



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Climaterio desde la Psicología de la Salud

Lorena Maite Cruz Pérez CI: 5.301.334-3

Tutora: Prof. Adj. Mag. Carolina Farías

Revisora: Prof. Dra. Alejandra López

Instituto de Psicología de la Salud

Octubre, 2023

*Dedicado a las mujeres en mi vida,
ellas han sido mi motor, red y sostén.*

ÍNDICE

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Capítulo 1: Marcos conceptuales para pensar el Climaterio	8
1.1 Psicología de la Salud	8
1.2 Perspectiva de Género	12
Capítulo 2: Aproximaciones al climaterio	15
2.1 Fisiología del climaterio	15
2.2 Aspectos psicosociales del climaterio	18
Reorganización familiar en el climaterio	18
Sexualidad en el climaterio	19
Climaterio en otras culturas	22
2.3 Medicalización del climaterio	23
2.4 Tratamientos en el climaterio	25
Capítulo 3: El rol de la psicología y los servicios de salud en el climaterio	28
3.1 Atención en servicios de salud en el climaterio	28
3.2 Rol de la psicología en el climaterio	33
Conclusiones	38
Referencias bibliográficas:	40

Resumen

La psicología de la salud con perspectiva de género permite analizar al climaterio como una construcción sociocultural y multifactorial. Permitirá visualizarlo como una etapa vital que a lo largo de la historia ha estado atravesado por la medicalización, comprendido y abordado desde la disciplina médica, lleno de estigma y malestar en la vivencia de las mujeres.

La característica principal de este periodo vital es el síndrome climatérico, presente en mayor o menor medida en las mujeres de occidente. Esta apreciación es fundamental al considerar la conformación de la sintomatología dado que en oriente la vivencia de las mujeres es de menor malestar. Difiere en que en occidente predominan los estereotipos de géneros que enuncian que la mujer en esta etapa está desequilibrada, enferma, ya no es productiva por su pérdida de fertilidad, está vieja. Sin embargo, en oriente la llegada de la menopausia y todo su proceso implica la ganancia de sabiduría en la sociedad.

Estas representaciones sociales hacen al proceso de subjetivación resultando en una autopercepción negativa. Asimismo, deriva en el silenciamiento de la temática, con prejuicio y discriminación, generando un detrimento en la calidad de vida de las mujeres. Se evidencia la falta de información sobre el proceso en todos los ámbitos que se encuentra la mujer: comunidad, familia y el sistema de salud. Los sesgos en el sistema de salud, se observan principalmente en las intervenciones centradas en la cura de la enfermedad y no en la prevención y promoción de la salud en este periodo.

Palabras Claves: Psicología de la salud, Climaterio, Síndrome climatérico, Servicios de salud en climaterio

Abstract

Health psychology with a gender perspective allows us to analyze the climacteric as a sociocultural and multifactorial construction. It will allow us to visualize it as a vital stage that throughout history has been crossed by medicalization, understood and addressed from the medical discipline, full of stigma and discomfort in the experience of women.

The main characteristic of this vital period is the climacteric syndrome, present to a greater or lesser extent in women in the west. This appreciation is fundamental when considering the conformation of the symptoms given that in the east the experience of women is one of less discomfort. It differs in that in the west gender stereotypes dictate that women at this stage are unbalanced, sick, no longer productive due to their loss of fertility, and old. However, in the east the arrival of menopause and its entire process implies the gain of wisdom in society.

These social representations contribute to the process of subjectivation, resulting in a negative self-perception. Likewise, it results in the silencing of the issue, with prejudice and discrimination, generating a detriment to the quality of life of women. The lack of information about the process is present in all areas where women find themselves: community, family and the health system. Biases in the health system are mainly seen in interventions focused on curing the disease and not on prevention and health promotion in this period.

Key words: Health psychology, Climacteric, Climacteric syndrome, Health services in the climacteric stage.

Introducción

Este trabajo, de estilo monográfico, surge en el marco de la obtención del título de la Licenciatura en Psicología, Udelar. Se espera que el mismo contribuya en la producción de conocimiento sobre el climaterio desde la Psicología de la Salud. Se busca aportar a la comprensión y desestigmatización de la vivencia del climaterio, a través de información actualizada, así como a la reflexión de la atención en salud de esta etapa vital.

El climaterio es el proceso de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva, incluye la transición hacia la menopausia como la etapa posterior. La menopausia fisiológica se puede definir como la última fecha de menstruación, producida por el cese de la actividad folicular ovárica, sin causa patológica o intervención médica (Jimenez & Torres, 2018), en promedio sucede entre los cincuenta y cincuenta y dos años (Bailón, 2004).

Esta etapa vital se presenta en mayor o menor medida acompañada del síndrome climatérico, el mismo abarca trastornos vasomotores, los famosos calores, así como atrofia urogenital, desórdenes del sueño, alteraciones en el estado de ánimo, entre otros (Nanette, 2021). Este cambio no será sólo fisiológico sino que se observará en varias áreas de la vida de la mujer como lo es la familiar, laboral, así como en la sexualidad, su autopercepción y autoestima.

Cabe destacar que el climaterio es un proceso que no solo lo atraviesan las mujeres cisgénero, sino que también lo atraviesan hombres transexuales y algunas personas no binarias (OMS, 2022). Los hombres cisgénero atraviesan un proceso similar llamado andropausia así como las mujeres trans y algunas personas no binarias. Dado la modalidad recopilativa de información que conlleva una monografía se eligió realizar este trabajo sobre las mujeres cisgénero, ya que se considera que no hay suficientes investigaciones sobre esta etapa en las otras poblaciones y esto requeriría otro tipo de abordaje.

El tema elegido no es ajeno a mi persona por ser mujer menstruante y usuaria del sistema de salud, mi interés surgió en primera instancia por mi experiencia personal con el síndrome premenstrual y el sistema de salud, así como las ansias de investigar más sobre la temática. Entiendo que la observación del ciclo menstrual es un reflejo de la salud integral de la mujer, así como que la salud es multifactorial lo que me lleva a abordar estas temáticas desde la Psicología de la salud. En este interés me encontré con trabajos finales ya existentes sobre el síndrome premenstrual lo que redirigió mi búsqueda respecto a la temática a trabajar. Se me presentó la opción de trabajar sobre el climaterio, lo cual me parecía ajeno al no haberlo atravesado aún pero

despertó mi interés. Como mujer y familiar de mujeres en climaterio, me atravesó y cautivó, lo cual me permitió adentrarme en este trabajo.

La monografía está dividida en tres capítulos, el primero refiere a los marcos conceptuales desde los cuales se piensa al climaterio, el mismo se divide en dos subcapítulos, la psicología de la salud y la perspectiva de género. El segundo capítulo se denomina aproximaciones al climaterio y abarca cuatro subcapítulos: fisiología, sus aspectos psicosociales, proceso de medicalización y tratamientos disponibles. El tercero refiere al rol de la psicología en los servicios de salud en climaterio y contiene dos subcapítulos: el primero atención en servicios de salud en climaterio, el segundo el rol de la psicología en el climaterio. Por último, se presentan las conclusiones finales.

Capítulo 1: Marcos conceptuales para pensar el Climaterio

1.1 Psicología de la Salud

Según Fortuno (2018), la Psicología de la Salud, nace como disciplina a finales de los años 70, cuando se crea la sección 38 denominada Health Psychology (1979) en la Asociación Estadounidense de Psicología. Luego de este suceso, en el año 1980 el primer presidente de esta sección, Matarazzo, formula una definición de Psicología de la Salud:

El conjunto de las contribuciones específicas (científicas, profesionales y formativas) de la disciplina psicológica, dirigidas a la promoción y al mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad y a la identificación de los correlatos etiológicos, diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones asociadas y al análisis y al mejoramiento del sistema sanitario y de elaboración de las políticas de la salud (pág 15).

El foco de la Psicología de la Salud está puesto en el proceso de salud. La misma, ha de ser pensada desde una perspectiva holística, esto implica enmarcarla en el modelo bio-psico-social, el cual entiende que la salud es una valoración personal que implica que el sujeto está sano siempre y cuando se sienta bien y pueda funcionar en su contexto social. El sujeto sano podrá adaptarse a su entorno y las normas que esto conlleva (ecologismo), vive de forma satisfactoria y tiene una ausencia de sufrimiento. Estar completamente sano supone encontrarse en un estado físico y mental en el que es competente para realizar en su entorno actividades que son necesarias y suficientes para su felicidad mínima (Hidalgo et al., 2022).

Estar sano no sería la ausencia de enfermedad, siempre y cuando la enfermedad no le impida al sujeto ser feliz. La ausencia de enfermedad no garantiza estar sanos ya que situaciones de injusticia socioeconómica, entre otras situaciones, pueden generar la incapacidad para obtener bienestar. Esta visión de la salud, entiende al sujeto como bio-psico-social por lo tanto a la salud y enfermedad como procesos multifactoriales, en donde interactúan tanto las alteraciones fisiológicas como la entidad tan compleja que es ser persona, aportando un componente constructivista que concibe un pluralismo integrador que entiende a la salud y a la enfermedad como no excluyentes entre sí (Hidalgo et al., 2022).

En esta misma línea del constructivismo, parece relevante traer al autor Edgar Morin (1994) para pensar a la salud. El autor plantea el paradigma de la complejidad, que comprende a la realidad en palabras de Dubourdieu (2017) como:

Un todo complejo, organizado, dinámico, compuesto por múltiples dimensiones y elementos interrelacionados, biológicos, físico-ambientales, socio-ecológicos, culturales, históricos, políticos, éticos, y espirituales aprehendidos por la subjetividad humana. El ser humano se conforma en interacción a su entorno físico y socioambiental, y a su vez el ser humano conforma su entorno (pág 31.)

Dubourdieu (2017) plantea que todos los sistemas forman parte de una gran red que está en continua intermodulación, por lo que en cualquier nivel de este sistema complejo, que es el ser humano, hay que analizar la mayor cantidad de posibles factores que puedan modificarlo. Este paradigma implica pensar la salud del sujeto desde lo dialógico, recursivo y hologramático.

Desde lo dialógico en cuanto pueden coexistir términos complementarios y antagonistas (no desde un dualismo excluyente, mente/cuerpo, salud/enfermedad), desde lo recursivo ya que el producto y efecto son al mismo tiempo causa y producto de aquello que lo produce, se genera una retroalimentación (el estado de ánimo se modifica por cambios fisiológicos y a su vez los cambios en los estados de ánimo modificarán lo fisiológico). Lo hologramático tendrá relación con que no solo la parte está en el todo sino que el todo estará en la parte, trasenderá entonces la idea de holograma que no ve más que a partes por separado y al holismo que no ve más que el todo (Dubourdieu, 2017).

El pensar la salud desde el constructivismo, que implica la lógica de no exclusión de la enfermedad de proceso, generará que se tomen valoraciones morales a las variadas concepciones de cómo conducirse ante la salud y la enfermedad, habrá entonces formas correctas (saludables) e incorrectas (insalubres) de comportarse y de vivir, lo que es producto de aceptación o rechazo social de los afectados (Hidalgo et al., 2022). Esto puede conocerse popularmente como hábitos saludables y factores de riesgo.

Debido a la necesidad de establecer elementos que expliquen la producción o pérdida de la salud Lalonde (1974) desarrolla el concepto de determinantes de la salud. Lo conceptualiza como aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud, estos factores actúan e interactúan en diferentes niveles de organización e irán determinando la salud de la población (Macri, 2009).

Entre ellos se encuentran la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y los sistemas sanitarios (Herrero, 2016).

Lalonde (1974) citado por Macri et al. (2009) describe estos elementos, comenzando con la biología humana, esta refiere a todos los hechos relacionados a la salud, tanto físico como mental que se manifiestan en el cuerpo humano resultado del ser humano como especie y de su constitución orgánica. Continúa con el ambiente, que comprenderá todo aquello externo al sujeto que puede afectar la salud tanto físicos como biológicos y sociales, como lo son la composición de la atmósfera, los contaminantes del suelo, los virus y bacterias, el nivel de educación, el acceso a vivienda, la satisfacción de necesidades, entre otros. Luego con los estilos de vida, que refieren a la participación laboral, de actividades recreativas y los patrones de consumo. Por último, los sistemas sanitarios, que abarca los aspectos de promoción, prevención, tratamiento y de recuperación de la salud, incluirá el acceso a la asistencia así como el modelo de atención presente (Macri 2009).

La Psicología de la salud tendrá en cuenta estos elementos para pesar el proceso salud enfermedad. Esta rama de la psicología estudiará específicamente, tratando de describir y analizar, la forma en la cual el comportamiento-cognición, así como la motivación y la personalidad, participa en la modulación de los estados biológicos. Asimismo, analizará las competencias que tiene el sujeto para interactuar con múltiples situaciones que afectan directa e indirectamente la salud y la forma consistente en la que el sujeto reacciona a situaciones que puedan afectarla. Por lo tanto, evaluará la tendencia al riesgo, la tolerancia a la frustración, la persistencia o adherencia al tratamiento, entre otras variables. En base a este conocimiento específico, procurará buscar estrategias de intervención que promuevan la salud y prevengan la enfermedad (Piña et al., 2006).

En este sentido, la Psicología de la Salud es una rama aplicada de la psicología (Morales, 1997) que según Piña et al., (2006):

Debe entenderse simple y llanamente como un 'campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos —saber acerca de las cosas— como las competencias —saber hacer las cosas de modo eficiente— indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud (pág 673)

La Psicología de la Salud, proporciona una manera de contrarrestar el Modelo Médico Hegemónico (MMH de aquí en adelante) (Menendez, 1998), que está presente en la medicina desde el siglo XVIII.

El MMH está caracterizado por tener una concepción dualista (mente/cuerpo) y mecanicista del individuo y de la enfermedad, está centrado en lo patológico, no toma en consideración la subjetividad del individuo. La relación entre el médico y el usuario es asimétrica, estando depositado el saber en el médico pudiendo generarse situaciones de sumisión en el usuario, siendo este último considerado como ignorante y portador de un saber equivocado. Se focaliza en la eliminación del síntoma, interviniendo y tomando acción, muchas veces generando una medicalización de la vida cotidiana (Menendez, 1998).

Kishore (citado por Sánchez et al., 2011) define la medicalización como la forma en la cual la medicina moderna se ha extendido en los años recientes y ha convertido en procesos patológicos a situaciones que no son médicas sino fisiológicas, sociales, o de las relaciones interpersonales, ejerciendo un control sobre ciertos eventos o etapas de la vida.

En este sentido, Garcia (2017) plantea que las sociedades occidentales viven un exceso de medicalización pero este no es igual en mujeres y hombres. A las primeras se las medica para huir de su naturaleza ya que son eternas enfermas, víctimas de sus hormonas que las hacen poco racionales y débiles mientras que los segundos se los medica para potenciar su virilidad. Las mujeres pasarían su vida en un estado continuo de medicalización, desde la menarca, con el control del periodo y la fertilidad, hasta el embarazo, parto, puerperio y el climaterio. Todos estados naturales que pasan a estar controlados por farmacéuticas promoviendo la patologización y la perpetuación de la desconexión de las mujeres con su propio cuerpo, haciéndoles temer al dolor como forma de control sobre sus cuerpos y su fertilidad. La autora afirma que en este sistema dualista el varón es el racional, activo y fuerte, al que no le afectan las hormonas, mientras que la mujer es la pasiva y débil, víctima de sus hormonas, legitimando así la estructura de género de las sociedades patriarcales.

1.2 Perspectiva de Género

"No se nace mujer, se llega a serlo"
Simone de Beauvoir

Según Lagarde (1996) la perspectiva de género está basada en la teoría de género y forma parte del paradigma teórico histórico del feminismo (movimiento social y político de acción colectiva de emancipación de las mujeres). Se basa en la crítica a la concepción androcéntrica de la humanidad y tiene como fin la contribución a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración de la sociedad a través de la resignificación de la historia, la política y la cultura, desde las mujeres y con las mujeres. Considera que en la academia esta perspectiva proporciona una visión crítica, explicativa y alternativa a la cuestión del género sesgada por la desigualdad y opresión. Permitirá entonces analizar a las mujeres y a los hombres no dados por naturaleza, sino como sujetos que se construyen socio-históricamente, resultado del tipo de organización social de género que prevalezca en la cultura que están inmersos.

Marta Lamas (2013) conceptualiza al género como:

Una construcción simbólica, establecida sobre los datos biológicos de la diferencia sexual. Es el resultado de la producción de normas culturales sobre el comportamiento de los hombres y las mujeres mediado por la compleja interacción de un amplio espectro de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas (p.17).

Tener una perspectiva de género en la psicología permite develar que las mujeres han sido desacreditadas como personas capaces cognitivamente. Se las ha excluido como sujeto de conocimiento mientras son construidas como objeto de estudio. Esta perspectiva, implica ver los diferentes mecanismos de discriminación y exclusión a los que se enfrentaron y enfrentan las mujeres por el hecho de ser mujeres (García, 2020).

La perspectiva de género en psicología tendrá entonces sus bases en el estudio del comportamiento humano a través de considerar que el sistema sexo-género, tiene una responsabilidad en como será el la subjetividad y el comportamiento del sujeto. Se tratará entonces, no de estudiar las diferencias y semejanzas entre las mujeres y los hombres, sino en entender cómo los sujetos construyen sus identidades personales acorde a qué grupo fueron

asignados al nacer, en función de analizar tanto las determinaciones biológicas como las socioculturales. Estas se encargan de transmitir los valores y las representaciones de lo que es masculino y femenino (estereotipo de género), generando de esta manera ciertas expectativas de comportamiento (roles) asociados al género, resultando en limitaciones en los sujetos para desarrollarse plenamente (García, 2020).

Dentro de estos estereotipos de género se puede destacar lo femenino como delicado, pasivo, emocional y lo masculino como tosco, activo, racional. Respecto a los roles de género, la mujer es la que se encarga de estar en el ámbito privado de su hogar, limpiando, cocinando, y cuidando de los hijos y los mayores. Mientras que el hombre se ubica en la esfera pública, trabajando para proveer económicamente a su familia y tomar las decisiones para el bienestar del hogar. Las relaciones de poder que atraviesan el sistema sexo-género tienen profundas implicaciones en el mantenimiento de la jerarquía y orden social patriarcal y capitalista (Parra, 2009).

El género como categoría de análisis habilita a desnaturalizar muchas desigualdades que no se suelen problematizar por considerar que son parte de la esencia del ser humano, consecuencia de una visión sesgada, androcéntrica y patriarcal.

En el área de la salud la perspectiva de género permite visualizar como a lo largo de los siglos se ha asociado la anatomía y fisiología de la mujer con la enfermedad, respaldado con el prestigio de la ciencia escrita por hombres. Los cuales basan su parámetro de normalidad en el estudio de sus propios cuerpos y en el entendimiento del cuerpo de la mujer como en falta, no suficientemente desarrollado, enfermo o endemoniado, de allí la necesidad de una cura, y por lo tanto la medicalización de la vida de la mujer (Del Río Pedraza, 2022).

La perspectiva de género en salud, implica también reconocer que los factores biológicos y socioculturales tienen fuerte influencia en la salud del hombre y la mujer. Por eso sirve de herramienta para eliminar las disparidades innecesarias, evitables e injustas que se dan entre hombres y mujeres asociadas a desventajas sistemáticas. En la atención en salud, que es uno de los muchos factores que determinan la salud, implica que los recursos se asignen acorde a las necesidades que tenga cada sexo (Gómez, 2002).

En este sentido, a lo largo de la historia ha habido una evolución en los derechos humanos y de las mujeres, gracias a los movimientos feministas, que ha permitido reducir estas disparidades en el sistema de salud. En la década de los 80, el enfoque de género permitió ubicar a la producción de salud y su atención institucional como foco desde un lugar de equidad entre los

géneros. Habilitando la identificación y el análisis deconstructivo de los sesgos que sustentaban el diseño e implementación de políticas y programas en los servicios de salud, tomó un rol fundamental en la visibilización de las relaciones de poder desigual entre hombres y mujeres y su impacto en la salud así como también en la relación entre el médico y el paciente, y el interior de los equipos de salud (Lopez et al.,2010).

En 1994, en El Cairo, se celebró la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la cual permitió dejar atrás una visión fragmentada sobre la salud de la mujer, enfocada solo en la reproducción, pasando a una visión más integradora de la misma. Considerando ahora también los aspectos relacionados a la sexualidad desde una perspectiva de derechos humanos. Incluirá entonces, el concepto de salud sexual y reproductiva, al derecho a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgo, al derecho a información sobre métodos anticonceptivos, derecho a acceder a servicios de salud y al derecho a una atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio (Lopez et al.,2010).

Posteriormente en 1999, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, en su recomendación General Nro 24 sobre la Mujer y la Salud, redacta que en que la atención médica para la mujer se ha de tener en cuenta que los factores biológicos son diferentes entre el hombre y la mujer, entre ellos está la menstruación, la función reproductiva y la menopausia (Parra, 2009). Por lo que la atención, ha de ser específica para cada población.

La perspectiva de género permite visualizar no solo las diferencia sexual y las necesidades diferenciales que esto conlleva biológicamente, sino también todos los significantes que se le asignan socioculturalmente al ser mujer y al ser hombre, que configuran cómo se ofrece la atención, cómo se distribuyen los recursos, cómo se construye la enfermedad, a quién se medica y a quién no, resultado de los estereotipos de género.

Capítulo 2: Aproximaciones al climaterio

2.1 Fisiología del climaterio

La menopausia natural o fisiológica se puede definir como la última fecha de menstruación, producida por el cese de la actividad folicular ovárica sin causa patológica o por intervención médica. Para denominarse menopausia tienen que haber transcurrido por lo menos doce meses desde la última menstruación (Jimenez & Torres, 2018). Otro tipo de menopausia puede ser la inducida, resultado de una intervención médica ya sea quirúrgica (extirpación de ambos ovarios) o mediante medicamentos que detengan la función ovárica (radioterapia o quimioterapia) (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Sucede que muchas mujeres dejan de menstruar antes de la menopausia, también por intervenciones médicas quirúrgicas como la histerectomía (generalmente extraen el útero dejando trompa y ovarios) o mediante medicamentos que detienen la menstruación o que la convierten en esporádica como ciertos anticonceptivos hormonales (OMS, 2022). En estos casos no se conceptualiza como menopausia porque la actividad ovárica folicular es posible. Si bien en el último caso está detenida, ésta se puede reanudar al dejar las pastillas anticonceptivas.

El climaterio no es una fecha concreta sino el proceso de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva (Jimenez & Torres, 2018). Este proceso se conforma por tres etapas: la premenopausia, perimenopausia y posmenopausia. La primera con una duración de dos a ocho años hasta la fecha de menopausia, la segunda va de seis a dos años previos y un año luego de la menopausia y la última incluye de dos a seis años luego de la menopausia (Bailón, 2004).

La edad promedio para la menopausia ocurre entre los cincuenta y cincuenta y dos años. Se le llamará menopausia precoz si sucede antes de los cuarenta años y tardía si sucede luego de los 55 años (Bailón, 2004). En Uruguay, según Carolina Egaña (2013) en su Tesis de grado, *Edad de menopausia y climaterio en nuestras de mujeres uruguayas: sintomatología y factores biosociales asociados*, la moda de edad de la menopausia en las mujeres es de 50 años. Estas edades están influenciadas por múltiples factores como lo puede ser la dieta, el ejercicio físico, si la mujer tiene el hábito de fumar, su contexto socioeconómico, su índice de masa corporal (IMC), la etnicidad, sus patologías médicas y ginecológicas (Talaulikr, 2022).

Las mujeres nacen con una cantidad limitada de folículos primordiales (primer estadio folicular) en sus ovarios (1-2 millones) que al pasar el tiempo mueren por atresia, se llega a la adolescencia con 500.000 folículos aproximadamente (Gutiérrez, 2022).

En esta etapa crecen alrededor de diez a veinte folículos gracias a las hormonas luteinizante (HL) y folículo estimulante (FSH). Estas llegan al ovario a través del torrente sanguíneo cuando el hipotálamo manda una señal (GnRH) a la parte anterior de la hipófisis para que las produzca. De estos folículos que crecen, generalmente sólo uno madura (folículo de Graff) y libera el ovocito, de no ser fecundado comenzará la descamación del revestimiento uterino resultando en la primera menstruación, denominada menarca (Jimenez & Torres, 2018).

En cada ciclo menstrual los folículos disminuyen hasta que se van agotando y se produce un descenso en los estrógenos generando una pérdida de feedback negativa sobre el hipotálamo y las gonadotropinas (hormona luteinizante (HL), hormona folículo estimulante (FSH) y gonadotropina coriónica (hCG)). Se comienza a dar entonces, un desequilibrio entre estas hormonas y el estradiol (tipo de estrógeno) lo que genera distintos síntomas y signos la mayoría de las mujeres, estos cambios se producen en la perimenopausia, varían en frecuencia e intensidad en cada mujer y se los engloba bajo en término síndrome climatérico (Lugones et al., 1997). Se asocia el climaterio al riesgo de aparición de enfermedades crónicas como hipertensión, obesidad, cardiopatía, cáncer ginecológico y osteoporosis (Mazariego et al., 2016).

La perimenopausia está atravesada por parte de la premenopausia y la posmenopausia, en esta primera etapa, asociada a ciclos ovulatorios y anovulatorios, sucede que pueden darse irregularidades menstruales como menstruaciones abundantes (hipermenorrea), ausentes (amenorrea) o escasas. Mientras que la segunda etapa se asocia más con trastornos vasomotores (sofocos y sudores nocturnos), atrofia urogenital y disminución de masa ósea. Estos pueden suceder también en la etapa previa (Bailón, 2004).

Dentro del síndrome climatérico, a causa de la deprivación de estrógenos, se destacan los trastornos vasomotores y la atrofia urogenital, afectando al 80% de las mujeres del mundo, variando su frecuencia e intensidad. Los primeros conocidos como los calores o sofocos se deben a un rápido aumento de temperatura acompañado de vasodilatación, pueden durar varios minutos comenzando por una sensación de calor que se expande por la parte superior del cuerpo. Los segundos incluyen cambios en el tracto genital como atrofia y sequedad de la vulva y la vagina. Estos cambios pueden causar irritación e incremento de riesgo de contraer infecciones del tracto urinario (Nanette, 2021).

Otro síntoma común del síndrome climatérico son los desórdenes del sueño. Según Tandon et.al (2022) lo atraviesan el 16% al 47% de las mujeres en la perimenopausia, son multifactoriales y se asocian generalmente a ansiedad, depresión o trastornos de ánimo, así como también a los cambios en las hormonas sexuales y al descenso de melatonina que sucede con la edad. Los bochornos y la sudoración nocturna también tienen una correlación muy alta (Couto et al., 2014).

Según la OMS (2022) el síndrome climatérico también se puede conformar por cambios psicológicos como cognitivos, de estado de ánimo e irritabilidad así como el incremento del riesgo de sufrir depresión y ansiedad.

Dentro de las hipótesis que intentan explicar las alteraciones psicológicas del climaterio, algunos autores afirman que el estrés psicosocial puede afectar los valores de los esteroides gonadales en el climaterio y afectar el estado de ánimo al generar un desequilibrio hormonal incrementado (Couto et al., 2014).

Otros autores señalan que durante el climaterio, la disminución de hormonas sexuales, sobre todo los estrógenos, afecta la función cognitiva, el estado de ánimo y predispone a los trastornos depresivos y ansiosos. La mayoría consensúa que los trastornos psicológicos en el climaterio parecen aumentar de haberse producido una menopausia quirúrgica y no natural, esto debido al drástico cambio hormonal y psicológico (Bocchino, 2005).

Hay consenso entre la comunidad científica en la no aceptación del término “depresión menopáusica” debido a que ha sido excluido del DSM-IV (clasificación de las enfermedades mentales publicada en 1994). Se considera que la depresión en esta etapa es una consecuencia de la adaptación a factores sociales, ambientales y biológicos. El déficit hormonal que sucede en el climaterio puede provocar distimia y por lo tanto bajo estado de ánimo pero no un trastorno depresivo excepto que haya elementos de vida estresantes que aumenten esta desregulación (Mazariego et al., 2016).

En este sentido, Northrup (2002) en palabras de Larroca (2013) sostiene que el estrés no resuelto puede aumentar la desregulación hormonal perimenopáusica. Se entiende que el autor considera al climaterio como una dinámica entre los cambios biológicos y su entorno, de manera tal que no se puede considerar a los cambios hormonales como únicos productores de los trastornos psicológicos, sino que considera al estrés no gestionado como fundamental en el pasaje a una patología.

Según Vivian et al., (2014) los factores de riesgo para que se desencadene depresión en el climaterio son la presencia de síntomas vasomotores, antecedentes de depresión (relacionadas al embarazo o el cambio hormonal en el ciclo menstrual), que la menopausia haya sido quirúrgica y no natural, mala calidad del sueño, estar atravesando eventos vitales adversos y tener una visión y actitud negativa de esta etapa.

Respecto a los diagnósticos relacionados a la ansiedad, Carvajal et al., (2016) destacan que diversos estudios observaron que las mujeres que presentaban niveles leves de ansiedad previos a la menopausia, tienen mayor riesgo que estos aumentan al atravesar el climaterio. Otros concluían que las mujeres diagnosticadas con trastorno de pánico en algún momento de su vida tienen predisposición a que haya recidiva o empeoramiento en el climaterio. Sin embargo, considera que la relación entre los cambios hormonales y los trastornos de ansiedad aún no está bien estudiada (Carvajal et al., 2016).

2.2 Aspectos psicosociales del climaterio

Reorganización familiar en el climaterio

El climaterio coincidirá con la etapa denominada comúnmente como "Nido Vacío", esta es la experiencia en la cual los hijos dejan la casa de los padres para conquistar su independencia personal o financiera (Costa et al., 2020). Sin embargo, la mujer pasará de ser la cuidadora de sus hijos, a en muchas situaciones, ser la cuidadora de los adultos mayores, sus padres o suegros así como de sus nietos (Couto, 2014).

En algunas familias se ve como un momento que habilita a consolidar nuevas posibilidades, estableciendo una reorganización familiar o conduciendo a la separación del núcleo o de la pareja. En esta etapa se da una evaluación de la situación en la cual se encuentra la pareja debido a que ahora ya no son más necesarias las responsabilidades paternas y maternas. Este momento puede ser configurado como sufrimiento, producto de la pérdida de la función parental y la crisis marital o en contrapartida se puede configurar como una liberación para la realización de proyectos personales y el disfrute en pareja (Costa et al., 2020).

En este sentido, Alizade (2005) en palabras de Flores (2008) afirma que:

Toda mujer con o sin hijos reales, cuando atraviesa por el período de la menopausia en algún espacio de su mente piensa al hijo deseado o no, habido o no. En forma consciente o inconsciente, hace un balance de su relación con la maternidad tanto biológica como de crianza. De igual modo, hay coincidencia entre los autores mencionados que el momento en el cual se vive la menopausia y el climaterio coincide con la etapa en que la mujer debe facilitar el despegue de sus hijos del hogar, al mismo tiempo que continúa siendo una mujer joven. La calidad de sus años posteriores dependerá en gran medida de su capacidad de progresar en dirección a la creatividad y la sublimación y de no someterse al estereotipo convencional que la desmerece (p. 238).

En relación a esto, Alva (2019) aporta que es muy difícil renunciar a la huella corporal de la reproducción debido a que esta está anclada al cuerpo de la mujer, la pérdida de la fertilidad generará entonces angustia, aunque se haya decidido o no tener hijos o se esté satisfecha con la cantidad que se tuvo.

Otro elemento que influirá en la reconfiguración familiar es el ingreso económico ya que el climaterio tiene cercanía con la llegada de la jubilación, disminuyendo los recursos económicos del hogar en algunas situaciones, esto genera cambios en la organización económica de la familia y miedo a la inseguridad financiera pudiendo generar conflictos en el núcleo (Couto, 2014).

Parece relevante destacar que la cercanía a la edad de la jubilación así como la pérdida de fertilidad se asocian a la vejez, lo que en occidente, tiene generalmente connotaciones negativas. Se asocia la jubilación al cese de actividad y de productividad para la sociedad capitalista, generando sentimientos de incapacidad (Lemos, 2013).

Sexualidad en el climaterio

En un artículo de revisión de Espitia De La Hoz (2018) se realizó una investigación sobre la fisiopatología del trastorno del deseo sexual en el climaterio, entendida como una experiencia subjetiva de deficiencia o falta persistente o recurrente de fantasías, pensamientos sexuales, deseo o receptividad sexual lo cual genera angustia personal. Se encontró que a nivel mundial, las mujeres en climaterio, tienen una prevalencia de disfunción sexual que fluctúa entre el 20 y 30%. En latinoamérica el porcentaje de mujeres que se encuentran entre los 44 y 64 años y presentan alguna disfunción sexual sería de 51.3%. La caracterización de la disfunción se distribuye en

37,8% disminución del deseo, 33.6% alteración en la excitación, 34,8% dispareunia (dolor antes, mientras o durante las relaciones sexuales) y 26% dificultad en el orgasmo.

Alva (2019), respecto a la sexualidad y al deseo sexual de la mujer en climaterio, expresa:

La sexualidad es una manifestación compleja que tiene componentes tanto de orden biológico como psíquico y sociocultural. Por un lado, está presente un sustrato biológico: las hormonas, componentes orgánicos que rigen el ciclo de la reproducción y están presentes en la menstruación. Sin embargo, no es el único responsable de generar el deseo sexual: el deseo psíquico, a nivel inconsciente, genera también esta respuesta y no depende necesariamente de la presencia de hormonas. A ello hay que añadir también el contexto social, en el que la forma cómo las ven los otros es una pauta para la manifestación del deseo (pág. 101).

En relación a esto, Espitia De La Hoz (2018) destaca que el bajo deseo sexual en la mujer en climaterio, está asociado con la disminución de las hormonas sexuales, pero que la respuesta sexual es multifactorial y multidimensional por lo que dependerá de aspectos biológicos, psicológicos y sociales además de la carga hormonal circulante. Respecto a la parte biológica, la falla ovárica hace que el epitelio vaginal adelgace, y haya una disminución de la elasticidad vaginal, los estrógenos y andrógenos encargados de la salud vaginal al disminuir disminuyen la lubricación vaginal, y la respuesta de excitación que mantiene tono muscular eréctil, esto puede generar los dolores en las relaciones sexuales. Estas hormonas también son las encargadas de la activación del deseo en el sistema nervioso central, por lo cual al disminuir también puede disminuir el deseo sexual.

Respecto a la dimensión psicológica del deseo sexual, en el climaterio se da un cambio en la autopercepción y autoestima. Rocha (2009) los definirá como:

El conjunto de creencias (aspecto cognitivo) que una persona tiene de sí misma, abarcando la imagen corporal, valores, habilidades y características pero que también está vinculado con un aspecto afectivo (aspecto evaluativo) que se relaciona con el autoestima, el cual acorde a McCrae (1988) refiere a los sentimientos positivos o negativos que una persona tiene de sí misma (p.251).

El cambio de la imagen corporal de la mujer en el climaterio suele generar niveles elevados de angustia, suelen tener una crisis existencial por la pérdida del poder fecundante, de la

potencia fértil. Esto se asocia a un resquebrajamiento simbólico de la imagen del cuerpo propio. La mujer se empieza a sentir gorda, fea, deforme, y vieja, subjetivamente no se siente atractiva (Alva, 2019).

La imagen corporal inconsciente está atravesada por los estereotipos del género femenino, que enuncian como debe de ser la mujer y que solo es deseable cuando es fértil, joven, flaca, simpática, callada. Todos los mandatos de género forman parte de la subjetividad de las mujeres, generando sufrimiento a nivel psíquico y físico. Esto influirá en el deseo sexual, la percepción de sí misma y la percepción que la pareja tiene de la mujer, lo que le devuelva el otro será un factor determinante.

En este sentido Alva (2019) trae a Ruth Lax para explicar que el deseo implica una falta, de parte de ambas personas y que la mujeres en este proceso pueden sentirse:

“...avergonzadas frente a los cambios corporales y a su propia angustia psíquica, tienden a negar los problemas, tanto psíquicos como físicos, experimentados con sus cónyuges en la mitad de la vida”. Así, cuando la mujer se empeña en la idea de que el desgaste de su cuerpo es el motivo de la caída del deseo de su pareja, a menudo baja los brazos y considera que ya no hay razón para seguir representando el papel de la persona que tiene lo que hace falta para causar ese deseo. En relación con lo anterior, Estela, una de las entrevistadas, comenta: “si yo me pienso espantosa, ¡guáchatelas!, así me voy a ver.” (pág 97)

En conjunto con los aspectos psicológicos, de autopercepción y autoestima, los aspectos socioculturales del deseo, los mandatos de género, dictaminan que la mujer solo debe de tener relaciones sexuales para reproducirse. Al perder la capacidad de reproducción, el sexo parece estar prohibido para las mujeres que atraviesan el climaterio, por lo tanto el deseo puede disminuir.

Foucault (1976), plantea que a lo largo de la historia, la sexualidad se ha reducido a prácticas sexuales asociadas a un fin exclusivamente reproductivo, negando e invisibilizando lo erótico y placentero que forma parte de la sexualidad. Las distintas sociedades, sobre todo la occidental, regularon, controlaron y sancionaron la sexualidad, se disciplinó los cuerpos como una amenaza que había que controlar. Los estados, desde los sistemas educativos y de salud, impusieron normas y conductas para controlar la reproducción y los cuerpos. La sexualidad ligada a la reproducción quedó en el imaginario social, la prohibición al goce sobre todo en las mujeres, es un mandato que sigue estando presente, influyendo en su comportamiento sexual.

Sin embargo, Alva (2019) considera que si las mujeres superan los duelos que implica la etapa climatérica (el duelo por el cambio en la imagen corporal, su capacidad fecundante, la reconfiguración de la familia) y renuncian a la imagen impuesta por la sociedad sobre la mujer y sus mandatos, podrán estar en condiciones de disfrutar de su sexualidad y de las posibilidades que esta nueva etapa les presenta. Asimismo, destaca que puede incrementar su deseo sexual debido a que ya no estará presente el temor a quedar embarazadas.

Climaterio en otras culturas

Este trabajo se centra en la descripción de la vivencia de las mujeres con climaterio principalmente de occidente, a modo de delimitar, pero es necesario destacar, que la vivencia varía en otros contextos socioculturales. En oriente, la menopausia supone una liberación para las mujeres ya que el envejecer posee una connotación de ganancia de sabiduría y de desligación de la presión de la fertilidad. En estas culturas menstruar se percibe como algo impuro, ligado a lo poco racional, por lo que haya llegado a su fin, implica dejar atrás la impureza (García, 2017).

En los años 70, la antropóloga Marcha Flint realizó un estudio de mujeres en el climaterio en la casta de Rajput de la India y observó que casi no tenían síntomas climatéricos, se preguntó cómo podía haber esta diferencia a la vivencia en occidente si los cambios hormonales eran los mismos y concluyó que al implicar, el dejar de menstruar, una vivencia positiva para estas culturas, los síntomas eran casi nulos (García, 2017).

En este sentido, según Larrosa (2020), las diferencias culturales generan diferencias en los significados asociados a la vivencia del climaterio, dándole un valor positivo o negativo a esta etapa del ciclo vital. Esto generará una experiencia diferente en cada cultura, en los países de occidente con connotaciones negativas como la pérdida de la fertilidad, el deterioro y la vejez, habiendo un rechazo del cuerpo y generando una dependencia a fármacos con el fin de apaciguar la sintomatología y conseguir la eterna juventud. Por el contrario, en los países de oriente esta etapa vital tiene connotaciones positivas como lo son el ascenso en la posición social y personal, se encuentra en estas culturas una disminución o ausencia de síntomas climatéricos.

La mayoría de información presente sobre el climaterio es de mujeres de América del Norte y Europa, siendo menor la presente sobre mujeres del sur de América, África y Europa del Este, ha ido en aumento la información sobre las mujeres de Japón y Medio oriente (Larrosa,

2020). Se destaca en la literatura, que la prevalencia de los síntomas en el climaterio es diferente entre los grupos étnicos y que hay contrastes en la percepción y la experiencia entre las diferentes culturas (Romero et.al., 2010) por lo que los síntomas del climaterio no son universales (Larrosa, 2020).

2.3 Medicalización del climaterio

La medicalización del cuerpo de la mujer se empezó a organizar desde el siglo XVIII y luego se afirmó definitivamente en el siglo XIX (Chinchilla et al., 2013). En esta época, la menopausia se consideraba según a Chinchilla et al., (2013) como:

“una enfermedad incurable, la muerte de la mujer dentro de la mujer” (Giberti, 1992), “una dolencia” y “un período de desarreglos mentales y físicos” (Greer, 1993), así como “una señal de pecado y descomposición” (Ferguson & Parry, 1998) (pág 226).

En el siglo XIX los psiquiatras de la época mantienen que el aparato genital femenino es el órgano que domina al cerebro tanto en estado de salud como enfermedad. Se encargaron entonces de generar tratamientos que constaban de intervenciones quirúrgicas para la curación. En la justificación se encontraba la relación entre el aparato genital de la mujer y el sistema nervioso, con obras como la ovariectomía y datos sobre tratamientos diferenciados según el sexo del paciente ante una misma patología. Es relevante destacar, que el psicoanálisis también contribuyó en la reproducción de un sistema patriarcal y androcentrista, ya que la diferencia biológica marcará la desigualdad al explicar la construcción de la identidad masculina y femenina (Del Río Pedraza, 2022).

El proceso de medicalización adquiere características particulares en Salud Mental, ya que las desigualdades de género se manifiestan de múltiples formas, como lo es la prevalencia y distribución de padecimientos psíquicos en las mujeres, así como en la atención en salud también mayoritaria en este género, con mayor prescripción de psicofármacos (Bru, 2022).

Siguiendo esta lógica, Del Río Pedraza (2022) afirma que la salud de la mujer se ha valorado desde su cuerpo y su ciclo reproductivo. Este como responsable de su malestar y

vulnerabilidad psicológica, sin tomar en cuenta las desigualdades de género que existen en las disciplinas psicológicas y psiquiátricas. Roselló y colaboradores (2019) en palabras de Del Río Pedraza (2022) explica que estas disciplinas impusieron una explicación hormonal al malestar propio de las mujeres, resultando en la psicopatologización y medicalización de las mujeres. Este reduccionismo biológico puede ser observado en los diagnósticos de trastornos mentales que toman como causa a la biología para justificar síntomas psicológicos como lo es el caso del trastorno disfórico premenstrual, las disfunciones femeninas, la depresión posparto y a la pertinencia de este trabajo, el síndrome climatérico (Del Río Pedraza, 2022).

En esta mezcla de criterios médicos, juicios de valor, dogmatismos religiosos se generó una descalificación de la capacidad mental y de la expresión afectiva de la mujer que transitaba este proceso vital. Se comenzó a asociar a este proceso como posible causa de psicosis y cambios de personalidad, entre ellos irritabilidad, descontento, mal humor, melancolía evolutiva, psicosis de la menopausia e histeria (Chinchilla et al., 2013).

...Yo decía "lo que pasa es que estoy de mal humor". El matrimonio se rompe por culpa de la menopausia, ese era el discurso de mi exmarido, "¡nos empezamos a llevar mal porque vos estás con este trastorno!", ¡encima trastorno! Trastorno es la palabra, estás trastornada literalmente así, y con todas las implicancias que tiene esto, ¿no? O sea, la trastornada en la que te has convertido, que no porque es culpa tuya, es porque es un proceso que te toca vivir, "a vos te cambio el humor, mira cómo estás, vivimos peleando...". "Esto debe ser la menopausia", decía yo. Pero claro, ese era el discurso de mi exmarido. No era solamente el discurso hacia mí, era el discurso a la familia, era el discurso hacia los abogados, este era el discurso. O sea, es: "a vos te está pasando esto" me decía con una seguridad académica. Me decían..., no sé cómo explicarte, una certeza. Pero y a todo el mundo, encima que vos decís "esto debe ser así", entonces vos creés en el discurso del otro. Pero este mal humor que yo te digo, que por eso es muy psicopateador, tenía que ver con una crisis de pareja que no se terminaba de asumir, ¿me entendés? [...] Lo que te quiero decir es que a esto lo podés entender después y casualmente vos fijate que el tema que se pone en la picota para no asumir otra cosa o el origen de determinadas situaciones dentro del contexto era que la mina tiene la menopausia, fijate que peso. Cuando te juntan un síntoma con un origen y vos no cuestionás el origen... ¿por qué? Porque culturalmente está instalado que es cierto que la menopausia es un trastorno. Estás trastornada y vos fijate la palabra trastorno ya..., este trastorno es un trastorno hormonal... entonces

el trastorno te trastorna, sos una pequeña trastornadita y bancátela así (Fitte, 2020 pág.130)

En este relato se observa un discurso que predominó a mediados de la década de 1960 cuando se realizó el lanzamiento comercial del uso de los estrógenos artificiales para tratar el síndrome climatérico. Este discurso impulsado por las industrias farmacéuticas y la biomedicina, sostenía que el climaterio era un periodo crítico en la vida de las mujeres, debido a los trastornos físicos y emocionales que se generaban por el desequilibrio hormonal. Se piensa a las hormonas como entidades capaces de producir y controlar conductas, y desestabilizadoras del estado de ánimo. Esto generó la conformación de representaciones sociales, estereotipos, sobre la mujer como desequilibrada, loca, sin control, sometiendo a las mujeres a diferentes tipos de violencias simbólicas y corporales (Fitte, 2020).

2.4 Tratamientos en el climaterio

Según Garibaldi (2018) la labor del profesional médico cuando se encuentra en una consulta con una mujer que están atravesando este proceso, es mantenerlas en una buena condición de salud, previniendo o tratando enfermedades crónicas, identificando y eliminando los factores de riesgo, para que de este modo pueda disfrutar de una buena calidad de vida. Hace foco en trabajar la prevención primaria como lo es el ejercicio físico, moderar el alcohol, regular la presión arterial, controlar los lípidos y la diabetes, entre otros. Acorde a su experiencia clínica muchas mujeres no precisan medicación ya que no presentan ninguna molestia y la transición les es inadvertida, mientras que otras experimentan una sintomatología severa y lo padecen, a ellas si no tienen ninguna contraindicación (enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama (Santoro et al., 2021) les recomienda el uso de hormonas (Garibaldi, 2018).

Dentro de los tratamientos ofrecidos en la consulta médica para el síndrome climatérico se encuentran los antihipertensivos, anticonvulsivantes, los antidepresivos y el tratamiento hormonal combinado (THM, estrógenos más progestágenos) (Acuña et al., 2018). Siendo este último el tratamiento predilecto ya que es el más efectivo en la reducción de los síntomas, como segunda línea de tratamiento están los antidepresivos, pasando a ser de primera línea en determinados casos de trastornos psicológicos (Bromberger, 2018). El tratamiento hormonal no está exento de riesgos (Bailón, 2004), esto genera que muchas mujeres que desean evitar riesgos o tengan contraindicaciones elijan otro tipo de tratamientos alternativos.

Aproximadamente el 51% de mujeres usan métodos alternativos para tratar el síndrome climatérico y más del 60% de esas mujeres lo percibe como efectivo, sin embargo no hay suficientes estudios científicos que sustenten estas prácticas. Entre estos métodos alternativos, se encuentran la utilización de productos naturales (yuyos, vitaminas, minerales, fitoestrógenos, extracto de polen, homeopatía, entre otros) (Jhonson et al., 2019).

Una de las terapias alternativas más conocidas para el síndrome climatérico son los fitoestrógenos, componentes que provienen de vegetales, entre ellos se destacan las Isoflavonas, se encuentran principalmente en la soja y sus derivados, así como en las legumbres. Presentan una acción estrogénica, similar a los estrógenos pero sin los efectos secundarios encontrados en las terapias hormonales (Ramos et.al, 2011).

Hay diferentes estudios que demuestran los beneficios de las isoflavonas a través de su consumo regular en la dieta, entre ellos la mejora en la actividad osteoblástica (Gonzalez et al., 2010), la disminución de los calores (Ferrari, 2009) y la mejoría de la atrofia urogenital (Abdi et al., 2021). Sin embargo, según Lopez et al., (2021) los fitoestrógenos son suplementos que no se sujetan a una regulación específica por lo que la respuesta de los pacientes ante su uso depende de que se cuente con la microbiota intestinal apropiada para metabolizarlos en compuestos activos.

Entre otros métodos alternativos se destacan la acupuntura y la aromaterapia (Jhonson et al., 2019). La acupuntura según Ospina (2009) es utilizada hace más de tres mil años como herramienta terapéutica, proviene de la medicina tradicional china. Consiste en la inserción de agujas en puntos específicos de la piel denominados puntos de acupuntura, estos se encuentran distribuidos en una serie de canales que forman redes en donde fluye la energía vital que se distribuye por todo el cuerpo. La aplicación de presión ayudaría a la restauración del equilibrio de esta energía, aliviando dolores y diferentes patologías (Ospina, 2009).

Se realizaron varios estudios respecto a la aplicación de la acupuntura para el tratamiento del síndrome climatérico, algunos con resultados prometedores respecto a la mejoría de síntomas como el sueño, la vivencia emocional y los calores (Lund, 2019) así como en la calidad de vida general de la mujer climatérica (Liu, 2018). Sin embargo otros estudios concluyen que no tiene un efecto significativo en la disminución de los síntomas (Reyna, 2021).

La aromaterapia o terapia de aceites esenciales, utiliza la esencia aromática de extractos naturales, por lo general de plantas, para tratar problemáticas psicológicas. Se cree que reduce el estrés y genera una mejoría en el estado de relajación lo que puede provocar una mejoría en el

síndrome climatérico (Jhonson et al., 2019). Un estudio realizado por Kazemzadeh et al., (2016) comprueba que el aroma esencial de lavanda genera la reducción de los calores en el climaterio. Asimismo, Chien et al., (2012) en su estudio sobre el efecto de este aceite esencial en el insomnio de mujeres atravesando esta etapa, concluyen que su utilización genera una mejoría en la problemática, por lo que considera que es una opción simple, no invasiva y segura.

No obstante, Jhonson et al., (2019) consideran que no hay consenso en la comunidad científica respecto a la utilidad de la aromaterapia y la acupuntura como tratamiento del síndrome climatérico y que se requieren más estudios para descubrir los mecanismos detrás de la eficacia de estos métodos alternativos.

Capítulo 3: El rol de la psicología y los servicios de salud en el climaterio

3.1 Atención en servicios de salud en el climaterio

La atención en salud, fue modificada a partir de la conferencia de Alma Ata en 1978. En la misma se presentó una estrategia para superar el MMH, el cual se centra en la enfermedad y su cura, implicando un gasto elevado en establecimientos y tecnologías para brindar tratamiento (Vignolo et al., 2011). Esta estrategia se llama Atención Primaria en Salud (APS de aquí en más) y fue definida como:

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (OMS,1978).

La APS, plantea un enfoque de la salud puesto en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para toda la población. La promoción entendida generalmente, según Leavell et al., (1976) como medidas que no están direccionadas a combatir la enfermedad sino que sirven para aumentar la salud y el bienestar en general (Czeresnia, 2008).

La promoción de la salud según la conferencia de Ottawa (1986) acorde a las palabras de Czeresnia (2008) proporciona a los individuos y a las comunidades los medios para que tengan un mayor control sobre su salud y de este modo poder mejorarla, implica entonces, la creación de ambientes y entornos saludables facilitando la participación social, la ciudadanía y un estilo de vida saludable. Esta participación favorece que la población se involucre en la creación de políticas públicas que afectarán su salud. Demandará un abordaje intersectorial de los problemas de salud (Czeresnia, 2008).

La prevención de la salud supone tomar acciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas o detener el avance y atenuar consecuencias de ya estar establecida, enfocada en el reconocimiento de los factores de riesgo para así poder reducir su incidencia y el predominio en la población mediante la recomendación de hábitos saludables (Czeresnia, 2008).

Según Vignolo et al., (2011) la prevención se divide en tres niveles, el primero con foco en la prohibición o disminución de la exposición de la persona al factor nocivo (factor de riesgo). La prevención secundaria, refiere al control de la incipiente enfermedad, implica un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, por lo que se buscará en sujetos aparentemente sanos la enfermedad por medio de exámenes ya que no hay signos visibles. La prevención terciaria, supone tomar acciones para la rehabilitación, minimizando el sufrimiento al perder la salud y reducir al máximo la recidiva de la enfermedad. Las acciones de prevención en sus niveles están distribuidas en todos los niveles de atención salud por lo que en el primer nivel de atención se pueden encontrar acciones de prevención primarias, secundarias como terciarias (Vignolo et al., 2011).

Este cambio implica la implementación de nuevas políticas públicas y un cambio en la conformación de los sistemas de salud. En Uruguay implicó la configuración del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS de aquí en adelante) en el año 2007 (SNIS, Ley 18.211). Este tiene una base en la estrategia de Atención Primaria en Salud con énfasis en el primer nivel de atención (Giambrino, 2007). Este nivel es el más cercano a la población y permite:

Resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz (Vignolo et al., 2011 pág 12).

Existen otros dos niveles, el segundo que refiere a la atención en hospitales donde se prestan servicios de medicina interna y se resuelven cerca del 10% de los problemas de salud mientras que el tercer y último nivel se reserva la atención para enfermedades complejas con necesidad de infraestructura y tecnología especializada, en este nivel se resuelven casi el 5% de las enfermedades de salud (Vignolo et al., 2011).

Las nuevas leyes que competen a la formación del SNIS abarcan conceptos de interdisciplinariedad, descentralización ejecutiva con eficiencia social y económico, así como un enfoque centrado en derechos del usuario, participación social, accesibilidad y perspectiva integrada de la salud (Giambrino, 2007).

Este enfoque centrado en derechos incluye la defensa al Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR de aquí en más), amparado en la ley n° 18.426, aprobada en el 2008 y reglamentada en el decreto n° 293/010 por el Ministerio de Salud Pública (MSP de aquí en más) en 2010. Este dictamina que todos los prestadores del SNIS deben contar con atención en Salud Sexual y Reproductiva de manera universal, integral e igualitaria. En relación al climaterio, se compromete a:

promover climaterios saludables desde la educación para la salud (...) dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital (artículo n° 3 y 4).

Con el fin de cumplir esta reglamentación, el MSP creó una Guía de Atención en Salud Sexual Reproductiva (2009) con un capítulo específico denominado "*Atención integral de la salud de la mujer en el climaterio para el primer nivel de atención y prevención de consecuencias evitables*". La guía está dirigida a todos los profesionales de la salud, de función pública o privada. Recomienda que los profesionales de la salud, bajo la dirección del licenciado en enfermería, provean actividades educativas e informativas grupales a las mujeres mayores de cuarenta años con folletería y charlas. Asimismo, si el personal no está capacitado, la institución debe encargarse de capacitarlo.

El temario propuesto es el siguiente:

Menopausia y climaterio. Mitos y realidades, importancia del estilo de vida y hábitos saludables en condiciones de hipoestrogenismo. Salud cardiovascular y salud ósea. Epidemiología y prevención del cáncer génito-mamario. Sexualidad en la etapa post-reproductiva. Desórdenes del sueño. Salud mental, autoestima y reconocimiento de su nuevo lugar en la familia, la sociedad y su nuevo proyecto de vida (pág 15).

El objetivo de la guía es que se utilice en los servicios de salud para revisar prácticas y fortalecer derechos de las usuarias, colmando el espacio ciego o de acción personal que se perpetúa en las prácticas del personal de la salud. De esta manera, que los profesionales asuman

un compromiso con el reconocimiento de la salud integral de las mujeres en esta etapa vital que hasta entonces no había sido considerado (MSP, 2009).

La perspectiva de género permite visualizar estos espacios ciegos provenientes de un modelo materno infantil, iniciado a mediados del siglo XX, el cual no se focaliza en la promoción y prevención de la salud sexual integral de la mujer sino en la reducción de la tasa de mortalidad materno infantil (Mujer y Salud en Uruguay, MYSU de aquí en más, 2008). En este sentido MYSU (2008) sostiene que el modelo materno infantil posibilitó:

(...) el descenso de los indicadores de mortalidad infantil y de la mortalidad materna, la captación temprana del embarazo y la atención institucional al parto. Sin embargo, el desarrollo e institucionalización de un modelo materno infantil sustentado en el binomio madre-hijo, en la visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud familiar (...) trajo aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque. Este es un aspecto que explica, junto a los otros, la tardía definición desde el Estado de políticas y programas de abordaje integral a la SSR. (Pág 15)

Es relación a la accesibilidad, categoría propuesta por el SNIS para los servicios de salud, Stolkner (2006) la divide en cuatro dimensiones, accesibilidad geográfica, en relación a la posibilidad de trasladarse hacia los centros de salud (condiciones físicas que permitan el movimiento, transporte), económica, involucrando poder pagar el costo del servicio (transporte, medicamentos, estudios entre otros), administrativa, vinculado a la organización del sistema y la sociocultural que refiere a cómo se percibe y se posicionan los profesionales y técnicos involucrados en la atención del centro. Si hay obstrucción en alguna de estas dimensiones se considera una barrera en la accesibilidad (Cano et al., 2014)

Con el fin de conocer el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, MYSU realizó encuestas entre los años 2008-2009 y 2010-2011, momento en que se aprobó la ley de SSR (2008) y su aplicación en el SNIS (2011). Los resultados fueron que para el período de 2008-2009, solo 24% de las mujeres declararon haber asistido al centro de salud por temáticas relacionadas a SSR, aumentando este porcentaje levemente para los años posteriores. MYSU considera que una posible interpretación de los datos es que las mujeres no saben que bajo el término SSR se incluye las prestaciones de salud que integra distintas dimensiones y componentes por lo que no lo demandan (2013).

La mayoría de las mujeres consulta en estos servicios por anticoncepción (37%), consultas referentes al embarazo y parto (31%) y prevención de cáncer cérvico-uterino (25%) (MYSU, 2013). Las consultas en relación a temas menos tradicionales, como el climaterio, no son frecuentes.

En 2012 MYSU realizó un estudio sobre las necesidades y demandas en SSR de las usuarias en los servicios de salud, uno de sus objetivos fue indagar acerca del acceso a información sobre el climaterio en estos servicios. Se realizó una encuesta en la cual el 22 % de las usuarias declara haber recibido información de esta temática mientras que el 79% declara no haberla recibido. En relación al material informativo (folletería) ofrecido en las consultas de servicios de salud otro estudio, realizado por la misma organización en el período de 2010-2011, concluyó que el 11% de las usuarias afirma haberlo recibido, sin embargo el 89% declara no haber recibido material (MYSU 2013).

Acorde a estos resultados, la organización no gubernamental considera que:

Ello puede responder, entre otros factores, a una estrategia insuficiente de promoción del derecho a la salud sexual y reproductiva desde las políticas públicas y en particular por parte de los servicios de salud, lo cual se puede ver reforzado con una actitud poco activa de los/as profesionales de la salud, en términos de brindar información a la población usuaria y de incorporar un enfoque integral en la atención (...) Los resultados obtenidos dan cuenta de los enormes desafíos planteados para garantizar el acceso universal a la atención en salud sexual y reproductiva. Si se analizan estos datos a la luz de los obtenidos con usuarias de salud pública en 2009, las variaciones son mínimas, lo cual hace pensar que la implementación de la Ley de Defensa del Derecho a la SSR en los servicios de salud del SNIS tiene un largo recorrido para transitar (MYSU, 2013, pág 48-50).

En este sentido, la OMS (2022) considera que en la mayoría de los países el acceso a información y a la atención en salud en ésta etapa vital es deficiente, suele ser un tema silenciado en todos los ámbitos que se encuentra la mujer, su familia, trabajo, comunidades entre otros. Al no acceder a información no saben que los síntomas que pueden estar experimentando se asocian al climaterio y no solicitan, ni saben que existe asesoramiento y tratamiento para los mismos.

La barrera del acceso sociocultural que implica el que los actores brinden información certera sin juicios morales y desde la promoción de los derechos de SSR, refiere a varios elementos, entre ellos, según Alejandra López y Elina Carril (2010) en la práctica de los

profesionales de la salud se mezcla el juicio moral con el clínico en la toma de decisiones asistenciales que hará cada profesional, hay un deslizamiento de lo técnico a lo moral, al atender mujeres, sobretodo en caso de embarazo no deseado y aborto.

En correspondencia, Herrera (2010) citada por Bilma (2010) reflexiona acerca de que el discurso médico combina varios discursos, entre ellos el de género, de discriminación étnica, de exclusión social. Habrá entonces, una mezcla entre el enfoque técnico-científico y el moral que juzga el comportamiento de las usuarias, que desconfía de ellas y de que no cumplen con sus orientaciones.

En este sentido, según Echenagusia (2011) los profesionales están informados sobre la ley de SSR pero pocos la conocen detalladamente, y que desde las instituciones no suelen realizarse capacitaciones en los derechos sexuales y reproductivos, lo que deja al azar o voluntad del profesional que se informe acerca de la temática.

3.2 Rol de la psicología en el climaterio

Según Piña et al., (2006) el rol del psicólogo en el campo de la salud es transferir a otros profesionales o técnicos que trabajan en la salud, enfermeros, trabajadores sociales entre otros o a los usuarios de los servicios de la salud, conocimientos específicos del área de psicología traducidos a un lenguaje de interfase. Por lo tanto, el psicólogo asumirá el rol de educador, capaz de identificar la dimensión individualizada de los problemas sociales y su evaluación. Será capaz de enseñar al equipo de trabajo a seleccionar y adaptar procedimientos y técnicas para propiciar los cambios deseados en el comportamiento del sujeto, y de esta manera potenciar la salud o la recuperación de la misma una vez que se perdió.

Desde la APS el trabajo del psicólogo se enfocará en intervenciones que pretendan centrarse en los aspectos sanos y resilientes del sujeto o núcleo jerarquizando los potenciales del mismo y posicionando al sujeto como un ciudadano de derechos que participa activamente en su proceso de salud-enfermedad. El encuadre tiene que ser flexible, permitiendo habitar diferentes espacios que no sean solo un consultorio, así como el trabajo interdisciplinario con diferentes profesionales, técnicos y parte de la comunidad (Rydel et al, 2022).

La implementación del SNIS implicó cambios también en la atención en salud mental, generando un Plan de Prestaciones en salud mental en el año 2011 (Decreto 305/011, MSP),

seguido por la Ley 19.529 de Salud mental en 2017 (Decreto N° 226/018) y el Plan Nacional de Salud Mental del Uruguay en 2020 (PNSM, MSP 2020-2027) que hace parte de la reglamentación de esta ley (Rydel et al., 2022).

Según Rydel et al., (2022) este cambio que puso foco en la APS por lo tanto en el Primer Nivel de Salud, favoreció la inserción de los psicólogos, así como en el diseño y la aplicación de políticas en salud. Afirma que la tarea de los psicólogos en los Centros de Salud Pública, así como en espacios de referencia barrial como centros educativos, clubes de niños, plazas, han sido llevar a cabo talleres de diversas temáticas relacionadas a la salud como lo son el suicidio, duelo, ansiedad, estrés, consumo de sustancia, prevención de enfermedades crónicas, entre otras.

Asimismo, el psicólogo se dedicará a desarrollar grupos de psicoeducación en salud con padres, adolescentes o adultos mayores relacionados. El psicólogo en este primer nivel de atención se encargará de tareas de promoción y prevención, en intervenciones interdisciplinarias así como atender consultas psicológicas (Rydel et al., 2022).

Sin embargo, según Cano et al., (2014) considera que hay una discrepancia en la legislación y la accesibilidad en salud mental ya que:

En perspectiva histórica, la existencia de los equipos en salud mental de ASSE en Montevideo y el interior ha significado sin dudas un importante paso de descentralización de servicios de atención en salud mental, necesario para el acceso de la población de nuestro país a sus derechos de cobertura en salud. Necesario, más no suficiente. El desarrollo pleno de un modelo basado en el primer nivel de atención (propuesto como meta del SNIS) requiere, para el caso de la salud mental dentro de una concepción de salud integral, de una resignificación y diversificación de las estrategias y dispositivos de intervención. En otras palabras, no es lo mismo la descentralización de servicios que el cambio en el modelo de atención. La descentralización (dimensión geográfica de la accesibilidad) no implica en sí misma un cambio de modelo. Sin la aplicación adecuada de políticas de primer nivel en salud mental se tiende a una reproducción del modelo asistencialista hospitalo-médico-céntrico de atención (pág 71).

Cano et al., (2014) plantean en los centros de salud de Montevideo, en específico el Centro de Salud de Jardines del Hipódromo que es donde se realizó su investigación, se observa que los equipos de salud mental, con frecuencia están conformados solo de psiquiatras, sin participación en actividades de promoción y sin espacios de atención en policlínicas periféricas.

No hay talleres, ni consultas espontáneas, sino listas de espera, las descompensaciones que pueden ser prevenidas terminan siendo derivadas al Vilardebó. Esto genera que desde el centro haya una demanda de consultorios y técnicos pero que esto no logre trascender el paradigma de atención individual en el consultorio (lógica asistencialista y del MMH).

En relación a la inserción de los psicólogos en los servicios de SSR del SNIS, la ley de SSR establece que los prestadores de salud, públicos o privados, deben de contar con un equipo de referencia multidisciplinario que necesariamente ha de incluir un ginecólogo, un psicólogo y una obstetra/partera, posteriormente con la implementación de la Ley de Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) (Ley N° 18987, 2012) los equipos de SSR, quedaron modificados al añadirse la presencia del trabajador social (MYSU, 2017). Estos servicios según un estudio de MYSU (2017) por lo general funcionan como atención directa y no como equipo de referencia integral, trabajan usualmente con espacio adolescente, y consultas respecto a anticoncepción e IVE.

La prioridad en salud mental está puesta en la promoción de salud y prevención, prioritariamente en temáticas de trastornos mentales severos, suicidio y uso problemático de sustancias (PNSM, MSP, 2020-2027) por lo que las temáticas relacionadas a los derechos de SSR no son las que reciben mayor promoción.

En relación al climaterio, según Legorreta (2007) el psicólogo debe estar capacitado para reconocer que síntomas psicológicos se pueden presentar en el síndrome climatérico para poder realizar un diagnóstico diferencial de otras patologías. Debe de trabajar en la difusión, en los ámbitos que se encuentre inserto, con colegas y a la población destinataria, de que uno de los problemas que incrementan los síntomas del climaterio se debe al estrés adicional ocasionado por ignorar su origen (laboral, vincular, entre otros), también se dedicará a:

ofrecer la información adecuada para enfrentar de manera positiva esta etapa, eliminar los prejuicios e ideas erróneas acerca de la misma y permitir con ello a quien la atraviesa realizar los cambios y ajustes que le permitan tener la mejor calidad de vida a partir de ese momento (pág 49).

Dentro de estos prejuicios sobre el climaterio se pueden encontrar creencias como: ya no tendré más relaciones sexuales, en la premenopausia no puedo tener hijos, tendré problemas cardiovasculares, de salud mental graves, cancer ginecológico y osteoporosis, necesitare tomar hormonas, ya no soy atractiva, ya estoy vieja, entre otros (Ortí, 2022). Estos prejuicios se asocian a la falta del acceso a información y a la silenciación de esta etapa vital de la mujer en todos sus ámbitos (OMS, 2022). Las creencias están atravesadas por los estereotipos de género que

enuncian que la mujer solo es productiva y atractiva cuando se encuentra en etapa reproductiva, así como por el discurso MMH, en donde la medicalización y psicopatologización del cuerpo de la mujer, enuncia que las alteraciones hormonales generan trastornos en las mujeres y que necesitan de medicación para controlarlo (Del Río Pedraza, 2022).

En este sentido, el rol del psicólogo en psicoterapia, mediante técnicas cognitivo-conductuales:

ofrece a la mujer la posibilidad de modificar ideas, creencias y conductas erróneas, así como rescatar una sensación de valor personal, rumbo claro y sentido para su vida a partir del climaterio. En lo que se refiere a la vida en pareja y/o familiar, el trabajo psicoterapéutico familiar y del sexólogo resultan de gran valor cuando estas áreas de vida requieren la intervención del especialista (Legorreta, 2007, pág 50).

En referencia a esto, se encontró literatura, proveniente mayoritariamente de Estados Unidos y Europa, que destaca los los beneficios de la terapia cognitivo conductual (TCC)¹ en específico la técnica de mindfulness (atención plena), con ejercicios de respiración consciente y psicoeducación, en el tratamiento del síndrome climatérico (Jhonson et al., 2019). Los estudios demuestran que la TCC reduce los síntomas vasomotores en intensidad (Hunter, 2021) así como mejoraría en la calidad del sueño y el humor en esta etapa (Mann, 2012) (Cardona et. al., 2023).

Otro estudio relevante, es un estudio grupal realizado por Perandones et al., (2011) en el cual aplicación de TCC evidenció la mejora en la respuesta sexual en la mujer (aumento de excitación, lubricación, disminución del dolor y satisfacción sexual global) y también la mejoría en la calidad de vida de la pareja. La terapia también está recomendada para casos en los cuales la etapa del climaterio se acompaña de psicopatologías como trastornos de ansiedad y depresión. Es la primera línea de tratamiento conjunto al tratamiento farmacológico de antidepresivos, el tratamiento hormonal no es la primera línea para tratar la depresión o la ansiedad en este periodo, no obstante, puede ser recomendado en determinados casos, como cuando se acompaña de sintomatología física clínicamente significativa (Maki et al., 2018).

Respecto al abordaje del climaterio desde la estrategia de APS, se observa que a nivel internacional (OMS, 2022) y nacional (MSP, 2009) se considera esta estrategia en las políticas públicas dirigidas a la población general y a los trabajadores del sistema de salud. Sin embargo, el rol de la salud mental y del psicólogo en esta temática parece estar desdibujado, no se encuentran lineamientos específicos ni estudios en relación al abordaje desde dicha estrategia.

¹ Se encontraron estudios que demuestran los beneficios de otras corrientes de psicología en el síndrome climatérico, como lo es la psicodinámica (Aldana, 2007), pero estos son menores en cantidad.

Se considera que el acceso a información es primordial para el cambio de paradigma en relación a la temática, lo cual influye directamente en la vivencia de las mujeres. El psicólogo como profesional de la salud mental, desde la APS con foco en la promoción y prevención de salud, puede trabajar los aspectos psicoemocionales del climaterio, los hábitos saludables como las conductas de riesgo, así como los prejuicios y tabúes en relación a la temática. Este trabajo se puede dar en centros educativos y barriales, por medio de talleres, así como en policlínicas, consultas y también dentro del equipo de salud.

De requerirse un tratamiento de salud mental, se pueden ofrecer tratamientos terapéuticos a nivel individual y a nivel grupal, dado que esta es una etapa que suele ser atravesada en soledad por las mujeres y la grupalidad puede ser una respuesta donde se compartan vivencias y se sientan entendidas por pares.

Conclusiones

La psicología de la salud permite pensar al climaterio como un periodo, una etapa vital en la vida de la mujer, influenciado por el contexto sociocultural y la etapa histórica en la que se viva. Habilita a pensar el climaterio como un proceso multifactorial en donde se generan grandes cambios en todas las áreas de la vida de la mujer, no solo el área corporal y hormonal sino la familiar, laboral, sexual, entre otras. Estos cambios requerirán una reconfiguración psíquica de adaptación a esta etapa y la configuración de un nuevo proyecto de vida o la reorganización de los que ya estaban presentes. Evidenciando la necesidad de un abordaje interdisciplinario para promover climaterios saludables.

Entenderá al climaterio desde la complejidad que implica, conjunto a la perspectiva de género permitirá visualizar que en occidente el climaterio, así como todos los eventos reproductivos de la mujer, han sido construidos socio históricamente como procesos que requieren de intervención médica (medicalización del cuerpo de la mujer).

Estos sesgos enuncian que sus hormonas la hacen inestable, el contexto que la atraviesa no se considera sino que su cuerpo es el problema. Indiscutiblemente, los efectos de los cambios hormonales en esta etapa vital se reflejan en el síndrome climatérico. No obstante, estudios respaldan el impacto negativo que genera el estrés en la sintomatología (Couto, et al., 2014), estrés generado por la interpretación de la vivencia así como estrés por situaciones vinculares, laborales, entre otras, que jugará un rol importante en la exacerbación del síndrome.

En este sentido, la aparición del síndrome climatérico, presente en la mayoría de las mujeres en mayor o menor medida, está ligada a la interpretación de la vivencia que tienen las mujeres sobre este proceso, esto está influenciado por el paradigma vigente del momento histórico y por la cultura (proceso de subjetivación). Investigaciones evidencian que las vivencias de las mujeres de occidente difieren de las mujeres de oriente, las primeras lo vivencian con malestar producto de los mandatos de género que enuncian que la mujer ha de ser bella, joven y en edad reproductiva para ser útil y feliz, mientras que en oriente se vivencia con menos sintomatología porque eso significa que ya llegó a una etapa de sabiduría (García, 2017).

Es inminente un cambio cultural en lo referente a las representaciones sociales que hay en relación al climaterio, derribando mitos y prejuicios, brindando información valedera para que haya una real garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Asegurando que las mujeres puedan acceder a información y a un tratamiento integral de requerirlo. La *Guía de Atención en Salud*

Sexual Reproductiva (MSP, 2009) establece que esta información ha de ser proporcionada desde los centros de salud. Sin embargo, no suele brindarse y los profesionales de salud suelen actuar desde una visión limitada y sesgada de la problemática, obturando una atención integral (MYSU, 2013).

Surge cuestionarse cómo hacer para derribar la barrera cultural, generada por el silenciamiento y tabú de esta etapa en todos los ámbitos que se encuentra la mujer. Abarcando a la familia, comunidad y los centros de salud, lo que desencadena que las mujeres no consulten en busca de ayuda, por falta de conocimiento o por normalización del malestar, y de asistir, reciban intervenciones sesgadas.

No se busca dar respuestas universales sino abrir a la reflexión. Se concuerda con López y Carril (2010) en relación a la necesidad de seguir trabajando en la realización de cambios a nivel cultural, ligados a la equidad de género y la deconstrucción de roles de género que perpetúan mecanismos de desigualdad en el sistema de salud. En este sentido, se considera el acceso a información fiable como primordial para contrarrestar esta situación.

Se propone la realización de afiches, talleres y videos de sensibilización sobre el climaterio a modo de promoción y prevención en salud. Brindando con lenguaje coloquial, información valedera, mitos y prejuicios y comunicando los derechos que las mujeres disponen a toda la población. Utilizando como herramienta de difusión las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), en específico las redes sociales y plataformas virtuales.

Esta elección, se debe a considerar que en la actualidad las TIC permiten alcanzar y brindar información a mayor cantidad de población, disminuyendo la barrera geográfica, económica y sociocultural. La propuesta se puede llevar a cabo, autogestivamente en primera instancia, por un equipo interdisciplinario de profesionales y/o estudiantes interesados en la temática (psicólogos, trabajadores sociales, ginecólogos, lic. comunicación). Asimismo, el abordaje en red con diferentes organizaciones e instituciones abocadas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres sería enriquecedor.

Se espera que el acceso a información contribuya al cambio en las representaciones negativas en relación al climaterio, impactando en la vivencia de las mujeres positivamente. De igual modo, que el conocimiento de esta etapa vital propicie la consulta preventiva y de necesitar tratamiento y así elegirlo, poder solicitarlo y acceder a un tratamiento humanizado e integral.

Referencias bibliográficas:

- Abdi, F., Rahnemai, F. A., Roozbeh, N., & Pakzad, R. (2021). Impact of phytoestrogens on treatment of urogenital menopause symptoms: A systematic review of randomized clinical trials. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 261, 222–235. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.03.039>
- Aldana C., Gómez L., Morales C., (2007) Síntomas psicológicos en un grupo de mujeres en etapa del climaterio, antes y después de un proceso psicoterapéutico. *Ginecol Obstet Mex.*, 75(05):268-276. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom075f.pdf>
- Alva , M. (2019). Representación simbólica de la menopausia, subjetividad y sexualidad. *Cuicuilco. Revista de ciencias antropológicas*, 26(76), 85-105. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84882019000300085&lng=es&tlng=es.
- Bailón E. (2004). ¿Se debe tratar la menopausia? [Should the menopause be treated?]. *Atención primaria*, 33(4), 203–208. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)79395-6](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(04)79395-6)
- Bilma L., (2010) Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate. En *Poder médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina Avances y desafíos en la investigación regional* Castro, R., López A., https://www.researchgate.net/profile/Alejandra-Lopez-Gomez-2/publication/277716354_LIBRO_PODER_MEDICO_Y_CIUADANIA/links/557196fd08ae6d917bc4e47e/LIBRO-PODER-MEDICO-Y-CIUADANIA.pdf
- Bochino S. (2005) Aspectos psiconeuroendocrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. Trastornos depresivos y cognitivos. Aspectos clínicos y terapéuticos. *Rev Psiquiatr Urug*.Nro 70(1):66-79. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/jul2006/07_emc.pdf
- Botell L., Quintana M., Tania Y, Oviedo, Y. (1997). Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(5), 494-503. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000500014&lng=es&tlng=es

- Bromberger, J., & Epperson, C., (2018). Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(4), 663–678. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.007>
- Bru, G (2022) Medicalización, salud mental y género: perspectivas sobre el uso de psicofármacos por mujeres (Argentina). *Revista Katálysis* 25(3),611-620. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e85167>
- Cano, A., Evia, V., Apud, I.,. (2014). Modelos de atención y condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental. Estudio de caso en un servicio de Montevideo, Uruguay. *Revista diaLogos* (Universidad de San Luis, Argentina). Vol. 4, Nº2. 65-73. <https://pim.udelar.edu.uy/portal/wp-content/uploads/sites/14/2017/04/Modelos-de-atenci%C3%B3n-y-condiciones-de-accesibilidad-a-los-servicios-de-salud-mental.-Estudio-de-caso-de-un-servicio-en-Montevideo-Uruguay.pdf>
- Carmona, N. E., Millett, G. E., Green, S. M., & Carney, C. E. (2023). Cognitive-behavioral, behavioural and mindfulness-based therapies for insomnia in menopause. *Behavioral sleep medicine*, 21(4), 488–499. <https://doi.org/10.1080/15402002.2022.2109640>
- Carvajal, A., Flores, M., Marin S., Morales, C., (2016) Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia, Vol. 30. Núm. 1. 39-45 *Perinatología y Reproducción Humana*, <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.003>.
- Chien, L. W., Cheng, S. L., & Liu, C. F. (2012). The effect of lavender aromatherapy on autonomic nervous system in midlife women with insomnia. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2012, 740813. <https://doi.org/10.1155/2012/740813>
- Chinchilla-Badilla, I., & Castillo-Vargas , A. (2013). Conceptos e historia del cese menstrual: un acercamiento género sensitivo. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(2),215-236. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748718007>
- Costa, V. B. S., Bulhões, C. de S. G., & Nagashima, A. M. S. (2020). “Quando os pássaros voam”: a família em momento de “ninho vazio”. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 10, e41. <https://doi.org/10.5902/2179769236601>
- Couto, D., Nápoles, D., (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *MEDISAN*, 18(10), 1409-1418.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es&lng=es.

Czeresnia, D (2008). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D Czeresnia y C Machado de Freitas (org). *Promoción de la Salud*. https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia__dina__el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenicion_y_promocion__CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf.

Del Olmo, M. (2005). Prejuicios y estereotipos: un replanteamiento de su uso y utilidad copio mecanismos sociales. *Revista de educación XXI*. 13-23. <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1957/b15162084.pdf>

del Río-Pedraza, C. (2022). La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 55-73. Epub 18 de julio de 2022. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100004>

Dubourdieu, M. & Nasi, M.L. (2017) *Cáncer y Psico-Neuro-Inmunología*. B.Aires: Nativa.

Echenagusia, I. (2011.). *Un análisis de la implementación de la Ley 18.426. Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Desafíos para el Trabajo Social*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8974>

EGAÑA, A. (2013) *Edad de menopausia y climaterio en muestras de mujeres uruguayas: sintomatología y factores biosociales asociados*. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Udelar. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/6400>

Espitia De La Hoz, F., & Orozco-Gallego, H., (2018). Fisiopatología del trastorno del deseo sexual en el climaterio. *Revista Médica de Risaralda*, 24(1), 58-60. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100010&lng=en&tlng=es.

Ferrari A. (2009). Soy extract phytoestrogens with high dose of isoflavones for menopausal symptoms. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 35(6), 1083–1090. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2009.01058.x>

Fitte, A. (2020). De los “desequilibrios hormonales” a “desequilibrios emocionales”: la construcción de una dimensión psi en la biomedicalización de la menopausia. *TECNOLOGÍAS Y*

TÉCNICAS EN INVESTIGACIONES SOCIOANTROPOLÓGICAS DE LA SALUD, 129.
https://issuu.com/cieseditora/docs/tecnologias_y_tecnicas-del_monaco-epele/s/11108077

Flores, G. E., Campo, C. I., Marchisio, S. A., & Yuli, M. E. (2008). Un abordaje de la problemática del climaterio. Algunas consideraciones en relación a la incidencia del vínculo madre-hija en la modalidad de transitar esta turbulenta experiencia emocional. *Fundamentos en Humanidades*, IX(17),235-251. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18417112>

Foucault M., (1976) *Historia de la Sexualidad 1, La voluntad del Saber*. Siglo veintiuno editores, s.a. de c.v. <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/681-4.pdf>

García, E. M. (2017). La(s) menopausia(s). Simbologías y sintomatologías culturales. *FEMERIS: Revista Multidisciplinar De Estudios De Género*, 2(2), 223-231. <https://doi.org/10.20318/femeris.2017.3768>

García, S. (2020). La teoría crítica feminista como correctivo epistémico en psicología. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 117-150. <https://doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.4843>

Garibaldi (2018) Particular historia de las terapias hormonales de la menopausia. Una experiencia vivida. En, *Manejo actualizado del Climaterio-Menopausia: aportando a la calidad de vida de la mujer en edad media*. Acuña, L. <http://www.sociedadclimaterio.cl/wp-content/uploads/2022/05/Manejo-actualizado-del-climaterio-2022.pdf>

Giambruno, Gonzalo. (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 78(2), 91-92. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492007000200001&lng=es&tlng=es.

Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 454-461. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10734.pdf>

González Rey, F (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas*, 4(2), 225-243. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982008000200002&lng=pt&tlng=es.

González, E., Cañadas de la Fuente, G., Fernández, R., Álvarez, J., & González, C.,. (2010). Fitoesgrógenos y sus efectos sobre la Osteoporosis en la Mujer Posmenopáusica. *Revista*

Clínica de Medicina de Familia, 3(3), 201-205.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300008&lng=es&tlng=es.

Gutiérrez, S. (2022) *¿Qué es la foliculogénesis y cuáles son sus etapas?* Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/foliculogenesis/>

Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2)
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&tlng=es.

Hidalgo A., González-García M., González-Rodríguez S., & Bordallo J., (2022). En torno al concepto de salud y enfermedad. Un diálogo entre la medicina, la literatura y la filosofía. *Revista de Medicina y Cine / Journal of Medicine and Movies*, 18(4), 377–390.
<https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.14201/rmc.30624>

Hunter M. S. (2021). Cognitive behavioral therapy for menopausal symptoms. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*, 24(1), 51–56.
<https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1777965>

Jiménez, A., Torres M.,. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(2), 51-58.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lng=es&tlng=es.

Johnson, A., Roberts, L., & Elkins, G. (2019). Complementary and Alternative Medicine for Menopause. *Journal of evidence-based integrative medicine*, 24, 2515690X19829380.
<https://doi.org/10.1177/2515690X19829380>

Kazemzadeh, R., Nikjou, R., Rostamnegad, M., & Norouzi, H. (2016). Effect of lavender aromatherapy on menopause hot flushing: A crossover randomized clinical trial. *Journal of the Chinese Medical Association : JCMA*, 79(9), 489–492.
<https://doi.org/10.1016/j.jcma.2016.01.020>

Lagarde, M., (1996) Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, *Ed. horas y HORAS, España,* pp. 13-38.
https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf

- Lamas, M (2013) *El género: la construcción de la diferencia sexual*. Ed MA Porrúa. <https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/El%20genero.%20La%20construccion%20cultural%20de%20la%20diferencia%20sexual.pdf>
- Larroca, P (2013) *Climaterio e influencias socio-culturales. Percepción y significado del climaterio en mujeres argentinas residentes en la Zona Norte del Gran Buenos Aires*. Tesis Doctoral. Universidad de Palermo. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10226/1724>
- Larrosa, M., Tejada , R., & Martorell, M. A. (2020). Influencia de la cultura en la menopausia: revisión de literatura. *Cultura de Los Cuidados*, 24(56), 211–222. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.14198/cuid.2020.56.15>
- Legorreta, D., (2007) La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. *Av. Psicol. Latinoam*, v. 25, n. 1, p. 44-51, <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100005&lng=en&nrm=iso>.
- Lemos, K. (2013). *Representaciones sociales de los jóvenes acerca de la vejez*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales.
- Liu, Z., Ai, Y., Wang, W., Zhou, K., He, L., Dong, G., Fang, J., Fu, W., Su, T., Wang, J., Wang, R., Yang, J., Yue, Z., Zang, Z., Zhang, W., Zhou, Z., Xu, H., Wang, Y., Liu, Y., Zhou, J., Liu, B. (2018). Acupuncture for symptoms in menopause transition: a randomized controlled trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 219(4), 373.e1–373.e10. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.019>
- López A., Carril E., (2010) Aborto en Uruguay: tensiones y conflictos de los proveedores de salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En: Castro, R., López A., *Poder médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina Avances y desafíos en la investigación regional* (pp.27-48) -https://www.researchgate.net/profile/Alejandra-Lopez-Gomez-2/publication/277716354_LIBRO_PODER_MEDICO_Y_CIUADANIA/links/557196fd08ae6d917bc4e47e/LIBRO-PODER-MEDICO-Y-CIUADANIA.pdf
- López Schwedt, M. (2014). *Las políticas de salud sexual y reproductiva en el Uruguay, desde una perspectiva de equidad de género*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología.
- López, N., López, C., Pérez A., Arce, L., Alonso L., Castillo, J., Martínez, N., Malanco, L., & Valle, Y. (2021). Bioidentical hormones and phytoestrogens. *Revista Mexicana de Endocrinología*,

- Lund, K. S., Siersma, V., Brodersen, J., & Waldorff, F. B. (2019). Efficacy of a standardised acupuncture approach for women with bothersome menopausal symptoms: a pragmatic randomised study in primary care (the ACOM study). *BMJ open*, 9(1), e023637. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023637>
- Macri, M., Sosa, A., (2009) *Salud pública y determinantes de la salud*. En Benia, W. (coord). Temas de Salud Pública. Tomo 2. (47-63) Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Maki, P., Kornstein, S., Joffe, H., Bromberger, J., Freeman, E., Athappilly, G., Bobo, W., Rubin, L., Koleva, H., Cohen, L., Soares, C., & Board of Trustees for The North American Menopause Society (NAMS) and the Women and Mood Disorders Task Force of the National Network of Depression Centers (2018). Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Menopause (New York, N.Y.)*, 25(10), 1069–1085. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001174>
- Mann, E., Smith, M. J., Hellier, J., Balabanovic, J. A., Hamed, H., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2012). Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. *The Lancet. Oncology*, 13(3), 309–318. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70364-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70364-3)
- Mazariego, S., Hernández S., Mejía A., Martínez A., (2016) *Factores Biopsicosociales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en mujeres que consultan en UCSF el rosario*. Tesis de grado Universidad del Salvador. <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16048/1/Factores%20biopsicosociales%20que%20afectan%20la%20calidad%20de%20vida%20durante%20el%20climaterio%20en%20mujeres%20que%20consultan%20en%20UCSF%20El%20Rosario%2C%20Cuscatl%C3%A1n%20Junio%20a%20Julio%20del%20a%C3%B1o%202016.pdf>
- Menéndez, E (1998) Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, N°. 51 (Octubre), 1998, 17-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>
- Mujer y Salud en Uruguay (2013) *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas*. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012 Montevideo: MYSU. <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe-Observatorio-20131.pdf>

- Mujer y Salud en Uruguay (2017) *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país. Sistematización de resultados* Estudios Observatorio MYSU 2013-2017. Montevideo: MYSU https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2017/11/Informe-Observatorio-2017_10de19_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1978) *Declaración de Alma Ata*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2022) *Menopausia* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- Ospina, N., (2009) Introducción a la acupuntura. Fundamentos e interés para el médico de Atención Primaria, *SEMERGEN - Medicina de Familia*, Volume 35, Issue 8, 380-384,
- Ortí, M., (22 de marzo de 2022) *Diez mitos sobre la menopausia*. SOM Salud Mental 360. <https://www.som360.org/es/monografico/mujer-salud-mental/blog/diez-mitos-sobre-menopausia>
- Parra, O. (2009) El derecho a la salud desde la perspectiva de género y de los derechos de las mujeres. En: Instituto Interamericano de Derechos Humanos (Ed) *Interpretación de los principios de igualdad y no discriminación para los derechos humanos de las mujeres en los instrumentos del Sistema Interamericano*, San José, IIDH, pp. 145-166. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/a22089.pdf>
- Perandones, M., & Larroy, C. (2011). Intervención grupal para la mejora de la respuesta sexual y la calidad de vida de mujeres en climaterio : un estudio piloto. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 16(3), 159–168. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10359>
- Piña, J., & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Universitas Psychologica*, 5(3),669-679. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750319>
- Piña, J., & Rivera, B., (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-680. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300019&lng=pt&tlng=es.

- Ramos, L., Díaz H., (2011) Fitoestrógenos. Una alternativa en terapia de reemplazo hormonal. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Vol. 8, N°. págs. 84-89
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5568067>
- Reyna E., Mejía J., Reyna N., Torres D., y Fernández A., (2021). Acupuntura en el control de los síntomas de la menopausia. *Revista Repertorio de Medicina Y Cirugía*, 31(1), 58–62.
<https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1037>
- Rocha, T. E. (2009). Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2).
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28412891006.pdf>
- Romero, I., Monterrosa Á., & Paternina, Á., (2010). Menopausia y etnias/razas: ¿hay diferencias en la presentación de los síntomas?. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(4), 319-328.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342010000400005&lng=en&tlng=es.
- Rydel, D., Dogmanas, D., Casal, P., & Hidalgo, L., (2022). El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: desafíos para Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(1), 129-154. <https://doi.org/10.26864/pcs.v12n.1.6>
- Sánchez, O., Santos R., González C., , Fagundo E., Alejandro E., Carmona de la Morena, G., Rodríguez J., Campo J., Díez J., Vallés M., Gómez, T.,. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es&tlng=es.
- Santoro, N., Roeca C., Peters B., Neal-Perry, G., The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 106, Issue 1, January 2021, Pages 1–15, <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>
- Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: Physiology and symptoms. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 81, 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.003>
- Tandon, V. R., Sharma, S., Mahajan, A., Mahajan, A., & Tandon, A. (2022). Menopause and Sleep Disorders. *Journal of mid-life health*, 13(1), 26–33. https://doi.org/10.4103/jmh.jmh_18_22

- Tubet, S. (2001) *Deseo y representación, convergencia de psicoanálisis y teoría feminista*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_13_1_e5.pdf
- Turchi, G, & Fortuna, D. (2018). *Psicología de la salud. Del modelo bio-psico-social al modelo dialógico*. Editorial Brujas.
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2009) Atención integral de la salud de la mujer en climaterio para el primer nivel de atención y prevención de consecuencias evitables. En: Guías en salud sexual y reproductiva
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Guia%20Atencion%20de%20la%20Mujer%20en%20Climaterio%202009.pdf>
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2020-2027) Plan Nacional de Salud Mental
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado%20(1).pdf)
- Uruguay, Poder Legislativo (2007) Ley N° 18211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Publicado en Diario Oficial con fecha 13/12/2007
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Uruguay, Poder Legislativo (2008) Ley N°18426. Defensa de la salud sexual y reproductiva. Publicado en Diario Oficial con fecha en 10/12/2008
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Uruguay, Poder Legislativo (2012) Ley N° 18987 Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Publicado en Diario Oficial con fecha 30/10/2012
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>
- Uruguay, Poder Legislativo (2017) Ley N° 19529 de Salud Mental. Publicado en Diario Oficial con fecha 19/09/2017 <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A., (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.
- Vivian, J., & Hickey, M. (2014). Menopause and depression: is there a link?. *Maturitas*, 79(2), 142–146. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.014>