversos factores que pueden influir en ellos. Este estudio respalda la importancia de evaluar y abordar los problemas sexuales en las personas que atraviesan la menopausia. Aunque los síntomas menopáusicos, como los cambios psicológicos, físicos y urogenitales, se identificaron como factores significativos que afectan la función sexual, en el análisis múltiple no se explicó completamente esta función.

Además, se encontró que los problemas sexuales eran más comunes en personas que no utilizaban terapia hormonal y que no presentaban síntomas físicos relacionados con la menopausia. Estos hallazgos destacan la necesidad de considerar otros factores aún desconocidos que podrían influir en la función sexual durante este período. Asimismo, la falta de terapia hormonal y la ausencia de síntomas físicos parecen estar asociadas con una mayor prevalencia de problemas sexuales.

Con base en los resultados mencionados con anterioridad, se destaca la importancia de abordar integralmente los problemas sexuales en las personas durante la menopausia. Esto implica considerar no solo los síntomas menopáusicos conocidos, sino también explorar otros

posibles factores que podrían estar influyendo en la función sexual. Es fundamental identificar intervenciones adecuadas que mejoren la calidad de vida sexual de estas personas.

Küçükkaya y Gönenç⁶⁰ señalan que la menopausia es un período de transición en la vida de una mujer en el que se producen importantes cambios hormonales y físicos. Estos cambios pueden tener un impacto significativo en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas, lo que puede afectar su salud y calidad de vida. Durante la menopausia, muchas mujeres experimentan una disminución del deseo sexual y dificultad para lograr la excitación y el orgasmo. Esta disminución de la libido puede ser causada por cambios hormonales, así como por factores emocionales y psicológicos. Además, algunas mujeres pueden experimentar cambios en la lubricación vaginal, lo que puede causar sequedad e incomodidad durante las relaciones sexuales.

Además de los cambios en la función sexual, la menopausia también marca el final de la edad reproductiva de la mujer. Cuando la producción de óvulos disminuye, las mujeres ya no tendrán períodos regulares y ya no podrán concebir de forma natural. Este aspecto puede tener un impacto emocional significativo ya que está involucrado en la adaptación a los cambios en la fertilidad y puede requerir una adaptación en términos de planificación familiar y aceptación de una nueva etapa de la vida.

Con respecto al segundo objetivo de investigación, que corresponde a saber identificar los tratamientos hormonales que podrían utilizarse en mujeres adultas con la menopausia para la mejora de su salud sexual y reproductiva, Pradhan et al.²³ mencionan que uno de los tratamientos hormonales utilizados en mujeres adultas con menopausia para mejorar su salud sexual y reproductiva es la TRH. La TRH implica la administración de hormonas sintéticas, como estrógeno y progesterona, para compensar la disminución de estas hormonas durante la menopausia.

La terapia de reemplazo hormonal puede ayudar a aliviar los síntomas menopáusicos, como la sequedad vaginal, al restaurar los niveles hormonales adecuados. Esto puede mejorar la lubricación vaginal, reducir la incomodidad durante las relaciones sexuales y mejorar la

calidad de vida sexual de las mujeres. Además de la TRH, existen otros tratamientos hormonales disponibles, como los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Estos medicamentos reducen la producción de estrógeno en el cuerpo, lo que puede ayudar a controlar los síntomas menopáusicos y mejorar la salud sexual y reproductiva.

Es importante que las mujeres busquen atención médica y discutan con su médico las opciones de tratamiento hormonal disponibles. La elección de un tratamiento hormonal específico debe basarse en una evaluación individualizada, teniendo en cuenta los síntomas, los antecedentes médicos y las preferencias personales de cada mujer. Es fundamental comprender los posibles beneficios y riesgos asociados con el tratamiento hormonal y tomar decisiones informadas sobre la salud sexual y reproductiva durante la menopausia. Además del tratamiento hormonal, existen otras opciones y enfoques para abordar los síntomas de la menopausia. Estos pueden incluir cambios en el estilo de vida, terapias alternativas, manejo del estrés y apoyo emocional. Es importante que las mujeres exploren diferentes opciones y encuentren la combinación de tratamientos que funcione mejor para ellas.

Por su parte, Stute et al.⁴⁸ han identificado varios tratamientos hormonales que podrían utilizarse en mujeres adultas con menopausia para mejorar su salud sexual y reproductiva. Estos tratamientos incluyen la TRH, la terapia hormonal local y los moduladores selectivos de los receptores de estrógeno (SERMs). La TRH implica la administración de hormonas sintéticas, como estrógeno y progesterona, con el fin de compensar la disminución de estas hormonas durante la menopausia. Este tratamiento puede aliviar los síntomas menopáusicos, como la sequedad vaginal, mejorando la lubricación y reduciendo la incomodidad durante las relaciones sexuales.

Por otro lado, la terapia hormonal local consiste en la aplicación de hormonas directamente en el área vaginal, utilizando cremas, tabletas o anillos vaginales. Estos productos liberan hormonas localmente, lo que ayuda a restaurar la salud vaginal, mejorar la lubricación y aliviar la sequedad vaginal.

Se ha investigado el uso de SERMs, que son medicamentos que actúan de manera selectiva en los receptores de estrógeno en diferentes tejidos del cuerpo. Estos medicamentos proporcionan beneficios similares al estrógeno sin los riesgos asociados. Los SERMs se utilizan principalmente para tratar los síntomas menopáusicos, incluyendo la sequedad vaginal y los cambios en el estado de ánimo.

Según Llango y Céspedes ⁴⁹, en relación con el impacto de la menopausia en la salud sexual y reproductiva, se ha observado que las mujeres en esta etapa experimentan una variedad de síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales.

Los síntomas somáticos incluyen molestias musculares, dificultades para dormir, bochornos y molestias cardíacas. Por otro lado, los síntomas psicológicos son frecuentes e incluyen estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y cansancio físico. Además, los síntomas urogenitales como problemas con la vejiga, dificultades sexuales y sequedad vaginal también se observan con moderada intensidad. Ante estos síntomas, se han considerado tratamientos hormonales como una opción para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas con menopausia. Estos tratamientos hormonales incluyen la TRH y los SERMs.

La TRH consiste en la administración de hormonas sintéticas, como estrógeno y progesterona, para compensar la disminución de estas hormonas durante la menopausia. Este tratamiento puede ayudar a aliviar los síntomas somáticos y urogenitales, como las molestias musculares, los bochornos, los problemas con la vejiga y la sequedad vaginal. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la TRH tiene riesgos asociados y debe ser evaluada individualmente en consulta con un profesional de la salud. Por otro lado, los SERMs son medicamentos que actúan selectivamente en los receptores de estrógeno en diferentes tejidos del cuerpo. Estos medicamentos pueden proporcionar beneficios similares al estrógeno sin los riesgos asociados. Los SERMs se han utilizado para aliviar síntomas urogenitales, como la sequedad vaginal y las dificultades sexuales.

Cada opción de tratamiento hormonal tiene sus propios beneficios y riesgos, por lo que se debe realizar una evaluación cuidadosa para garantizar la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres durante la menopausia. Además, es importante considerar otros enfoques no hormonales y adoptar un enfoque integral que aborde también los aspectos psicológicos y urogenitales de la salud durante esta etapa de la vida.

Según la North American Menopause Society⁵¹, los tratamientos hormonales son una opción para mejorar la salud sexual y reproductiva en mujeres adultas durante la menopausia. Estos tratamientos, conocidos como terapia hormonal, pueden ayudar a aliviar los síntomas asociados con la disminución de estrógeno, como los sofocos, los sudores nocturnos, la sequedad vaginal y la pérdida de libido. Ante dicho problema se ha propuesto la terapia hormonal, no obstante, cabe resaltar que la terapia hormonal no es adecuada para todas las mujeres, y los riesgos y beneficios deben ser evaluados individualmente. Las mujeres que consideran la terapia hormonal deben discutir con su médico los factores de riesgo, antecedentes médicos y preferencias personales para tomar una decisión informada.

Existen otras opciones de tratamiento que pueden ayudar a mejorar la salud sexual y reproductiva durante la menopausia. Estos incluyen lubricantes vaginales para aliviar la sequedad vaginal, medicamentos no hormonales para controlar los síntomas vasomotores, y terapia sexual o asesoramiento para abordar problemas específicos de la sexualidad. En última instancia, la elección del tratamiento hormonal o no hormonal dependerá de la evaluación individualizada de cada mujer y de su situación médica.

Madsen et al.⁵² explican que uno de los tratamientos hormonales que podría utilizarse en mujeres adultas con menopausia es la MHT. Este tratamiento implica la administración de hormonas sintéticas o bioidénticas para reemplazar las hormonas que el cuerpo deja de producir durante la menopausia, como el estrógeno y la progesterona. La MHT puede ayudar a aliviar los síntomas asociados con la menopausia, como los sofocos, los cambios en el patrón del sueño, la sequedad vaginal, los cambios de humor y la disminución de la libido. Además, la MHT puede ofrecer beneficios adicionales, como la reducción del riesgo de

osteoporosis y enfermedades cardiovasculares en mujeres que experimentan menopausia prematura o inducida.

Aparte de la MHT, existen otras opciones de tratamiento no hormonal que también pueden ayudar a mejorar la salud sexual y reproductiva durante la menopausia. Estos incluyen cambios en el estilo de vida, como una alimentación saludable y actividad física regular, así como terapias alternativas como la acupuntura. También se pueden considerar ciertos medicamentos, como los antidepresivos, para aliviar los síntomas específicos de la menopausia.

En esta línea, Palacios et al.⁵³, en el contexto de los tratamientos hormonales que podrían utilizarse en mujeres adultas con menopausia para mejorar su salud sexual y reproductiva, se menciona la MHT como una opción. La MHT implica el reemplazo de las hormonas reproductivas clave, como el estrógeno y la progesterona, que disminuyen durante la menopausia. Su aporte más resaltante es recomendar a los médicos a realizar las terapias hormonales tomando en consideración cada caso en particular, pues no debe entenderse la terapia hormonal como un método estandarizado, por el contrario, cada mujer tiene sus condiciones y particularidades que se deben detectar para ofrecer una terapia hormonal.

De acuerdo con las investigaciones de Torres-Jimenaza et al.⁵⁶, una opción de tratamiento hormonal para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas durante la menopausia es la THS. La THS implica el uso de hormonas, como estrógenos y progestágenos, para reemplazar las hormonas que disminuyen durante este período de la vida. Este tratamiento puede ser recomendada para aliviar los síntomas vasomotores, como los bochornos, que son comunes durante la menopausia. El tratamiento hormonal puede incluir el uso de estrógenos solos en mujeres que han pasado por una histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) o una combinación de estrógenos y progestágenos en mujeres con útero intacto.

Es importante tener en cuenta que la THS tiene riesgos y efectos secundarios, y no es adecuada para todas las mujeres. La decisión de utilizar la THS debe basarse en una

evaluación individual de los riesgos y beneficios, considerando factores como la edad, los antecedentes médicos y personales, y las preferencias de la paciente. Se recomienda que la THS se inicie dentro de los primeros 10 años de la menopausia o en mujeres menores de 60 años sin contraindicaciones.

Por último, con respecto al tercer objetivo de investigación, a saber, señalar el aporte del profesional en medicina en el abordaje integral de las mujeres postmenopáusicas relacionados con el uso de tratamientos hormonales. En el abordaje integral de las mujeres en la etapa postmenopáusica, el médico desempeña un papel crucial basado en la evidencia científica. De acuerdo con la investigación de Pradhan et al.⁴³, el médico se convierte en un recurso de conocimiento y apoyo, guiando a estas mujeres a través de los desafíos que enfrentan en su salud sexual y reproductiva.

El profesional en salud es consciente de la falta de atención y los prejuicios que rodean los problemas sexuales en mujeres postmenopáusicas tanto en la investigación como en la práctica clínica. Se esfuerza por crear un ambiente de confianza, donde las pacientes se sientan cómodas para expresar sus inquietudes y preocupaciones relacionadas con la sexualidad. Teniendo en cuenta que los problemas sexuales durante la menopausia están influenciados por múltiples factores, como los síntomas menopáusicos, cambios físicos y emocionales, así como la falta de terapia hormonal, el médico adopta un enfoque integral al diseñar un plan de tratamiento personalizado.

El médico debe seguir las siguientes medidas para la atención integral de la mujer menopáusica durante la consulta médica, como una historia clínica completa, que va orientada al climaterio, determinando así los antecedentes personales y familiares, los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer de mama y endometrio y de osteoporosis. Se realiza también una valoración de síntomas característicos en la etapa menopáusica y una exploración física completa en donde se incluyan examen ginecológico, mamario, cardíaco y abdominal. Además de la historia clínica y examen físico, se agregan laboratorios complementarios como el perfil hormonal, perfil metabólico (estradiol, FHS), para así determinar hipoestrogenismo, se deben cuantificar lípidos y lipoproteínas, ya que el

colesterol total en sangre, se relaciona con riesgo cardiovascular. Los resultados elevados de LDH y bajos en HDL, los deben orientar a que nuestra paciente realice cambios en dieta y ejercicio. Entre los estudios de gabinete que deben estar incluidos en la consulta médica, podemos mencionar las citologías cérvico-vaginales, la cuales se deben realizar anualmente a todas las pacientes, mamografías a todas las mujeres mayores de 40 años utilizando proyección cefalo-caudal y oblicua, esto con la esperanza de detectar cáncer de mama o algún cambio patológico. La densitometría ósea, comúnmente olvidada en pacientes menopáusicas, es importante para medir su masa ósea, siendo importante para la prevención y tratamiento de la osteoporosis. Por último, pero no menos importante, la radiografía y el electrocardiograma, importantes para diagnosticar una enfermedad cardíaca.

En este sentido, el médico utiliza su experiencia y conocimientos para informar a las pacientes sobre las opciones de terapia hormonal disponibles. Proporciona información detallada sobre los beneficios potenciales y los riesgos asociados, permitiendo a las pacientes tomar decisiones informadas en relación con su salud sexual y reproductiva. Además de la terapia hormonal, se exploran otras alternativas no hormonales, como cambios en el estilo de vida y terapias específicas, para abordar los problemas sexuales relacionados con la menopausia.

Además de abordar los problemas sexuales, el médico reconoce que la menopausia también implica cambios en la salud reproductiva. Por lo tanto, se enfatiza la importancia de considerar opciones anticonceptivas para prevenir el embarazo no deseado. Esta perspectiva permite a las pacientes comprender cómo la menopausia afecta su capacidad reproductiva y tomar decisiones adecuadas en relación con la planificación familiar.

Llango y Céspedes⁴⁹ destacan el papel fundamental de los profesionales médicos en el enfoque integral de la atención a las mujeres postmenopáusicas, especialmente en relación con el uso de tratamientos hormonales. Según su investigación, se pueden identificar varias contribuciones significativas de los profesionales médicos en este contexto. En primer lugar, los médicos desempeñan un papel crucial al proporcionar información precisa y

comprensible, lo cual ayuda a las mujeres a comprender y aceptar mejor esta etapa de la vida, reduciendo así la ansiedad e incertidumbre.

A través de una evaluación integral de los síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales, los médicos pueden determinar su impacto en la calidad de vida de la paciente y desarrollar planes de tratamiento personalizados. Mediante esta evaluación detallada, los médicos pueden identificar los desafíos específicos que enfrenta cada mujer y diseñar planes de tratamiento adaptados a sus necesidades individuales. Este enfoque holístico permite brindar una atención médica integral y efectiva, mejorando así la calidad de vida de las mujeres postmenopáusicas y ayudándolas a enfrentar esta etapa de la vida con mayor bienestar.

En el contexto de los tratamientos hormonales, los profesionales médicos deben evaluar cuidadosamente la idoneidad de dichos tratamientos para cada mujer individual. Esto implica considerar los factores de riesgo individuales, las preferencias de la paciente y las posibles contraindicaciones. Los médicos deben informar a las mujeres sobre los beneficios y riesgos asociados con los tratamientos hormonales, permitiéndoles tomar decisiones informadas y participar activamente en su atención médica.

Por otro lado, Lipasti et al.⁵⁰ enfatizan la contribución de los profesionales médicos en el abordaje integral de las mujeres postmenopáusicas, particularmente en relación con el uso de tratamientos hormonales. A partir de su estudio, se pueden identificar varias formas en las que los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel crucial en este contexto. En primer lugar, es crucial que los médicos se mantengan actualizados sobre los avances en investigación relacionados con los efectos de la menopausia. Esta base sólida de conocimientos les permite comprender mejor los síntomas y las experiencias que las mujeres pueden experimentar durante esta etapa de la vida.

Cuando un médico está al tanto de los hallazgos de investigación, le permite brindar una atención médica más precisa y personalizada a sus pacientes postmenopáusicas, ofreciendo consejos y tratamientos basados en la evidencia científica. De esta manera, se

mejora la calidad de vida de las mujeres y se abordan de manera más efectiva los desafíos asociados con la menopausia.

En cuanto a los tratamientos hormonales, los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de proporcionar información precisa y actualizada a las mujeres postmenopáusicas. Esto implica explicar los beneficios y los posibles riesgos asociados con estos tratamientos, así como discutir alternativas y opciones de tratamiento no hormonal. Al proporcionar una orientación clara y comprensible, los profesionales médicos pueden ayudar a las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

Además, los profesionales de la salud se desempeñan en el monitoreo y seguimiento de los tratamientos hormonales. Esto implica evaluar regularmente la eficacia y los posibles efectos secundarios de los tratamientos, y realizar ajustes según sea necesario. El seguimiento cercano y la comunicación abierta con las mujeres permiten una atención personalizada y la optimización de los resultados del tratamiento.

Según la Sociedad Norteamericana de Menopausia⁵¹, los profesionales de la salud juegan un papel importante en un enfoque holístico de las mujeres posmenopáusicas, especialmente en lo que respecta al uso de medicamentos hormonales. Sus contribuciones cubren varias áreas importantes. En primer lugar, los médicos desempeñan un papel importante al brindar información precisa y actualizada sobre el impacto de la menopausia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

A través de la educación, los profesionales de la salud pueden ayudar a las mujeres a comprender los cambios durante esta etapa de la vida y cómo afectan sus cuerpos y su salud cotidiana. Esta información les permite tomar una decisión informada sobre el uso de la terapia hormonal y otras opciones disponibles para tratar los síntomas de la menopausia, según sus necesidades y preferencias individuales. Además, los médicos pueden proporcionar recursos adicionales, como materiales educativos y referencias a grupos de apoyo para ayudar a las mujeres a atravesar esta transición y mejorar su salud en general. Por

lo tanto, su papel es crucial para empoderar a las mujeres y brindarles las herramientas que necesitan para manejar la menopausia de una manera saludable e informada.

Cuando se trata de tratamientos hormonales específicos, los profesionales de la salud pueden ayudar a las mujeres a tomar decisiones informadas. Esto incluye una discusión sobre los beneficios y riesgos de la terapia hormonal, así como las alternativas disponibles. Los profesionales de la salud pueden brindar información sobre los diferentes tipos de tratamiento hormonal, sus posibles efectos secundarios y las necesidades individuales de cada mujer, como el historial médico y las preferencias individuales. Esto permite que las mujeres tomen decisiones informadas sobre si el tratamiento hormonal es adecuado para ellas.

Los médicos también juegan un papel importante en el seguimiento y control de las mujeres que reciben terapia hormonal. Esto incluye chequeos regulares, chequeos médicos y evaluación de los síntomas informados por las mujeres. El seguimiento cuidadoso permite a los profesionales de la salud evaluar la eficacia del tratamiento y detectar cualquier efecto secundario o cambio en la salud de la mujer. Además, les brinda la oportunidad de abordar cualquier problema o inquietud que puedan tener las mujeres, asegurándose de que siempre se sientan apoyadas y cuidadas. Con un enfoque holístico, los profesionales de la salud ayudan a garantizar la seguridad y la salud de las mujeres que reciben tratamiento hormonal para la menopausia.

De este modo, Madsen et al.⁵² argumentan que los profesionales de la salud juegan un papel fundamental en el manejo integral de la mujer posmenopáusica, particularmente en relación con el uso de la terapia hormonal y otras opciones de tratamiento. Sus contribuciones cubren varias áreas importantes. A medida que se acerca la menopausia, los profesionales de la salud juegan un papel importante al brindar información precisa y actualizada sobre los cambios hormonales y los síntomas relacionados, así como los tratamientos alternativos diferentes existentes.

Esta responsabilidad incluye educar a las mujeres sobre el impacto de la menopausia en su salud y bienestar, así como brindar información detallada sobre los riesgos y beneficios

de la terapia de reemplazo hormonal y otras opciones sin hormonas. Al comprender completamente estas opciones, las mujeres pueden tomar decisiones informadas sobre su propia salud, eligiendo el método que mejor se adapte a sus necesidades individuales. Además, los profesionales médicos están disponibles para responder preguntas y brindar apoyo durante esta transición para brindar a las mujeres confianza y apoyo en su búsqueda de una buena calidad de vida.

Cada uno de los síntomas y necesidades individuales de una mujer menopáusica pueden ser evaluados y diagnosticados. Esto incluye una evaluación exhaustiva de los síntomas experimentados, teniendo en cuenta factores como el estado óseo, el riesgo cardiovascular y el historial médico individual del paciente. Con esta información, los especialistas pueden diseñar un plan de tratamiento y recomendar la opción más adecuada para cada mujer.

Con respecto al uso específico de la terapia hormonal, los profesionales de la salud deben sopesar cuidadosamente los riesgos y beneficios en cada caso específico. Esto incluye una evaluación de la edad de la mujer, la edad de la menopausia, el historial médico personal y familiar y otros factores de riesgo individuales. Con estas preguntas en mente, los expertos pueden ayudar a las mujeres a tomar decisiones informadas sobre si la terapia hormonal es adecuada para ellas, así como sobre la forma y la dosis adecuadas para usar. Además, los profesionales médicos deben realizar un examen completo de cada mujer posmenopáusica. Esto incluye tomar un historial médico detallado, evaluar sus síntomas y realizar las pruebas e investigaciones apropiadas. Al comprender la patología y los síntomas específicos de cada paciente, los médicos pueden personalizar el tratamiento y recomendar el tratamiento hormonal más adecuado para cada caso.

Debe enfatizarse que la decisión de usar terapia endocrina debe basarse en una evaluación de riesgo-beneficio individual. Los profesionales de la salud deben discutir abiertamente los posibles riesgos y efectos secundarios de la terapia hormonal, así como los beneficios esperados en términos de alivio de los síntomas y calidad de vida. Esta información permitirá a las mujeres tomar decisiones informadas y participar activamente en

su propia atención médica. Al brindar información precisa y evaluaciones integrales, los médicos pueden ayudar a las mujeres a comprender y manejar mejor la menopausia y optimizar su salud y calidad de vida durante la transición. Su experiencia y conocimiento contribuye a una atención integral y personalizada que facilita la toma de decisiones informadas y la atención óptima de la salud de la mujer menopáusica.

Pop et al⁵⁴, enfatizan en que los profesionales de la salud juegan un papel trascendental en el abordaje holístico de las mujeres posmenopáusicas en el uso de la terapia hormonal. Sus aportes incluyen educación, evaluación individual, seguimiento cercano y la búsqueda de opciones de tratamiento adicionales. Con una atención adaptada y personalizada, los profesionales pueden ayudar a mejorar la salud sexual y reproductiva y la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas.

En su estudio, Castillo-Zamora et al.⁵⁵ enfatizan la importancia del profesional médico en un abordaje holístico de la mujer posmenopáusica en el uso de la terapia hormonal. Los resultados de la investigación cualitativa resaltan la necesidad de atención médica que aborde cuestiones médicas, educativas y emocionales, incluida la sexualidad. Es importante que las mujeres entiendan que la menopausia es un proceso natural y no una enfermedad. Al proporcionar información sobre los cambios hormonales y los posibles síntomas que los acompañan, los médicos pueden ayudar a reducir la ansiedad y promover una comprensión adecuada de esta etapa de la vida. Los profesionales de la salud pueden brindar apoyo emocional y recomendar estrategias para controlar los síntomas y mantener una buena calidad de vida. Los síntomas físicos y psicoemocionales que experimentan las mujeres menopáusicas deben evaluarse y abordarse. En este caso, se evaluarán exhaustivamente síntomas como el aumento de peso, los sofocos, la sequedad vaginal y los cambios de humor.

Un estudio de Torres-Jimenaz et al. ⁵⁶ destaca el importante papel que juega el profesional de la salud en el abordaje holístico de la mujer posmenopáusica en el uso de la terapia hormonal. Los médicos desempeñan un papel importante al evaluar cuidadosamente el historial médico del paciente y utilizar sistemas de clasificación reconocidos, como el Workshop on Stages of Reproductive Aging (STraw) para identificar los síntomas

experimentados por las mujeres y evaluar su estado de salud. Esto le permite diagnosticar con precisión y clasificar correctamente los síndromes menopáusicos/menopáusicos.

Además, los profesionales de la salud están capacitados para realizar un seguimiento integral de las mujeres perimenopáusicas para identificar los factores de riesgo asociados con la disminución de los niveles hormonales, como las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y el cáncer. Este monitoreo incluye, pero no se limita a, exámenes de laboratorio y estudios de imagen como citología cervical, perfil de lípidos, glucosa sérica, mamografía, ecografía regional y análisis de orina. Un abordaje integral del seguimiento contribuye a la detección temprana de posibles complicaciones y posibilita el manejo adecuado de la salud de la mujer durante este período de su vida.

En términos de tratamiento, su profesional de la salud puede recomendar la TRH como una opción para aliviar los síntomas vasomotores, como los sofocos. La TRH puede incluir estrógeno, un progestágeno o una combinación de ambos, y el uso de la TRH debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente, teniendo en cuenta la edad de la paciente y la presencia de contraindicaciones. Cabe señalar que la TRH no se recomienda actualmente para la prevención de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y la demencia.

Según investigaciones de Hernández y Sánchez³³, los profesionales de la salud juegan un papel primordial en el abordaje holístico de la mujer posmenopáusica, especialmente en relación con el uso de la terapia hormonal. Su experiencia y conocimiento les permite identificar, tratar y apoyar a mujeres que experimentan cambios y dificultades sexuales en esta etapa de la vida. Además, juegan un papel importante en la educación sobre los aspectos positivos de la menopausia y en la promoción de una visión holística de la salud y el bienestar.

El médico como profesional de la salud tiene un papel significativo que desempeñar en un abordaje holístico de las mujeres posmenopáusicas en el uso del tratamiento hormonal, tal como se encuentra en el estudio de Arnot y Mace⁵⁸. Desde este punto de vista, el médico está obligado a proporcionar información precisa y actualizada sobre los resultados de las

pruebas relevantes, como las mencionadas anteriormente. Prueba. Compartir estos resultados con las mujeres les ayuda a comprender mejor el impacto de la menopausia en la salud sexual y reproductiva, así como los posibles beneficios de la terapia hormonal.

Además, los médicos pueden usar esta información para informar a las mujeres sobre las opciones de terapia hormonal disponibles y los posibles riesgos y beneficios asociados con ellas. Teniendo en cuenta las necesidades y preferencias individuales de cada mujer, su médico puede brindarle asesoramiento personalizado y ayudarlo a tomar una decisión informada sobre la terapia hormonal, teniendo en cuenta factores como la edad, la salud, etc., así como su historial médico general.

Los profesionales de la salud también juegan un papel sustancial al abordar las preocupaciones de las mujeres y los problemas asociados con los resultados inesperados del estudio, como la falta de efecto de las feromonas masculinas sobre la menopausia y la relación entre el estado civil y la menopausia. Al aclarar y aclarar estos hallazgos, los médicos pueden ayudar a disipar mitos o conceptos erróneos y brindar una comprensión más profunda de los factores que pueden afectar la salud reproductiva y el bienestar sexual después de la menopausia, cuando se aclaran estos conceptos, la información indirectamente va a llegar a más mujeres, llegando así a tener una población femenina bien educada en temas relacionados la menopausia.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este apartado marca el cierre de este estudio sobre la menopausia y sus impactos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. A lo largo de este trabajo, se han explorado los cambios hormonales, los síntomas asociados y las repercusiones físicas y emocionales que acompañan a esta etapa de transición en la vida femenina. Por ello, acá, se presentarán las principales conclusiones derivadas del análisis de datos, así como recomendaciones basadas en la evidencia científica y en las necesidades específicas de las mujeres que atraviesan la menopausia.

Estas conclusiones y recomendaciones no solo servirán como una guía para profesionales de la salud, sino también para las propias mujeres y sus seres queridos, brindándoles una comprensión más completa de la menopausia y ofreciéndoles opciones para mejorar su bienestar y calidad de vida y de esta manera formar un equilibrio biológico, psicológico y social en esta etapa tan importante, donde se cierra su ciclo menstrual.

5.1 Conclusiones

Con respecto al primer objetivo, a saber, describir los principales efectos de la menopausia sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas, se establece que la menopausia es una etapa de transición en la vida de las mujeres adultas en la que experimentan una serie de cambios significativos en su salud sexual y reproductiva. Estos cambios están estrechamente relacionados con la disminución de los niveles hormonales, en particular de estrógeno y progesterona. Durante esta etapa, muchas mujeres experimentan síntomas como sequedad vaginal, lo que puede resultar en molestias e incluso dolor durante las relaciones sexuales, afectando negativamente su calidad de vida sexual. Además, es común que se presente una disminución en el deseo sexual o libido, influenciada por factores hormonales, físicos y emocionales.

Además de los cambios en la salud sexual, la menopausia también marca el final de la capacidad reproductiva de una mujer. A medida que los ovarios dejan de liberar óvulos, los ciclos menstruales se vuelven irregulares hasta que cesan por completo. Este aspecto de la menopausia puede generar una serie de reflexiones y emociones en las mujeres, ya que

implica aceptar el cese definitivo de la fertilidad y la finalización de una etapa importante en su vida reproductiva. Sin embargo, los efectos de la menopausia no se limitan solo a la esfera sexual y reproductiva. La disminución hormonal durante esta etapa también puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades ginecológicas y genitourinarias. Además, la menopausia puede tener repercusiones en la salud ósea, aumentando el riesgo de osteoporosis y fracturas. Estos aspectos resaltan la importancia de brindar una atención médica adecuada y un seguimiento continuo durante la menopausia, con el fin de prevenir y abordar cualquier problema de salud asociado.

Es necesario destacar que existe una falta de diagnóstico preciso y tratamiento adecuado para los síntomas de la menopausia. Muchas mujeres tienden a aceptar los síntomas como una parte natural del envejecimiento y no buscan atención médica. Durante la consulta, el médico puede ayudarse de exámenes de laboratorio y exámenes de gabinete, esto con el fin de garantizar un buen diagnóstico.

Sin embargo, diversos estudios demuestran que existen opciones de tratamiento disponibles para aliviar los síntomas de la menopausia, como la terapia hormonal de la menopausia, cambios en el estilo de vida, terapias alternativas y medicamentos específicos. Pero estos temas los desconocen, por lo que es esencial que las mujeres reciban la información adecuada sobre estas opciones y que cuenten con el apoyo de profesionales de la salud y su entorno familiar para abordar y manejar los síntomas del climaterio.

Con respecto al segundo objetivo, identificar los tratamientos hormonales que podrían utilizarse en mujeres adultas con la menopausia para mejorar su salud sexual y reproductiva, se ha determinado que se ha observado que los tratamientos hormonales, como la terapia de reemplazo hormonal (TRH), la terapia hormonal local y los moduladores selectivos de los receptores de estrógeno (SERMs), pueden ser opciones efectivas para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas durante la menopausia. Estos tratamientos pueden aliviar los síntomas menopáusicos, como la sequedad vaginal y las dificultades sexuales, mejorando la lubricación y la calidad de vida sexual. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la elección del tratamiento hormonal debe basarse en la evaluación

individualizada de cada mujer, considerando sus síntomas, antecedentes médicos y preferencias personales. La terapia hormonal tiene beneficios, pero también conlleva riesgos y efectos secundarios que deben tenerse en cuenta en la toma de decisiones informadas.

Además de los tratamientos hormonales, existen otras opciones disponibles. Los cambios en el estilo de vida, como una alimentación saludable y la práctica regular de actividad física, los cuales, pueden contribuir a mejorar la salud sexual y reproductiva durante la menopausia. Asimismo, el uso de lubricantes vaginales, medicamentos no hormonales y terapia sexual con asesoramiento pueden considerarse como complementos o alternativas a los tratamientos hormonales.

Es importante destacar que cada mujer es única y que los tratamientos hormonales y no hormonales deben evaluarse individualmente, considerando los beneficios esperados y los posibles riesgos. La comunicación abierta y honesta entre la mujer y su médico es fundamental para tomar decisiones informadas y diseñar un plan de tratamiento adecuado a sus necesidades y preferencias.

Por último, pero no menos importante, con respecto al tercer objetivo de investigación, a saber, señalar el aporte del profesional en medicina en el abordaje integral de las mujeres postmenopáusicas relacionados con el uso de tratamientos hormonales, se concluye que en el abordaje integral de las mujeres postmenopáusicas, el papel del profesional médico es fundamental. El médico debe tener un profundo conocimiento de los cambios hormonales y físicos que ocurren durante la menopausia y debe escuchar atentamente las preocupaciones de la paciente. Además, deben romper los estigmas y crear un ambiente seguro para que las mujeres puedan expresar libremente sus preocupaciones.

Es trascendental que los profesionales médicos evalúen y traten adecuadamente los síntomas menopáusicos, como la sequedad vaginal y la disminución del deseo sexual. Deben adoptar un enfoque integral al considerar los múltiples factores que pueden influir en los problemas sexuales durante la menopausia, como los síntomas menopáusicos, factores físicos y emocionales, y la falta de terapia hormonal.

Los médicos deben informar a las pacientes sobre los tratamientos hormonales disponibles, explicando los beneficios y riesgos asociados. También deben explorar opciones no hormonales y brindar estrategias adicionales, como cambios en el estilo de vida, terapia sexual o terapia cognitivo-conductual. Además de abordar los problemas sexuales, los médicos deben considerar la salud reproductiva y la necesidad de opciones anticonceptivas, si la mujer aún desea prevenir el embarazo no deseado.

Los profesionales médicos no solo deben prescribir tratamientos hormonales, sino también ofrecer apoyo continuo y seguimiento. Deben evaluar la respuesta al tratamiento, ajustar las dosis si es necesario y brindar soluciones alternativas en caso de efectos secundarios o cambios en la situación médica de la paciente.

5.2 Recomendaciones

Tomando en cuenta los aspectos ya definidos en las conclusiones del estudio, se procede a emitir recomendaciones a la comunidad médica en relación con el diagnóstico y tratamiento de la menopausia.

Con base en los resultados obtenidos a lo largo de la investigación, se recomienda a los profesionales de la salud que consideren de manera integral los efectos de la menopausia en la salud reproductiva y sexual de las mujeres adultas. Esto implica tener en cuenta los síntomas específicos, el historial médico y las preferencias individuales de cada mujer para brindar un enfoque personalizado en el tratamiento.

Se sugiere que los profesionales de la salud proporcionen una educación clara y completa a las mujeres adultas que atraviesan la menopausia, informándolas sobre los cambios hormonales y los posibles efectos en la salud sexual y reproductiva. Esto permitirá que las mujeres estén mejor informadas y puedan participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento.

De acuerdo con los hallazgos de la investigación, se recomienda que los profesionales de la salud realicen una evaluación exhaustiva de los síntomas de la menopausia y su impacto en la salud sexual y reproductiva de las mujeres antes de prescribir medicamentos hormonales. Esto garantizará una selección adecuada del tratamiento y una respuesta óptima para cada paciente.

Se recomienda que los profesionales de la salud realicen un seguimiento médico regular de las mujeres que reciben tratamiento hormonal, para evaluar la efectividad de este y controlar cualquier efecto secundario o complicación. Esto garantizará que el tratamiento sea ajustado en consecuencia y se maximicen los beneficios mientras se minimizan los riesgos.

Para futuras investigaciones, se sugiere estudiar las terapias no hormonales disponibles para el tratamiento de los síntomas de la menopausia en mujeres adultas. Esto podría incluir

enfoques alternativos como cambios en el estilo de vida, terapias complementarias y otras opciones no farmacológicas que puedan ser eficaces y seguras.

Estas recomendaciones buscan mejorar la atención y el manejo de la menopausia, brindando un enfoque más individualizado y considerando las necesidades y preferencias de cada mujer.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menopausia en Chile y Latinoamérica. Chile: Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universal de Chile. 1990. [citado 15 de julio de 2023]. 85–91 p. Disponible en: <http://www.musaeduca.cl/site/docs/infocientifica/menopausiaenchile.pdf>
2. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A.C. 2014. Paciente Endocrino [Internet]. México. [citado 10 de julio de 2023]. 1p. Disponible en: <http://pacienteendocrino.org.mx/menopausia/>
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 1950-2050 [Internet]. Santiago de Chile: Boletín Demográfico. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE); 2016. Disponible en: <https://www.cepal.org/es>
4. Zuleta J. Terapia hormonal de la menopausia, año 2019. Memorias curso de Actualización en ginecología y obstetricia [Internet]. 2022; disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/346852
5. Gambaccini M, Biglia N, Cagnacci A, Caruso S, Cicinelli E, De Leo V, et al. Menopause and hormone replacement therapy: the 2017 Recommendations of the Italian Menopause Society. Italian Menopause Society (SIM). Minerva Ginecol. 2018 Feb;70(1):27-34.
6. Lasso T. Representaciones sociales sobre la menopausia, salud y enfermedad en las mujeres de 45 a 65 años. Un estudio etnográfico. Quito, 2019. Tesis de grado previa a la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia. Quito, Ecuador. Universidad Católica de Ecuador; 2020.
7. Salazar D, Badoui N. Revisión narrativa de la evidencia actual acerca de las alternativas hormonales y no hormonales en el manejo de los síntomas vasomotores y urogenitales de la menopausia. Univ. Med. 2019;60(1).
8. Parra M, Lagos N, Levancini M, Villarroel M, Pizarro E, Vanhauwaert P, et al. Menopausia y Terapia Hormonal de la Menopausia Las recomendaciones 2018 de la Unidad de Endocrinología Ginecológica de Clínica Alemana de Santiago - Sociedad Italiana de la Menopausia y la Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(5):527-550.

9. Lugones B, Ramírez M. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia [Historical notes on climacteric and menopause]. Revista Cubana de Medicina General Integral. [Internet]. 2008; [fecha de consulta 01 junio del 2023]; 24(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400016&lng=es.
10. Fonseca C. Terapia de reemplazo hormonal: Ventana de oportunidad. Rev. méd. sinerg. 2019; 4(1). 14:22.
11. Ayola D, Guzmán M, Sanchez M. Conocimientos y mitos de la menopausia. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2018; 3(4): 198-202.
12. Espitia-De La Hoz, Franklin José. Prevalencia y caracterización de los síntomas de la menopausia en mujeres climatéricas del Eje Cafetero (Colombia), 2018-2020. Universitas Medica; 63(3)
13. Mora A. El climaterio en Costa Rica revista médica de Costa Rica. 1978;34(462):3-6.
14. . Anchío M. 2003. Salud de las mujeres de mediana edad: Retos para los servicios de Salud. Ciencias sociales 95:106
15. Martínez L. Efectividad de una intervención en salud sexual a mujeres con Síndrome genitourinario de la menopausia en la mejora de su calidad de vida. [Tesis para optar al grado de doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2019.
16. Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
17. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]: OPS; 2000 [consultado el 18 de junio del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es>
18. Ministerio de Salud Costa Rica [Internet]. Costa Rica: Ministerio de salud [consultado el 10 de junio del 2023]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/search/?searchword=trastornos%20sexuales&searchphrase=all&Itemid=101>
19. Ceballos G. Anatomía de la región hipotalámica. Rev Fac Cien Med (Quito). 2017; 4(3-4):14-20.

20. Gómez A. La fiebre en la edad pediátrica. Pautas de actuación. 2008. Ambito farmacéutico de educación sanitaria. 27(1). 53: 57.
21. Léger J. Hipofisis. EMC- Pediatría. 2010; 45(3): 1-16.
22. Gray H, Vandyke H. Anatomy of the human body. [Internet]. Filadelfia y Nueva York: Lea & Febiger; 1918. [fecha de consulta: 8 julio del 2023]. Disponible en: https://openlibrary.org/books/OL24786057M/Anatomy_of_the_human_body
23. Tresguerres J, Castillo C. Fisiología del eje hipotálamo- hipofiso-ovárico [Internet]. 3ª ed. Madrid: McGRAW-Hill Interamericana de España; 2005. 1008-1023.
24. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham G. Williams ginecología. Mexico: McGrawHill interamericana; 2008. Cap 38, Anatomía 918-947.
25. Pastor A. Introducción a la anatomía y fisiología femenina género verde. [Internet]. 2020. [citado el 12 de mayo del 2023]; 1(1) 1-45.
26. Gomez L, Luna A. Galería de imágenes del sistema reproductor femenino para estudio práctico de la Anatomía Humana. [Internet]. 2012 [Fecha de consulta: 10 de julio del 2023]; 13(2). 146: 158.
27. Vantman D, Vega, M. Fisiología reproductiva y cambios evolutivos con la edad de la mujer. Rev. méd. Clín. Las Condes. [Internet]. 2010. [Fecha de consulta: 10 de julio del 2023]; 21(3): 348-362
28. Mendoza Tesarik R. Nuevos avances en la reproducción asistida, mejora de la calidad ovocitaria y de la receptividad uterina [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, Programa de Bioquímica y Biología Molecular
29. González Ramos MR. La mujer climatérica desde la Atención Primaria de Salud [The climacteric woman from the Primary Health Care]. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2017;43(3)
30. Lugones M, Quintana T, Cruz Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Rev. Cuba. de Medicina Gen. Integral. 1997; 13(5)
31. Barcia J. Síntomas vasomotores en la mujer climatérica. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2011 Dic [citado 10 Julio 2023]; 37(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-

32. Anchío M. 2003. Salud de las mujeres de mediana edad: Retos para los servicios de Salud. *Ciencias sociales* 95:106
33. Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Miller J, Nedrow A, Nicolaidis C, et al. (2008). Management of Menopause-Related Symptoms. Evidence Report/Technology Assessment No. 120. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
34. Smith NK, Joffe H. (2013). Menopause-related symptoms and their management. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 42(3):507-25.
35. Woods NF, Mitchell ES. (2012). Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *Am J Med.* 125(3 Suppl): S3-13.
36. Sordia Hernández LH. Menopausia: La severidad de su sintomatología y depresión [tesis]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, Departamento de Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Medicina Preventiva
37. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, et al. (2016). Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA.* 318(10):927-938.
38. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, et al. (2009). Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause.* 16(5): 860-869.
39. Ambrojo R. Oposiciones de enfermería. 2012; 1(1): 1-11
40. . Kusnetzoff JC. Andropausia [Internet]. Buenos Aires: Primera Ed. Del Nuevo Extremo, editor; 2001. [citado 28 junio, 2023]. 152 p. Disponible en: <https://books.google.com/books?id=jVpvhQBCJR0C&pgis=1>
41. Vargas González W. Atención Primaria de Salud en Acción: Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Vicerrectoría de Acción Social; 2006.
42. Arias-Sobrado J. Hospital sin paredes, estrategia pionera de la atención primaria de salud en Latinoamérica. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2015

43. Pradhan MR, Mondal S, Mudi PK. Gynecological morbidity, and treatment-seeking among older adult (aged 45–59) women in India. *Reprod Health*. 2023;20: [insert page range if available].
44. Gómez-Luna E, Fernando-Navas D, Aponte-Mayor G, Betancourt-Buitrago LA. Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *Dyna*. 2014;81(184):158-163.
45. Manterola C, Zavando D. Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Rev. Chil. de Cirugía*. [Internet] 2009 [consultado el 11 de febrero del 2023];61(6):582–595. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v61n6/art17.pdf>.
46. Málaga G, Neira-Sánchez E. La medicina basada en la evidencia, su evolución a 25 años desde su diseminación, promoviendo una práctica clínica científica, cuidadosa, afectuosa y humana. *Acta Med Perú*. 2018;35(2):121-6.
47. Alvarado-Salazar R, Llerena J. Revisión de la literatura sobre el uso de Inteligencia Artificial enfocada a la atención de la discapacidad visual. *InGenio Journal: La revista de la Facultad de Ciencias de la Ingeniería de la UTEQ*. 2022;5(1):10-21.
48. Stute P, Eversheim H, Ortius-Lechner D, May M, Feig C. Care reality of menopausal women in Germany: healthcare research using quantitative (SHI claims data) and qualitative (survey) data collection. *Gynecol Endocrinol Reprod Med*. 2022;21
49. Llango Lema KE, Céspedes Cueva JC. Calidad de vida de mujeres en etapa de menopausia. *Salud Cienc Tecnol*. 2022;22:
50. Lipasti M, Jalava-Broman J, Sillanmäki L, Mäkinen J, Rautava P. Climacteric symptoms more severe in 2010 than in 2000 - experience of Finnish women aged 52-56 years not now or previously on menopausal hormone therapy. *Maturitas*. 2021;24
51. North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *J North Am Menopause Soc*. 2022;25
52. Madsen TE, Sobel T, Negash S, Shrouf Allen T, Stefanick ML, Manson JE, Allison M. A Review of Hormone and Non-Hormonal Therapy Options for the Treatment of Menopause. *Int J Womens Health*. 2022;14

53. Palacios S, Stevenson JC, Schaudig K, Lukasiewicz M, Graziottin A. Hormone therapy for first-line management of menopausal symptoms: Practical recommendations. *Womens Health (Lond)*. 2019;15
54. Pop AL, Nasui BA, Bors RG, Penes ON, Prada AG, Clotea E, Crisan S, Cobelschi C, Mehedintu C, Carstoiu MM, Varlas VN. The Current Strategy in Hormonal and Non-Hormonal Therapies in Menopause—A Comprehensive Review. *MDPI*. 2023
55. Castillo-Zamora MF, Leal-Vargas EH, Plazas-Vargas M, Restrepo-Castro OI, Vargas-Fandiño AJ, Zambrano-Vera ME. Percepción de la menopausia y la sexualidad en mujeres adultas mayores en dos hospitales universitarios de Bogotá, Colombia, 2019. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2019
56. Torres Jiménez AP, Torres Rincón JM. Climaterio y menopausia. *Rev Fac Med*. 2019. 61 (2): 51- 58
57. Hernández García E, Sánchez Izquierdo M. Climaterio y sexualidad. *Enfermería Global*. 2019
58. Arnot M, Mace R. Sexual frequency is associated with age of natural menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Royal Society Open Science*. 2020
59. Dąbrowska-Galas M, Dąbrowska J, Michalski B. Sexual Dysfunction in Menopausal Women. *Women's Sexual Health*. 2019. 7(4): 472-479.
60. Küçükaya H, Gönenç IM. An evaluation of the prevalence and predictive factors of sexual dysfunction in women with heart failure: A cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2022. 32(13): 3929-3942.

CAPÍTULO VII: ANEXOS

Tabla 4 Clasificación de la información según niveles de evidencia

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
M. R. Pradhan, S. Mondal, P. K. Mudi/ Reproductive Health/2023	23	Gynecological morbidity and treatment-seeking among older adult (aged 45–59) women in India	Estudio Longitudinal	3	18,547 mujeres de la India.	Este estudio analizó datos del Estudio Longitudinal del Envejecimiento para examinar la prevalencia de problemas relacionados con la menopausia y la búsqueda de tratamiento en mujeres. Se utilizó regresión logística para identificar factores socioeconómicos y demográficos asociados. Los resultados proporcionan	En este estudio, se encontró que el 15% de las mujeres padecían problemas relacionados con la menopausia (GM), pero solo el 41% de ellas buscaban tratamiento. Se identificaron factores socioeconómicos y demográficos asociados con la presencia de GM y la búsqueda de tratamiento, como la edad, estado civil, educación, número de embarazos,

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						información sobre la incidencia y el acceso al tratamiento de los problemas relacionados con la menopausia.	histerectomía, participación en la toma de decisiones del hogar, grupo social, religión, nivel de riqueza y región. Las probabilidades de buscar tratamiento fueron mayores en mujeres con mayor nivel educativo, histerectomía, más embarazos y pertenecientes a hogares más ricos. Estos hallazgos destacan la necesidad de generar conciencia en la comunidad y de incluir a este grupo de mujeres en programas

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
P. Stute, H. Eversheim, D. Ortius-Lechner, M. May, C. Feig/ Gynecologic Endocrinology and Reproductive Medicine/2022	24	Care reality of menopausal women in Germany: healthcare research using quantitative (SHI claims data) and qualitative (survey) data collection	Estudio cuantitativo y longitudinal	3	1000 mujeres	Se investigó la situación de atención médica y la carga de enfermedad de las mujeres menopáusicas mediante una encuesta a 1000 mujeres de entre 45 y 60 años sobre temas relacionados con la calidad de vida, la menopausia y la terapia hormonal (THM), y un estudio de atención médica cuantitativo y longitudinal basado en un conjunto de datos de rutina de seguro de salud estadístico (SHI) anonimizado y ajustado por edad y sexo, que	de salud y bienestar. Los hallazgos de la investigación de seguro de salud realizada con diferentes fuentes de datos (encuesta y datos de reclamaciones del seguro de salud) indican la necesidad de aumentar la conciencia y proporcionar una educación temprana e informativa sobre la THS y sus riesgos y beneficios. Resumen: Según los datos de un estudio

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						<p>incluye aproximadamente cuatro millones de personas aseguradas anónimas por año.</p>	<p>realizado con mujeres aseguradas, se encontró que el 14% de las mujeres de entre 35 y 70 años tenían un trastorno del climaterio. De estas mujeres, el 21% recibió prescripción de terapia hormonal sustitutiva. Además, se encontró que muchas mujeres se sentían mal informadas sobre las opciones de tratamiento. Estos hallazgos resaltan la importancia de aumentar la conciencia y brindar</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
							una educación adecuada sobre la THS y sus implicaciones.
Llango Lema, K. E. Céspedes, Cueva, J. C./ Salud, Ciencia y Tecnología/2022	25	Calidad de vida de mujeres en etapa de menopausia	Estudio observacional, descriptivo, transversal, con un enfoque cuantitativo.	3	80 mujeres	Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con un enfoque cuantitativo. La muestra consistió en 80 mujeres de 40 a 59 años.	Los síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales tuvieron un impacto en la calidad de vida de las mujeres en este grupo de estudio.
"Maija Lipasti, Jaana Jalava-Broman, Lauri Sillanmäki, Juha Mäkinen, Päivi Rautava." ("Maturitas Vol 154, Pages 1-62	26	Climacteric symptoms more severe in 2010 than in 2000 - experience of Finnish women aged 52-56 years not now or	Estudio de tendencia temporal	3	Gran número de participantes.	Estudio de tendencia temporal a nivel nacional basado en la población con un gran número de participantes (n = 1986 + 1988). Se evaluó la experiencia de los	La influencia del grupo de nacimiento, los efectos del período de tiempo y los factores relacionados con el trabajo en la experiencia de los síntomas del

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
(December 2021) - ScienceDirect”) / Maturitas/ 2021		previously on menopausal hormone therapy				síntomas del climaterio mediante 12 síntomas comúnmente utilizados relacionados con la menopausia.	climaterio en mujeres que no están actual o previamente en terapia hormonal de reemplazo (MHT) necesita más investigación, especialmente dado que el cambio en la experiencia de los síntomas encontrado en este estudio ocurrió en tan solo diez años.
North American Menopause Society/ The Journal of The North American Menopause Society/ 2022	27	The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society	Revisión bibliográfica	5	343 investigaciones	Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura pertinente para elaborar la Declaración de Posición sobre la Terapia Hormonal de 2022 de la Sociedad	La terapia hormonal es efectiva para tratar los síntomas vasomotores molestos, la sequedad vaginal y prevenir la pérdida ósea y las fracturas. Los

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						Norteamericana de la Menopausia. Las recomendaciones se basan en una combinación de evidencia científica sólida, evidencia limitada o inconsistente, y consenso y opinión de expertos.	beneficios y riesgos varían según la edad y el momento de inicio de la terapia hormonal. Se recomienda individualizar el tratamiento y considerar la relación beneficio-riesgo en función de la edad y el tiempo desde el inicio de la menopausia.
Madsen TE, Sobel T, Negash S, Shrouf Allen T, Stefanick ML, Manson JE, Allison M/ International Journal of	28	A Review of Hormone and Non-Hormonal Therapy Options for the Treatment of Menopause	Revisión bibliográfica	5	73 artículos	Esta revisión proporciona información actualizada sobre la terapia hormonal y las opciones no hormonales para el tratamiento de los	En mujeres mayores de 60 años, más de 10 años después de la menopausia y aquellas con factores de riesgo como enfermedad cardiovascular,

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Women's Health						síntomas de la menopausia. Se enfoca en los perfiles de riesgo y beneficio, las recomendaciones de sociedades especializadas y las opciones de tratamiento. Se destaca la seguridad y efectividad de la terapia hormonal para los síntomas vasomotores en mujeres menores de 60 años y sin comorbilidades significativas. Se enfatiza la necesidad de más investigación en este campo. En	tromboembolismo venoso y cáncer de mama, los riesgos de la terapia hormonal superan los beneficios, por lo que se deben considerar alternativas no hormonales para tratar los síntomas de la menopausia. Los antagonistas del receptor de neuroquinina 3 son una opción terapéutica prometedora pendiente de aprobación por la FDA. Se requiere más investigación sobre

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						<p>general, tanto la terapia hormonal como las opciones no hormonales son válidas para tratar los síntomas de la menopausia, y se deben considerar en función de los perfiles individuales de riesgo y otros factores relevantes.</p>	<p>los efectos de las hormonas exógenas en personas transgénero durante la mediana edad. También se necesitan estudios adicionales sobre la fisiología de la transición menopáusica, la optimización de las formulaciones y dosis de la terapia hormonal, y la identificación de nuevas terapias que minimicen los riesgos para la salud en el futuro.</p>
S. Palacios, J. C. Stevenson, K.	29	Hormone therapy for first-line	Revisión bibliográfica	5	45 artículos	Análisis sistemático que examinó la	El uso de la terapia hormonal (TH) en la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Schaudig, M. Lukasiewicz, A. Graziottin/ Womens Health (Lond)/ 2019		management of menopausal symptoms: Practical recommendations				“hipótesis del momento adecuado” de la terapia hormonal (TH). La creciente evidencia y el amplio respaldo para el uso de la TH en mujeres menopáusicas sintomáticas más jóvenes, la comunidad médica ha sido lenta en responder, con pocos o ningún cambio en las prácticas de prescripción.	menopausia presenta una amplia gama de beneficios, incluyendo la reducción de sofocos, mejora del sueño, estado de ánimo y memoria, alivio de los síntomas del síndrome genitourinario, disminución del dolor articular y prevención de la pérdida de masa muscular relacionada con la edad. La TH también optimiza el uso de la insulina y reduce el riesgo de diabetes tipo 2. Es importante destacar que la TH es

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
							<p>considerada segura y efectiva para mujeres menopáusicas sintomáticas menores de 60 años o dentro de los 10 años posteriores al inicio de la menopausia, siempre y cuando no existan contraindicaciones.</p> <p>Estos hallazgos pueden servir como guía para los profesionales de la salud en el tratamiento de los síntomas de la menopausia.</p>
A. L. Pop, B. A. Nasui, R. G. Bors, O. N. Penes, A. G. Prada, E. Clotea,	30	The Current Strategy in Hormonal and Non-Hormonal	Revisión bibliográfica	2	49 artículos	En este artículo se realizó una revisión narrativa de estudios publicados sobre la	La menopausia es un período en la vida de las mujeres que viene acompañado de

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
S. Crisan, C. Cobelschi, C. Mehedintu, M. M. Carstoiu, V. N. Varlas. / MDPI/ 2023		Therapies in Menopause—A Comprehensive Review				menopausia en mujeres, con enfoque en calidad de vida, terapia médica, terapia complementaria y apoyo en el estilo de vida en mujeres premenopáusicas y menopáusicas. Se establecieron criterios de inclusión previamente, como la publicación en revistas académicas revisadas por pares en inglés o francés, y dentro de los últimos diez años. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed/MEDLINE y Web of Science. Se	diversos síntomas que afectan su calidad de vida. Aunque la terapia hormonal (HT) es efectiva para aliviar estos síntomas, muchas mujeres tienen preocupaciones sobre los efectos negativos, como el cáncer. Aunque no existe una terapia perfecta, es importante buscar mejores opciones. Conocer las últimas actualizaciones sobre el tema ayudará a los médicos a proporcionar un tratamiento

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						<p>seleccionaron los estudios relevantes y se extrajo la información sobre los autores, año de publicación, país, objetivo del estudio, diseño y principales resultados. Se identificaron más de 3000 estudios relacionados con la menopausia y terapias hormonales y no hormonales, evaluados en términos de calidad de vida. Se incluyeron 49 artículos en el análisis final. El análisis de los datos se realizó utilizando Microsoft Excel.</p>	<p>beneficioso y seguro, mejorando la calidad de vida de las mujeres en esta etapa.</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Castillo-Zamora, M. F.; Leal-Vargas, E. H.; Plazas-Vargas, M.; Restrepo-Castro, O. I.; Vargas-Fandiño, Á. J.; Zambrano-Vera, M. E./ Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2019	31	Percepción de la menopausia y la sexualidad en mujeres adultas mayores en dos hospitales universitarios de Bogotá, Colombia, 2019	Estudio cualitativo de tipo fenomenológico	2	16 mujeres	Se investigó a mujeres con diagnóstico de menopausia atendidas en la Clínica Universidad de La Sabana (Chía) y en el Hospital Universitario de La Samaritana. La muestra se seleccionó mediante muestreo por conveniencia y el tamaño se determinó por saturación de la información. Para recopilar los datos, se empleó la técnica de entrevistas a profundidad, y el análisis de contenido se utilizó para examinar los datos obtenidos. En	Durante la etapa de la menopausia, las mujeres experimentan cambios significativos en su sexualidad y comienzan a desarrollar nuevas dinámicas en sus relaciones de pareja. Es crucial que cuenten con el apoyo tanto de su pareja como de su familia, además del personal de salud. Este apoyo les brinda la comprensión y el respaldo necesario para enfrentar los desafíos emocionales y físicos que surgen

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						resumen, este estudio buscó comprender la experiencia de las mujeres con menopausia a través de la exploración de sus vivencias y testimonios.	durante esta etapa de sus vidas.
Torres Jiménez, A. P. y Torres Rincón, J. M./ Revista de la Facultad de Medicina/2019	32	Climaterio y menopausia	Revisión bibliográfica	5	15 estudios	En este artículo se realizó una revisión de estudios publicados sobre la fisiología de las hormonas femeninas y cómo estas experimentan modificaciones a lo largo de los años.	En este estudio se llevó a cabo una revisión exhaustiva sobre la fisiología de las hormonas femeninas y cómo estas experimentan modificaciones a lo largo de los años. Se analizaron las manifestaciones clínicas que estos cambios hormonales

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
							<p>generan tanto en el aparato reproductor femenino como a nivel sistémico. Además, se enfatizó en el abordaje integral de las pacientes en etapa de menopausia, destacando la importancia de los cambios en el estilo de vida y la individualización de los tratamientos hormonales, considerando cuidadosamente los beneficios, riesgos y contraindicaciones de cada uno.</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Hernández García, E. y Sánchez Izquierdo, M./ Enfermería Global/ 2019	33	Climaterio y sexualidad	Estudio de carácter descriptivo y retrospectivo	2	102 mujeres con menopausia natural y una edad comprendida entre los 45 y los 59 años	Se ha elaborado un estudio de carácter descriptivo y retrospectivo con 102 mujeres con menopausia natural y una edad comprendida entre los 45 y los 59 años.	Mayoritariamente la menopausia ha generado un impacto negativo en la sexualidad de las mujeres que han participado en el estudio. El profesional de enfermería debería tomar conciencia y abordar este problema desde el ámbito de sus competencias.
M. Arnot y R. Mace. /Royal Society Open Science/2020	34	Sexual frequency is associated with age of natural menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation	Estudio de cohorte longitudinal	2	2936 mujeres	Este estudio utilizó datos recopilados a lo largo de un período de 11 años de un estudio de cohorte longitudinal llamado SWAN, que investiga los cambios biológicos y	Este estudio encontró que la frecuencia sexual estaba relacionada con la edad de la menopausia (ANM) y fue el primer análisis formal de la influencia de las

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						<p>psicosociales que ocurren durante la menopausia. La muestra incluyó a mujeres de diversas etnias y se utilizaron datos de la entrevista inicial y 10 visitas de seguimiento.</p>	<p>feromonas masculinas en la ANM. Sin embargo, no se encontró ninguna asociación entre la convivencia con hombres y el momento de la menopausia, lo que sugiere que las feromonas masculinas no influyen la ANM. A diferencia de estudios anteriores, no se encontró una relación entre el estado civil y una menopausia más tardía. No obstante, se observó que un mayor número de encuentros</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
							sexuales durante la premenopausia y perimenopausia reducía el riesgo de experimentar la menopausia. Estos resultados indican que la frecuencia sexual podría tener un impacto en la menopausia, pero se necesita más investigación para comprender mejor esta relación y confirmar la causalidad.
Dąbrowska-Galas, M., Dąbrowska, J., y Michalski, B/	35	Sexual Dysfunction in Menopausal Women	Estudio cuantitativo	2	320 mujeres	En este estudio, se recopiló información sociodemográfica y se utilizaron herramientas	Muchas mujeres experimentan problemas sexuales durante la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Women's Sexual Health/ 2019						<p>validadas para evaluar los síntomas de la menopausia y la función sexual. El cuestionario abarcaba aspectos como la edad, el nivel educativo, el estado civil, la salud general y el uso de terapia hormonal. Se empleó el Menopause Rating Scale (MRS) para medir la gravedad de los síntomas en diferentes dominios, como los aspectos psicológicos, somáticos y urogenitales. El MRS ha sido validado y estandarizado en</p>	<p>menopausia. Es importante que los proveedores de atención médica pregunten a las mujeres acerca de estos problemas y comprendan los factores que puedan influir en ellos. Nuestro estudio respalda la importancia de evaluar los problemas sexuales en mujeres en la menopausia. Aunque los síntomas menopáusicos (psicológicos, somáticos, urogenitales) fueron</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						múltiples idiomas y es ampliamente utilizado en la evaluación de los síntomas de la menopausia. En resumen, este estudio proporciona información importante sobre los síntomas experimentados por las mujeres en la menopausia y la función sexual, utilizando herramientas validadas y confiables.	predictores significativos de la función sexual afectada, no explicaron la función sexual en el análisis múltiple. Además, los problemas sexuales fueron más comunes en mujeres que no utilizaban terapia hormonal y no presentaban síntomas somáticos.
Küçükkaya, H. y Gönenç, I. M./ Journal of clinical nursing/ 2022	36	An evaluation of the prevalence and predictive factors of sexual dysfunction in	Estudio transversal	2	356 mujeres	Se llevó a cabo un estudio transversal entre diciembre de 2019 y junio de 2020, en el que se informaron	La insuficiencia cardíaca en mujeres aumenta el riesgo de disfunción sexual. Los profesionales deben

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
		women with heart failure: A cross-sectional survey				los hallazgos según las pautas de STROBE (n = 356).	considerar este aspecto al cuidar a estas mujeres, vigilando los factores de riesgo y efectos secundarios, y elaborando planes de respuesta ante posibles problemas.

Fuente: Elaboración propia.