Descargado el: 16-11-2026 ISSN 1727-897X

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia

Biological and social factors that influence women's health during climacteric and menopause

Eneida Bravo Polanco[1] Narciso Águila Rodríguez[2] Carmen Amalia Benítez Cabrera[1] Dayamí Rodríguez Soto[1] Alexander José Delgado Guerra[1] Alina Centeno Díaz[2]

[1] Policlínico Aracelio Rodríguez Castellón, Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba
[2] Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Bravo-Polanco E, Águila-Rodríguez N, Benítez-Cabrera C, Rodríguez-Soto D, Delgado-Guerra A, Centeno-Díaz A. Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. **Medisur** [revista en Internet]. 2019 [citado 2026 Nov 16]; 17(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4423

Resumen

La menopausia es una tapa en la vida de la mujer sujeta a muchos cambios. Se sabe que es el cese completo de la menstruación, pero a menudo se menosprecian los síntomas producidos por esta, incluso por el personal de salud. A través de diferentes épocas, ha sido motivo de menciones históricas, literarias, culturales, etc. Alrededor del climaterio y la menopausia existen muchos factores que la condicionan. El objetivo de esta revisión es compilar información sobre los aspectos biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer en esta etapa de su vida.

Palabras clave: menopausia, problemas sociales, salud

Abstract

Menopause is a period in a woman's life subject to many changes. It is known that it is the complete cessation of menstruation, but the symptoms produced by it are often underestimated, even by health personnel. Through time, it has been mentioned in history, literature, culture, etc. There are many factors which condition the climacteric and menopause. The objective of this review is to compile information on the biological and social aspects that influence women´s health at this stage of their lives.

Key words: menopause, social problems, health

Aprobado: 2019-10-16 14:29:24

Correspondencia: Eneida Bravo Polanco. Policlínico Aracelio Rodríguez Castellón. Cumanayagua. Cienfuegos. eneidabp690803@minsap.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La menopausia es una etapa en la vida de la mujer sujeta a muchos cambios. Se sabe que es el cese completo de la menstruación pero se menosprecian los síntomas producidos por esta, incluso por el personal de salud. A través de diferentes épocas, la etapa del climaterio y la menopausia ha sido motivo de menciones históricas, literarias, culturales, etc.[1]

Desde épocas remotas se han conocido los cambios que padecen las mujeres durante la etapa del climaterio y estas alteraciones se relacionaron con la desaparición de la función menstrual. Las primeras menciones sobre la mujer en la posmenopausia, se hallan en los papiros egipcios, en los que se señala a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban.[2]

En 1729 John Freind describió que el cese de la menstruación se lleva a cabo alrededor de los 49 años.[3]

En 1776 el inglés Fotherhill, sugiere que el retiro de la menstruación podría ser de origen iatrogénico. En 1816 y 1821, De Gardanne, lo identifica por primera vez en forma científica con el término "menopausia", de acuerdo con una revisión histórica realizada por Wilbush en 1816 en Francia (ménespausie) y 5 años después se le cambia el nombre por ménopause (pausa o interrupción de la menstruación), el momento del cese menstrual.[4]

En la época de la Revolución Francesa, en la cual el estatus de la mujer en la corte y en la sociedad dependía fundamentalmente de su apariencia, atractivo y capacidad sexual, la menopausia era considerada como un sinónimo de muerte social.[5,6]

Un autor describe la pérdida de esta manera: "Una mujer que adornaba anteriormente los círculos de la sociedad por su belleza busca ahora en vano los ojos de aquellos con quienes se encontraba". Los esfuerzos que hacían muchas de estas mujeres por mantener su estado anterior eran criticados por los médicos como "fútiles" y "peligrosos" por el uso de "medicinas impropias".[4]

A mediados del siglo XVIII las publicaciones científicas solo se referían a la menopausia por las hemorragias e irregularidades menstruales que ocurrían. A comienzos del siglo XIX el enfoque comienza a cambiar, y ya comienzan a destacarse los otros síntomas que la acompañan, como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos. Colombat de L'Isere en el siglo XIX, al referirse a la mujer menopáusica decía: "Se parece a una reina destronada o más bien a una diosa cuyos adoradores ya no frecuentan el templo, solo puede atraerlos por la gracia de su ingenio y la fuerza de su talento".[7]

Robert Benjamín Greenblatt, pionero de la ginecología endocrinológica, y Fuller Albright, epítome del investigador clínico por excelencia, demostraron por primera vez que los estrógenos ejercen una acción importante, no solamente en la esfera ginecológica, sino también fuera del aparato reproductivo. El profesor Greenblatt continuó hasta el fin de su brillante y pródiga existencia, que fue en el año 1987, difundiendo la manera de cómo una mujer en la posmenopausia podría mantener su dignidad y juventud. Él mismo era un enamorado de la vida y un jovial soñador que tenía un secreto que compartir, seguramente inspirado en Shakespeare para decir: "...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 como el sol y la luna". Sus opiniones han sido consideradas como la primera referencia científica sobre los efectos de los estrógenos sobre el aparato cardiovascular. Cada país, cada cultura, tiene su visión sobre esta etapa.[3]

Se sabe que alrededor del climaterio y la menopausia existen muchos factores que la condicionan. El objetivo de esta revisión es compilar información sobre los aspectos biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer en esta etapa de su vida.

DESARROLLO

Cifras de mujeres en edad de menopausia

En 1990 había 467 millones de mujeres posmenopáusicas en el mundo, para el año 2020 se espera que esta población aumente a 1200 millones. Según informes publicados por expertos de la ONU en el tema de población y en informes del Banco Mundial, al finalizar el recientemente concluido siglo XX había más de 750 millones de mujeres mayores de 45 años en el mundo. La OMS estima que en el año 2030 más de 1 200 millones estarán por encima de

esa edad, lo que supone que se habrá multiplicado por 3 su número en apenas 40 años.[8]

En Latinoamérica las estadísticas develan que las cifras más altas en cuanto a cantidad de mujeres menopáusicas la alcanzan países como: Chile con un 80%, Uruguay 67,4%, Venezuela 62,7%, Ecuador 60,10%, Panamá y República Dominicana con el 56,6% seguidos de Perú con el 51,6%, mientras que en México y Colombia las sumas fluctúan entreun 49,50% y un 48,30% respectivamente. Esto indica la necesidad de prestar atención a esta fase de la vida en la cual se debe atender a la mujer de manera integral.[9]

Representación de la menopausia

En el año 2001, en México, Pelcastre-Villafuerte B y col. trataron sobre los significados que tiene la menopusia desde las representaciones simbólicas y al respecto plantearon que el climaterio es, en sentido amplio, un evento biográfico cuya construcción se basa en las diversas opiniones, en las tradiciones populares, en el discurso del proceso desde las ciencias biológicas y desde las sociales. En este sentido debe ser abordado desde una perspectiva integradora.

Estos autores, citando a otros, expresan que algunos médicos tienden a verla como una "enfermedad deficitaria" o una patología biológica que requiere atención especializada. Entre ellos se encuentran los teóricos evolucionistas quienes comparten la noción de ser la menopausia un "apéndice" hormonal de la mujer.Otro punto de vista la considera un proceso natural asociado con la edad, y puede transcurrir sin mayores complicaciones. Es posible identificar un tercer tipo de representación perfilado hacia lo mágico-religioso, combinado con lo natural; en este caso es común el uso regional de términos específicos para referirse a ella, términos que reflejan la cosmovisión de la comunidad.[10]

En Perú, Rondón, al investigar sobre aspectos sociales y emocionales del climaterio, ha planteado que el malestar emocional que algunas mujeres pueden experimentar durante el climaterio no depende solamente de las fluctuaciones de las hormonas gonadales, especialmente los estrógenos, sino que en efecto, es la resultante de una compleja interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que coinciden en esta época de la vida. La experiencia de la menopausia, como fin de la vida reproductiva de la mujer, está influenciada por la madurez psicológica alcanzada, que determinará la capacidad de asumir los retos de la adultez mayor, como las pérdidas fisiológicas y realizar un balance de las expectativas y logros que permita ampliar el repertorio de estrategias para prepararse para el envejecimiento.[11]

Rondón considera que sobre esta experiencia influyen significativamente las transiciones de roles (salida o regreso de los hijos, enfermedad de los padres, cambios laborales, pérdida de la red de soporte y muerte del cónyuge) y las expectativas y concepciones, culturalmente determinadas, que compartan la mujer y su entorno. La sobrevaloración de la juventud (equiparada a belleza), la glorificación de la maternidad, las ideologías patriarcales, la desvalorización del saber tradicional de las mujeres mayores y la falsa idea de que la muerte ocurre poco tiempo después de la menopausia incrementan el malestar psicológico y el estrés, y pueden causar en mujeres vulnerables con historia previa de padecimiento depresivo, un episodio clínico que requiera evaluación y tratamiento pronto.[11]

Las mujeres llegan a la menopausia con expectativas que se derivan de las creencias de las sociedades en que viven, particularmente en cuanto a las actitudes frente al envejecimiento y la fertilidad. El cese de la función reproductiva o la posibilidad de ganar en estatus, pasando de hija o nuera a madre de la novia o suegra, le otorgan un valor positivo a la menopausia. Por el contrario, si se equipara menopausia con vejez o muerte en una sociedad que sobrevalora la juventud, se le experimentará como un desastre, evitable a toda costa.[11]

Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer con menopausia

Según se destaca en la literatura consultada, la mujer en esta fase es propensa a sufrir síntomas que pueden ir de moderados a severos, tanto en sus componentes biológicos[12] como sociales.[13]

Sueldo y colaboradores analizaron la relación entre menopausia e hipertensión arterial, así como compromiso cognitivo en la menopausia y afirman que la prevalencia de hipertensión arterial ha tenido un incremento en los últimos años, afectando hoy al 25% de las mujeres en el mundo; sin embargo, este porcentaje aumenta sustancialmente después de la menopausia. En un relevamiento epidemiológico realizado en

Colombia, el 47% de las mujeres presentó hipertensión arterial, cifra que varió desde el 18,2% en las menores de 34 años hasta el 82% en mujeres mayores de 65 años. También se observó que el control de la hipertensión arterial fue inversamente proporcional a la prevalencia de hipertensión arterial y la edad de las pacientes, es decir que a mayor edad, mayor prevalencia y menor control. Estos mismos datos ya han sido observados en otros estudios y aún no hay suficiente evidencia para entender por qué en la mujer añosa el control de la hipertensión arterial es más difícil de lograr que en el hombre a igual edad.

Varios estudios han evaluado la relación existente entre los andrógenos y la hipertensión arterial durante la menopausia. Se observó que los andrógenos inducen la activación del SRAA, incrementando el estrés oxidativo y la reabsorción de sodio, y disminuyendo la natriuresis por presión. Dichos mecanismos conllevan vasoconstricción renal y posterior aumento de la presión arterial, de ahí que se concluya que el incremento de los andrógenos presentes en la mujer postmenopáusica, también participaría en el desarrollo de hipertensión arterial.[14]

En cuanto a compromiso cognitivo, Sueldo y colaboradores expresan que después de la menopausia la mujer experimenta un relativo rápido descenso en la concentración de estrógeno.El hombre no tiene grandes pérdidas de estrógeno, aún en edad avanzada tal como experimenta la mujer después de la menopausia. Esto podría también explicar porqué la caída del nivel estrogénico impacta más en la mujer y se considere a la menopausia como un factor de riesgo para el desarrollo de demencia.[14]

En este sentido, hay evidencia que indica que la menopausia prematura antes de los 45 años o la menopausia quirúrgica posterior a la ooforectomía bilateral, aumenta más el riesgo de demencia. Estos autores reportan que en 2007 se publicó el primer estudio de seguimiento a largo plazo de mujeres sometidas a ooforectomía bilateral que demostró la duplicación del riesgo de déficit cognitivo y demencia en mujeres cuando la misma se hizo antes de la edad promedio de la menopausia y una disminución considerable del riesgo si la terapia con estrógenos se comenzaba inmediatamente después de la cirugía y se continuaba hasta los 50 años o más. Reafirman que estos resultados también se confirmaron en el estudio de cohorte Danás y en una revisión de dos estudios más, el *Religious Orders Study* y el *Rush Memory and Aging Project*, en los que la menopausia quirúrgica en mujeres jóvenes y la menopausia temprana se asociaron con mayor déficit cognitivo y demencia y una afectación precoz en la memoria episódica y semántica.[14]

Desde la clínica Mayo se publicó un escrito en el que se les comunica a las mujeres algunas complicaciones de su salud en esta etapa, tales como:[15]

- **Enfermedad del corazón y los vasos sanguíneos (enfermedad cardiovascular).** Cuando los niveles de estrógeno disminuyen, aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular. La enfermedad cardíaca es la causa principal de muerte en mujeres así como también en hombres. Por lo tanto, es importante ejercitarse regularmente, comer una dieta sana y mantener un peso normal. Pídele consejo a tu médico acerca de cómo proteger tu corazón, por ejemplo, cómo reducir el colesterol o la presión arterial si es muy alta.
- **Osteoporosis.** Este trastorno hace que los huesos se tornen débiles y quebradizos, lo que trae como consecuencia mayor riesgo de fracturas. Durante los primeros años después de la menopausia, se puede perder densidad ósea a un ritmo rápido, lo cual aumenta el riesgo de osteoporosis. Las mujeres posmenopáusicas con osteoporosis son particularmente propensas a sufrir fracturas en la columna vertebral, las caderas y las muñecas.
- **Incontinencia urinaria.** A medida que los tejidos de la vagina y de la uretra pierden elasticidad, puedes sentir una fuerte necesidad frecuente y repentina de orinar seguida de una pérdida involuntaria de orina (incontinencia imperiosa) o de una pérdida de orina al toser, al reírse o al levantarse (incontinencia de esfuerzo). Puedes tener infecciones de las vías urinarias con más frecuencia.

El fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico con ejercicios de Kegel y el uso de estrógeno vaginal tópico pueden ayudar a aliviar los síntomas de incontinencia. La terapia hormonal también puede ser una opción de tratamiento eficaz para los cambios menopáusicos en la vagina y en las vías urinarias

que pueden provocar incontinencia urinaria.

- **Función sexual.** La sequedad vaginal debida a la disminución de la producción de humedad y la pérdida de elasticidad pueden causar malestar y un leve sangrado durante el acto sexual. Además, la disminución de la sensibilidad puede reducir el deseo sexual (libido).

Los humectantes vaginales a base de agua y los lubricantes pueden ser de ayuda. Si un lubricante vaginal no es suficiente, muchas mujeres se benefician del uso de un tratamiento de estrógeno vaginal local, que está disponible como crema, tableta o aro vaginal.

- **Aumento de peso.** Muchas mujeres aumentan de peso durante la transición menopáusica y después de la menopausia debido a que el metabolismo se torna más lento. Puede que necesites comer menos y ejercitarte más, lo justo para mantener el peso actual

Una revisión realizada por Turiño y colaboradores concluye que existe una estrecha relación entre el déficit estrogénico y la aparición de algunas enfermedades crónicas. Los autores consideran que aumentar el conocimiento de la mujer sobre las afectaciones propias de este período y la forma de disminuir su intensidad, además de fomentar la prevención de las enfermedades asociadas, permitirá que estas puedan disfrutar de longevidad, bienestar físico-mental y de mayor rendimiento intelectual.[16]

Rondón expresa que los síntomas psicológicos, y en gran parte los fisiológicos, de la perimenopausia están principalmente determinados por las actitudes culturales hacia la menopausia y los cambios de rol.[11]

La cultura de un pueblo le atribuye un significado a la realidad y transforma un evento biológico en uno cultural. El impacto psicológico de la menopausia, por tanto, se verá fuertemente influenciado por la importancia asignada por un grupo cultural a la procreación, la fertilidad, el envejecimiento y los roles de género femeninos.[11]

Así, a pesar del incremento de la expectativa de vida, persiste la relación entre menopausia y fin de la vida y muchas mujeres en diversas culturas y zonas geográficas no aspiran a un adecuado nivel de bienestar físico en los cincuenta o sesenta. Este pesimismo acerca de la salud física se relaciona con un incremento de los síntomas psicológicos y físicos de la menopausia y con demoras en obtener atención médica adecuada por parte de la población femenina.[11]

Para ilustrar la influencia de los aspectos culturales, cita un estudio realizado en Sri Lanka donde la mujer no goza de una posición preferente en la sociedad y que mostró que un número abrumador de mujeres (87%) tiene más de un síntoma en la perimenopausia, especialmente insomnio (57,8%), dolores articulares (55,8%), sudoración nocturna (55,6%), bochornos (40,2%), depresión (35,3%) y cefaleas (33,3%).[11]

En la India, en un área rural, 100 mujeres premenopáusicas y 100 posmenopáusicas fueron encuestadas para determinar sus actitudes hacia la menopausia y determinar la cuantía de sus síntomas. Se encontró que 57% de las mujeres pensaba que el climaterio tenía 'valor práctico', 63% comunicaba que habían perdido algunas capacidades al entrar en la posmenopausia y 23% creía que la vida sexual acaba con la menopausia. De hecho, 16% informaba que sus esposos habían perdido interés en ellas a partir de la menopausia y 11% se preocupaba por su sexualidad. El 32% de las mujeres premenopáusicas y 43% de las posmenopaúsicas declararon no tener actividad sexual en el año de la encuesta. El 59% de las mujeres posmenopáusicas y 38% de las premenopáusicas expresaron pérdida del deseo sexual. No se encontró que la menopausia se asocie a depresión, excepto cuando las relaciones conyugales eran conflictivas.[11]

Dentro de los aspectos psicológicos, el estrés ha sido abordado como algo muy frecuente en esta etapa de la vida. Al respecto Couto y Nápolesplantean que aproximadamente 10 % de las mujeres en el climaterio atraviesan por una depresión, lo cual provoca que la mujer experimente sentimientos de desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional, disminución del apetito sexual (libido) y nerviosismo.[17]

Existen factores de riesgo que pueden causar los trastornos depresivos durante esta etapa, entre los cuales figuran: antecedentes de depresión, de disforia relacionada con anticonceptivos orales, de trastornos disfóricos premenstruales y de depresión posparto, así como síntomas vasomotores severos, mala calidad del sueño, perimenopausia prolongada (más de 2 años),

menopausia quirúrgica (doble ooforectomía), disfunción tiroidea, bajo nivel educacional, pérdidas significativas y afecciones crónicas de salud.[17]

Hernández señalaque la disminución de las hormonas sexuales durante la menopausia, afecta el estado de ánimo y predispone a los trastornos depresivos; otros afirman que la menopausia natural, a diferencia de la quirúrgica, no aumenta el número ni la intensidad de los trastornos depresivos severos.[18]

Dentro de los cambios de roles y factores sociales, Rondón cita algunos muy comunes como el síndrome del nido vacío, la mujer emparedado (que cuida a hijos adolescentes y a padres ancianos), pérdida del grupo de amigas y soporte social, incapacidad y muerte del esposo, situaciones con el empleo.[11]

Un estudio realizado en Albacete, por Gómez Martínez y colaboradores obtuvo como resultado que la menopausia es un proceso identificado con la edad biológica de las mujeres, con atributos negativos por su relación con el envejecimiento. Se relaciona también con la imagen social de la mujer y los roles socioculturales asignados clásicamente a este colectivo. Esta combinación de factores las conduce hacia un periodo de su vida tildado como edad crítica, construcción en la que priman elementos biográficos sobre biológicos.[19]

Y concluyeron que se debe reconocer la variabilidad de la vivencia del proceso. Esto entraría en conflicto con la actual tendencia biomédica, de protocolizar ciertas etapas relacionadas con el ciclo vital de las personas, intentando generar adscripciones unitarias basadas en entidades médicas construidas con fines operativos e instrumentales. Los autores también preconizan reconocer la vulnerabilidad que supone la confluencia de diversas circunstancias, que las conducen, no solo a enfrentarse con cambios físicos, emocionales y socioculturales, propios de esta etapa, sino a la realización de una evaluación retrospectiva crítica y profunda de la experiencia de vida, de la autobiografía.[19]

La mujer en edad mediana transita de la vida reproductiva a la no reproductiva. Se inicia alrededor de los 40 años, con el proceso premenopausia, menopausia y climaterio; finalizando al comenzar la senectud aproximadamente a los 59 años de edad. Esta etapa de la vida presenta características específicas en condiciones sociales que afectan a la salud.[20]

Uno de los aspectos medulares a considerar es el factor social y su relación con la salud de la mujer en esta etapa de la vida. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace énfasis en lo que ha definido como las determinantes sociales de la Salud, que tienen una importancia muy especial en este período.[21]

La mujer climatérica enfrenta los retos del avance profesional, las dificultades de la discriminación y el aumento dedemandas sobre su tiempo y su energía, junto con las otras vicisitudes de esta edad tan compleja.[11]

Algunos autores reafirman la influencia de factores sociales sobre la menopausia cuando plantean que las mujeres que más dificultad poseen para adaptarse son aquellas en las que los conceptos sobre su función y sobre ellas misma estuvieron centrados sobre la familia, los hijos, su cuidado. Cuando esto cesa contemplan con pesimismo esta etapa de la vida y aseveran que la crisis de la mujer está a basada en una pérdida de identidad.[22]

Abordaje de la menopausia desde los sistemas de salud

Siempre que se menciona la etapa del climaterio y la menopausia, se piensa mucho en los aspectos biológicos relacionados con este periodo: déficit hormonal, cese de la función reproductiva, cambios anatómicos consecutivos, entre otros. Sin embargo hay muchas mujeres que transitan por este período sin problemas ni colisiones y apenas presentan manifestaciones propias del climaterio.

La influencia que ejercen los determinantes sociales sobre los diferentes roles de género han actuado históricamente como normas organizadoras de la vida cotidiana en la mujer y han llegado finalmente a concebirse como algo natural.[23]

Palcastre y colaboradores consideran que el hecho de que las mujeres acudan a consulta puede interpretarse como un logro desde el punto de vista institucional, no obstante, una vez que las mujeres van ¿qué información se les proporciona?, ¿qué ideas acerca de la menopausia se les transmite?, ¿qué papel juega el personal médico en la solución de sus

demandas y necesidades?, ¿qué opciones de tratamiento se les ofrece?, ¿de qué manera puede mejorarse este servicio? Son interrogantes abiertas para la reflexión, en la cual valdría la pena contemplar aquellas aproximaciones que nos acerquen cada vez más a los significados que construyen los actores sociales.[10]

Y continúan reafirmando que lo anterior debe llamar la atención sobre las ventajas derivadas de la exploración de la vivencia que las mujeres, ycualquier otro sector de la población, tienen con relación a eventos que han preocupado a la medicina y a los servicios de salud. De esta manera, al incorporar este conocimiento al ejercicio médico profesional, los signos y síntomas se interpretarán contextualmente y no solo como algo orgánico, esto puede mejorar sin duda la atención y ampliar las posibilidades prescriptivas más allá de la mera medicalización. Las transformaciones de las representaciones sociales no son responsabilidad única del sector salud, pero como autoridad legitimada su acción puede jugar un papel muy importante en la desmitificación de ideas y en la conformación de otras que no subordinen la identidad femenina.[10]

Otros autores como Heras y colaboradores, basados en lo planteado por diversos autores, exponen el tratamiento menopaúsico incluye estrategias de intervención cognitiva-conductual, farmacológicay de tratamiento preventivo alternativo como la actividad física, para la cual se hace útil establecer evaluaciones previasque determinen sus características y por ende diseño óptimo de tratamiento. El ejercicio físico en esta etapa es primordial, siendo necesario tener en cuenta los efectos positivos de estos en el organismo, tanto de índole físico como psicológico.[9]

Por tanto en este período es necesario practicar actividad física y lograr un abordaje integral en el proceso de atención a la mujer para alcanzar un estado de salud óptimo.[24]

La adopción de estilos de vida promotores de salud: el contexto social, la estratificación social, la biología humana, los servicios de salud, los sistemas de salud, educación, condiciones de vida, accesos a servicios básicos de salud, estilos de vida, la calidad de la vivienda y los servicios de atención de salud, todos estos influencian la adopción de estilos de vida saludable. Las determinantes sociales actúan como factores en la adopción de estilos de vida más saludables, y nos permite elaborar estrategias que favorecen elementos necesarios a considerar por las políticas públicas (vivienda, transporte, trabajo, seguridad social), promocionando conductas saludables a este segmento poblacional. Los estados y los gobiernos deben incorporar estas políticas de salud, con relación a la Promoción de Salud y los determinantes sociales. Además, los mismos están subordinados a las determinantes sociales de salud tales como: empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros. Los cuales conforman el entorno social en donde nace y se desarrolla la mujer; estas determinantes se relacionan con el concepto de justicia, autonomía y libertad de la mujer. Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos a los determinantes sociales. Las determinantes sociales influyen en la calidad de vida en la mujer de edad mediana, cuya repercusión está dada por deterioro en la esfera biológica, sicológica y social.[23]

En Chile, el Ministerio de Salud, ha desarrollado unas orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS) que se basa en un modelo integral con enfoque familiar y comunitario, en el que se plantea que en la etapa del climaterio numerosos problemas de salud, somáticos y biopsicosociales, pueden afectar la calidad de vida de las mujeres, ya sea por el impacto del síndrome climatérico o por las morbilidades que van apareciendo con la edad, principalmente enfermedad cardiovascular, cáncer ginecológico, osteoporosis y enfermedades relacionadas con la salud mental, destacando la depresión por su alta prevalencia. Es posible revertir el menoscabo de la calidad de vida mediante adecuadas intervenciones clínicas.[25]

Cada encuentro de la mujer con el equipo de salud representa una oportunidad clave para su educación y para realizar intervenciones preventivas. Desde la perimenopausia, los profesionales de la salud deben ir más allá de los síntomas manifestados por la mujer, explorando otros factores que pudieran afectar su bienestar en esta etapa de su vida (alimentación, actividad física, salud mental, sexualidad, relaciones familiares y sociales), adoptando el enfoque biopsicosocial integral, centrado en mejorar la calidad de vida y en las necesidades de cada mujer, vistas como sujetos activos en el logro y mantención de un adecuado estado de salud a lo

largo de su curso de vida.[25]

A tal efecto, en Cuba, Capote Bueno y colaboradores expresan que la experiencia de la menopausia es diferente para cada mujer y entre mujeres de diferentes culturas o procedencias. No es el final de la vida, sino el comienzo de una etapa que ocupa casi la tercera parte de la vida femenina; por otra parte, se plantea que el climaterio no es el cese de la existencia, sino la etapa que deja abierta las puertas al disfrute de una nueva forma que debe cursar con menos tensión, con menos carga. Según los conceptos de salud, salud mental y salud sexual de la Organización Mundial de la Salud, nada puede impedir que la mujer climatérica sea capaz de ser mental y sexualmente sana; por lo que el profesional de la salud debe estar actualizado en todos aquellos elementos que redunden en un mejor desempeño y en la expresión de la plenitud de las posibilidades físicas, psíquicas y sociales de la mujer en esta etapa.

Contribución de autoría:

Los autores participaron en la búsqueda y análisis de la información, así como en la redacción de las distintas partes del artículo.

Conflicto de intereses:

No conflicto de intereses

Financiación:

Policlínico Aracelio Rodríguez Castellón. Cumanayagua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lugones Botell M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2002 [cited 23 Abr 2018] ; 4 (18): [aprox. 3p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_4_02/mgi13402002.htm.

2. Yanes Calderón M, Chio Naranjo I. Calidad de vida en la mujer de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2004 [cited 23 Abr 2008] ; 20 (2): [aprox. 8p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_2_04/mgi03204.htm.

3. Parra Armendáriz M, Carrazco Salazar O, Villa Vega S. La menopausia en el siglo XXI. Rev Centroamericana Obstet Ginecol. 2002 ; 11 (4): 8-17.

4. Blumel JE, Cruz MN, Aparicio NJ. La transición menopáusica. Fisiopatología, Clínica y Tratamiento. MEDICINA (Buenos Aires) [revista en Internet]. 2002 [cited 5 Jun 2018] ; 62: [aprox. 13p]. Available from: http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol62.

5. Lugones Botell M. La salud de la mujer en el climaterio y la menopausia. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006.

6. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Menopausia sin problemas. La Habana: Editorial Oriente; 2007.

7. Burucua J. La mujer de 50 años a través de la historia. Rev Sogba. 1990 ; 21 (117): 176-8.

8. López Martínez A, González Candelas R. Actualización en Menopausia: Abordaje desde Atención Primaria. I Jornada de actualización. Revista Valenciana de Medicina de Familia [revista en Internet]. 2006 [cited 23 Abr 2018] ; 15: [aprox. 4p]. Available from: http://www.svmfyc.org/Revista/15/Actualizacion.pdf.

9. Heras M, Recalde V, Rodríguez AR, Bone L, Álava G, de la Cruz L. Menopausia y actividad Física: Manual para la atención físico-educativa. Rev Cubana Inv Bioméd. 2017 ; 36 (2): 1-16.

10. Pelcastre Villafuerte B, Garrido Latorre F, León Reyes V. Menopausia: representaciones sociales y prácticas. Salud Pública (Méx). 2001 ; 43 (5): 408-14.

11. Rondón MB. Aspectos sociales y emocionales del climaterio: evaluación y manejo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008 ; 54 (2): 99-107.

12. Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Cuadros-Celorrio ÁM, Fernández-Luzón N, Guadix-Peinado MJ, del Cid-Martín N, et al. Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause. Maturitas. 2012 ; 72 (4): 367-72.

13. Núñez DC, Méndez CD. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia.

Medisan [revista en Internet]. 2014 [cited 5 May 2019] ; 18 (10): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011.

14. Sueldo M, Vicario A, Cerezo G, Miranda G, Zilberman J. Hipertensión arterial, menopausia y compromiso cognitivo. Rev Colomb Cardiol. 2018 ; 25 (1): 34-41.

15. Clínica Mayo. Menopausia [Internet]. Rochester: Clínica Mayo; 2017. [cited 5 May 2019] Available from: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/menopause/symptoms-causes/syc-20353397.

16. Turiño M, Colomé T, Fuentes E, Palmas S. Síntomas y enfermedades asociadas al climaterio y la menopausia. Medicentro Electrónica [revista en Internet]. 2019 [cited 9 Jul 2019] ; 23 (2): [aprox. 9p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000200116.

17. Couto D, Nápoles D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. MEDISAN [revista en Internet]. 2014 [cited 7 Jun 2018] ; 18 (10): [aprox. 4p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011.

18. Hernández Valencia M, Córdova Pérez N, Basurto L, Sancedo R, Vargas C, Ruiz M, et al. Frecuencia de los síntomas del síndrome climaterio. Ginecol Obstet Mex. 2010 ; 78 (4): 232-37.

19. Gómez A, Mateos A, Lorenzo M, Simón M, García Ll, Cutanda B. Representaciones socio-culturales sobre la menopausia. Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). Index Enferm [revista en Internet]. 2008 [cited 5 Jun 2018] ; 17 (3): [aprox. 9p]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300002.

20. Organización Mundial de la Salud (OMS) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: OMS; 2009.

21. Artiles L, y cols. Marco Antropológico de los determinantes sociales y su expresión en la significación de la menopausia y las relaciones con el micro entorno en mujeres rurales del municipio Guadix, de la Comunidad Autónoma de Andalucía, España. Rev de la Sociedad Peruana del Climaterio. 2011 ; 7 (2): 17-19.

22. Santiso Sanz R. La menopausia y la edad media de las mujeres: un análisis antropológico. Acciones e Investigaciones Sociales [revista en Internet]. 2001 (12): Available from: https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/view/196.

23. González Cárdenas LT, Bayarre Vea HD, Hernández Meléndez E. Influencia de las determinantes sociales de salud en la calidad de vida relacionada con la salud de la mujer durante el envejecimiento. Archivos Med Familiar. 2019 ; 21 (1): 1-5.

24. Phillips MD, Patrizi RM, Cheek DJ, Wooten JS, Barbee JJ, Mitchell JB. Resistance training reduces subclinical inflammation in obese, postmenopausal women. Med Sci Sports Exerc. 2012 ; 44 (11): 2099-110.

25. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS). Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2014.

26. Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 ; 27 (4): 9-16.