

# Actualización clínica y abordaje integral de los síntomas de la menopausia para profesionales sanitarios

Clinical update and comprehensive approach to menopausal symptoms for healthcare professionals

Jorgelina Barrios-De Tomasi<sup>1a</sup>, María Verónica de los Ángeles Pacheco-Chan<sup>2b</sup>

## Resumen

La menopausia es una etapa fisiológica en la vida de la mujer caracterizada por el cese permanente de la menstruación y la disminución de la función ovárica, lo que conlleva una serie de cambios hormonales responsables de síntomas vasomotores, genitourinarios, psicológicos, cognitivos y sexuales. Dada la creciente esperanza de vida en México, las mujeres viven un periodo significativo en estado posmenopáusico, lo que implica retos clínicos y de salud pública para los profesionales de salud reproductiva. Esta revisión ofrece una actualización clínica de la fisiopatología y la sintomatología de la menopausia, así como un abordaje integral que incluye estrategias terapéuticas y de acompañamiento psicosocial. Enfatizamos la importancia de la evaluación individualizada, la educación de la paciente y la integración de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar de las mujeres en esta etapa. El artículo proporciona herramientas prácticas y recomendaciones basadas en la evidencia para el profesional de la salud, además de que promueve una atención multidisciplinaria y centrada en la paciente.

## Abstract

Menopause is a physiological stage in a woman's life characterized by the permanent cessation of menstruation and decreased ovarian function, which leads to hormonal changes responsible for vasomotor, genitourinary, psychological, cognitive, and sexual symptoms. Given the increasing life expectancy in Mexico, women spend a substantial period in the postmenopausal state, posing clinical and public health challenges for reproductive health professionals. This review provides a clinical update on the pathophysiology and symptomatology of menopause, as well as a comprehensive approach that includes therapeutic and psychosocial support strategies. Emphasis is placed on the importance of individualized assessment, patient education, and the integration of pharmacological and nonpharmacological interventions, with the aim of improving quality of life and wellbeing for women during this stage. The article offers practical tools and evidence-based recommendations for health professionals, promoting multidisciplinary, patientcentered care.

<sup>1</sup>Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, División de Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias Médicas. Chetumal, Quintana Roo, México

<sup>2</sup>Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, División de Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la Enfermería. Chetumal, Quintana Roo, México

ORCID: 0000-0002-4626-615X<sup>a</sup>, 0000-0003-4827-3158<sup>b</sup>

**Palabras clave**  
Menopausia  
Salud de la Mujer  
Educación en Salud

**Keywords**  
Menopause  
Women's Health  
Health Education

**Fecha de recibido:** 20/08/2025

**Fecha de aceptado:** 04/10/2025

### Comunicación con:

Jorgelina Barrios De Tomasi  
✉ jorgelina@uqroo.edu.mx  
☎ 983 835 0300, extensión 4005

**Cómo citar este artículo:** Barrios-De Tomasi J, Pacheco-Chan MVA. Actualización clínica y abordaje integral de los síntomas de la menopausia para profesionales sanitarios. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64(3):e6818. doi: 10.5281/zenodo.18715388

## Introducción

La *menopausia* se define clínicamente como la ausencia de menstruación durante al menos 12 meses consecutivos, secundaria a la inactividad ovárica y al descenso sostenido de los esteroides sexuales.<sup>1</sup> Este proceso marca el fin de la edad reproductiva en la mujer e inicia una etapa caracterizada por una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que requieren un abordaje integral por parte del profesional de la salud.

La menopausia es un evento fisiológico natural asociado al envejecimiento debido a la disminución de los estrógenos (esteroides sexuales), especialmente del 17- $\beta$  estradiol (E2), lo que se traduce en cambios físicos y psicológicos notorios.<sup>1</sup> Históricamente ha estado rodeada de sesgos sociales y culturales, es decir, no es únicamente un proceso biológico, sino que su vivencia, interpretación, valoración y manejo están influidos por las normas, creencias, valores y estructuras sociales. En sociedades tradicionales, el valor social atribuido a la maternidad puede generar sentimientos de pérdida de propósito y estrés emocional en las mujeres durante esta etapa, lo que incrementa el riesgo de alteraciones afectivas, como irritabilidad, ansiedad y depresión. En contextos modernos, la idealización de la juventud y la belleza, asociadas a la fertilidad, puede acentuar la percepción de invisibilidad social y afectar la autoestima.

Diversos estudios observacionales en mujeres en transición menopáusica reportan que aproximadamente entre 75 y 80% experimentan síntomas menopáusicos de moderados a severos, y entre los más frecuentes están los bochornos, sudoraciones nocturnas, cefaleas, alteraciones del sueño, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y fracturas, incontinencia urinaria, infecciones urinarias recurrentes, aumento de peso, disfunción sexual, entre otros.<sup>2</sup> A su vez, se presentan síntomas psicológicos como ansiedad, depresión, insomnio, baja autoestima, dificultades laborales y deterioro de las relaciones sociales y familiares,<sup>3</sup> así como alteraciones cognitivas, entre las que se incluye disminución de la concentración, fatiga mental y fallas de la memoria.<sup>3</sup>

Podemos definir el *abordaje clínico de la menopausia* como la evaluación integral de los síntomas y riesgos individuales de cada mujer debido a la disminución de hormonas sexuales sobre la función física, mental, emocional, sexual e incluso la dinámica de pareja. La reducción de estrógenos y testosterona ovárica se asocia con una alta prevalencia de disfunción sexual, manifestada como trastorno del deseo sexual hipoactivo, dificultad para la excitación, anorgasmia y dispareunia secundaria a atrofia y resequedad vaginal. Sin embargo, la evidencia indica que los factores psicosociales, como la calidad de la relación de pareja, el apoyo emocional y la comunicación, también desempeñan un papel determi-

nante en la experiencia y severidad de los síntomas sexuales. Otros factores sociales, como el nivel socioeconómico, la ausencia de pareja, la insatisfacción con la imagen corporal, la pérdida de empleo o el deterioro de la salud general, pueden contribuir a la disfunción sexual durante esta etapa.

Estos hallazgos subrayan la importancia de hacer una valoración integral del entorno biopsicosocial de la mujer antes de iniciar cualquier intervención farmacológica en la que se prioricen las modificaciones del estilo de vida y el fortalecimiento de redes de apoyo como primeras líneas de manejo, así como una monitorización continua para evaluar beneficios y riesgos.

Cabe resaltar que en las últimas décadas la esperanza de vida en México se ha incrementado de manera notable. Mientras que en la década de 1930 las mujeres mexicanas vivían en promedio 34 años, para 1970 aumentó a 61 años y actualmente la expectativa de vida supera los 79 años.<sup>4,5</sup> Si se considera que la edad promedio de inicio de la menopausia en México es de 49 a 51 años, las mujeres pasan hasta un tercio de su vida en etapa posmenopáusica, lo que implica la necesidad de estrategias de atención integral orientadas no solo a la salud física, sino también al bienestar emocional, cognitivo y social.

Por lo anterior, la presente revisión tiene como objetivo ofrecer una actualización clínica sobre los principales cambios fisiológicos, psicológicos y sociales asociados a la menopausia, así como estrategias de abordaje integral basadas en la evidencia, dirigidas a los profesionales de la salud. Se busca fortalecer la capacidad de los equipos de salud para brindar una atención informada y multidisciplinaria que esté centrada en la paciente y que contribuya a mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa.

## Metodología

Para formular la pregunta de investigación de esta revisión con base en el modelo PICO utilizado en la medicina basada en evidencia, se tomó en cuenta: P (población o paciente): mujeres en etapa de menopausia; I (intervención): estrategias de manejo integral (farmacológicas y no farmacológicas); C (comparación): atención convencional o ausencia de intervención específica, y O (resultado o *outcome*): mejoría en síntomas vasomotores, sueño, salud sexual, ósea, cardiovascular o calidad de vida. Por lo tanto, nuestra pregunta de investigación fue ¿en mujeres menopáusicas la implementación de un abordaje integral (intervenciones farmacológicas + no farmacológicas) comparado con el tratamiento convencional o ausencia de tratamiento *mejora* la calidad de vida y la reducción de síntomas climáticos? Para resolver esta pregunta se realizó una revisión

narrativa y actualizada de la literatura publicada en inglés y español entre 2019 y 2025 en bases de datos como PubMed, Scopus, Web of Science y SciELO. La estrategia de búsqueda se realizó con los términos específicos del área, tales como “menopausia”, “síntomas menopáusicos”, “tratamiento hormonal”, “calidad de vida” y “manejo integral”, ajustados a los descriptores establecidos en los tesauros DeCS y MeSH para asegurar la uniformidad terminológica. Se incluyeron estudios originales, revisiones y metaanálisis que abordaran la temática de interés en población adulta, con acceso a texto completo y con una descripción clara de métodos y resultados. Se excluyeron reportes de casos aislados, estudios con muestras reducidas sin justificación metodológica, literatura gris no arbitrada y artículos duplicados entre bases. La selección de los trabajos se realizó en 2 etapas: primero, mediante lectura de títulos y resúmenes, y posteriormente con la revisión del texto completo. La calidad de los estudios fue evaluada a partir de la coherencia de los objetivos con la metodología empleada, la claridad en la descripción de la muestra y los instrumentos utilizados, así como la pertinencia de los análisis estadísticos o cualitativos. Aquellos artículos que presentaban limitaciones metodológicas graves o ausencia de validez interna fueron descartados para garantizar la solidez de la síntesis presentada.

## Resultados

### *Fisiología de la menopausia: generalidades y actualización clínica*

La fisiología de la menopausia se caracteriza por la pérdida progresiva de la función folicular ovárica, lo que disminuye la producción de hormonas sexuales femeninas, principalmente estrógenos y progesterona.<sup>1</sup> Esto ocurre debido al agotamiento de la reserva de folículos en los ovarios, lo que provoca una disminución de inhibina y un aumento de la hormona folículo estimulante (FSH) por retroalimentación. Inicialmente, los ciclos menstruales se vuelven más cortos e irregulares debido a la variabilidad en la producción hormonal, hasta que finalmente cesan por completo con la menopausia. La disminución de los niveles de estrógenos afecta múltiples sistemas del cuerpo, lo cual causa los síntomas y cambios fisiológicos típicos de esta etapa. Sin embargo, los estrógenos continúan produciéndose en tejidos periféricos a partir de andrógenos, pero en niveles significativamente menores. Esta transición hormonal es gradual y variable entre mujeres.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que hasta el 46% de las mujeres entre los 40 y 80 años a nivel global experimentan algún grado de disfunción sexual, como dolor durante el coito, disminución del deseo, dificul-

tades en la excitación o ausencia de orgasmos. Aunado a lo anterior, los factores sociales, económicos y de salud general también influyen de manera importante en la aparición de estas alteraciones.<sup>6</sup>

### *Alteraciones físicas y manejo integral de la menopausia*

Conocer los cambios fisiopatológicos de la menopausia permite el diseño de estrategias de intervención clínica. El profesional de la salud debe hacer una valoración integral que contemple no solo los síntomas físicos, sino también el entorno psicosocial, los factores de riesgo y las expectativas de la paciente. Es recomendable priorizar intervenciones no farmacológicas, como la modificación de estilos de vida y el fortalecimiento de las redes de apoyo, antes de considerar terapias hormonales u otras intervenciones farmacológicas. A continuación, mencionamos las alteraciones físicas más comunes y sus consideraciones clínicas para el abordaje integral.

### *Trastornos del sueño y su abordaje integral*

Los trastornos del sueño (TS) afectan entre el 45 y 60% de las mujeres menopáusicas<sup>7</sup> y perjudican no solo el descanso, sino funciones neurofisiológicas como el aprendizaje, la memoria y la regulación hormonal y metabólica.<sup>8</sup>

El sueño se regula por procesos homeostáticos y circadianos modulados por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo y diversos neurotransmisores clave. La disminución del E2 durante la menopausia incrementa la actividad de neurotransmisores excitadores como la noradrenalina, lo cual favorece el insomnio. El E2 también actúa como modulador de la serotonina y del ácido gamma-aminobutírico (GABA), que regulan la vigilia y el sueño.<sup>7</sup> Por otro lado, la progesterona ejerce efectos sedantes y ansiolíticos que estimulan la producción de receptores GABA asociados al sueño profundo. La reducción de la progesterona P4 en la menopausia disminuye esta acción inhibitoria sobre la noradrenalina y agrava los trastornos del sueño. Aunque la melatonina (que regula el ciclo sueño-vigilia) disminuye con la edad y dificulta el sueño, esta reducción no está directamente vinculada con la menopausia.

Los TS en mujeres posmenopáusicas presentan una etiología multifactorial que incluye factores hormonales, psicológicos, sociales y ambientales. Su abordaje requiere una evaluación multidimensional que permita un diagnóstico integral a partir de las comorbilidades y su influencia en la calidad del sueño. El objetivo terapéutico principal es

favorecer un sueño profundo y reparador, el cual tenga una duración mínima de 7 horas nocturnas.

Las intervenciones se clasifican en farmacológicas y no farmacológicas. Dentro de las primeras, se recomiendan benzodiazepinas de vida media corta para mujeres con dificultades para iniciar el sueño.<sup>7</sup> Su uso debe ser individualizado, de corta duración y con cautela por el riesgo de dependencia. El tratamiento hormonal, útil en casos con síntomas vasomotores intensos, puede mejorar indirectamente el descanso nocturno, aunque su indicación debe ser valorada.<sup>9</sup> Otros fármacos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, la gabapentina y la melatonina de liberación prolongada pueden considerarse según el perfil clínico. La Alianza de Menopausia de Australia<sup>10</sup> enfatiza que, en algunos casos, las modificaciones en el estilo de vida y las intervenciones conductuales pueden ser igualmente o más efectivas que el tratamiento farmacológico.<sup>10</sup>

Las estrategias no farmacológicas incluyen higiene del sueño (mantener horarios regulares, evitar pantallas antes de dormir, optimizar las condiciones ambientales del dormitorio, limitar siestas prolongadas, evitar ejercicio intenso previo al sueño, preferir cenas ligeras y practicar técnicas de relajación). Asimismo, la Terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido eficaz para el manejo del insomnio en esta población.<sup>11</sup> La TCC busca modificar patrones de pensamiento, emoción y conducta para promover respuestas adaptativas.<sup>11</sup> Estudios recientes confirman su efectividad para mejorar la calidad del sueño y otros síntomas menopáusicos.<sup>12</sup>

## Bochornos y su abordaje integral

Los *bochornos* son episodios repentinos de aumento de la temperatura corporal, acompañados de sudoración, enrojecimiento facial, taquicardia leve, ansiedad e irritabilidad.<sup>13</sup> Duran entre 1 y 5 minutos y ocurren en promedio 10 veces al día. Afectan entre el 68 y el 82% de mujeres en la perimenopausia.<sup>13</sup> La disminución de E2 está relacionada con su aparición; sin embargo, no se correlacionan directamente con la frecuencia o intensidad, lo cual sugiere una causa multifactorial. La noradrenalina juega también un papel clave en la termorregulación, dado que actúa a través de receptores hipotalámicos modulados por estrógenos. La falta de E2 reduce la inhibición de estos receptores, eleva la noradrenalina central y altera la regulación térmica, lo cual desencadena los bochornos.<sup>13</sup>

La modificación de los estilos de vida constituye la primera línea de intervención para el manejo de los síntomas climatéricos, según la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia.<sup>14</sup> Entre las medidas se incluye la práctica regular de actividad física, que favorece la salud cardio-

vascular y el bienestar emocional; sin embargo, su efecto directo sobre la frecuencia o gravedad de los bochornos no ha demostrado ser consistente.<sup>14</sup> El mantenimiento de una dieta equilibrada se asocia con una reducción aproximada del 20% en la intensidad de los bochornos, mientras que el control del peso corporal contribuye a disminuir su frecuencia. Asimismo, se aconseja limitar o evitar el consumo de alcohol, café y tabaco, debido a su potencial para exacerbar los síntomas.<sup>15</sup>

Otras recomendaciones no farmacológicas incluyen el uso de ropa ligera y holgada, la ingesta de bebidas frías, evitar alimentos picantes y procurar permanecer en ambientes frescos o con temperatura controlada. No obstante, se estima que aproximadamente una de cada 4 mujeres presenta síntomas climatéricos de intensidad suficiente para afectar significativamente su calidad de vida.<sup>14</sup>

En este caso, la terapia hormonal de reemplazo (THR) constituye la intervención más eficaz para el alivio de los síntomas vasomotores. Se sabe que una dosis estándar de estrógenos, solos o combinados con progestágenos, reduce entre 85 y 90% la intensidad de los bochornos, mientras que dosis bajas logran un alivio del 80 al 85%.<sup>16</sup> Una dosis estándar si es por vía oral es de 1 a 2 mg/día de E2 o 0.625 mg/día de estrógenos conjugados equinos (CEE) y si es vía transdérmica: 50 µg/día de parche de E2 o 1-2 mg/día de gel de E2.<sup>17</sup> Por otra parte, una dosis baja si es por vía oral: 1 mg de E2 o 0.3-0.45 mg de CEE, mientras que si es transdérmica: 25 µg/día de parche de E2 o 0.50-1 mg de gel de E2.<sup>17</sup> Hay que recordar que estas dosis se ajustan según las necesidades individuales de la paciente, dado que se busca el control efectivo de los síntomas mientras se minimizan los riesgos asociados.

Cabe mencionar que la terapia con estrógenos en monoterapia solo está indicada en mujeres que han sido sometidas a histerectomía, ya que en quienes conservan el útero aumenta el riesgo de hiperplasia y cáncer endometrial; por ello, en mujeres con útero intacto se recomienda la combinación de estrógenos con un progestágeno para reducir dichos riesgos.<sup>14,18</sup> Se recomienda iniciar la THR preferentemente en los primeros 10 años tras la menopausia o antes de los 60 años, y emplear la dosis mínima efectiva y bajo supervisión médica regular.<sup>10,14</sup>

Aunque la THR representa beneficios importantes, también se asocia con efectos adversos potenciales, entre ellos sangrado uterino irregular, mastalgia, retención de líquidos, cefalea y, en tratamientos prolongados o inadecuadamente indicados, un incremento en el riesgo de tromboembolismo venoso, accidente cerebrovascular, enfermedad de la vesícula biliar y, en algunos casos, cáncer de mama. Las principales contraindicaciones absolutas incluyen antecedentes

de cáncer de mama o endometrio, enfermedad tromboembólica activa o previa, enfermedad hepática grave y sangrado uterino no diagnosticado. Asimismo, la THR debe usarse con precaución en mujeres con factores de riesgo cardiovascular, obesidad, hipertensión o migraña con aura.<sup>19,20</sup>

El seguimiento clínico periódico es fundamental para garantizar la seguridad de la paciente; se recomiendan evaluaciones al inicio y luego de forma anual que incluyan historia clínica completa, exploración física (con especial atención a mama y aparato reproductor), control de la presión arterial, perfil metabólico y, cuando esté indicado, mastografía y densitometría ósea. La dosis debe ser la mínima eficaz y el tratamiento individualizado, con base en la edad, el tiempo desde la menopausia y las comorbilidades. Este enfoque permite maximizar los beneficios de la THR en la calidad de vida y minimizar sus riesgos.<sup>19,20</sup>

En pacientes con contraindicaciones o que rechacen la THR, se dispone de alternativas farmacológicas como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), gabapentina o clonidina, que han mostrado eficacia moderada en la reducción de episodios vasomotores. El manejo óptimo de estos síntomas requiere un abordaje multidisciplinario que integre atención médica, psicológica y social (especialmente cuando se asocian a ansiedad, estrés o trastornos del sueño), así como un seguimiento clínico periódico que permita ajustar el tratamiento según la evolución y la aparición de posibles efectos adversos.

### **Salud cardiovascular y abordaje integral**

Las mujeres en edad reproductiva tienen menor riesgo de enfermedad cardiovascular que los hombres, pero esa protección se reduce drásticamente tras la menopausia, principalmente por la caída del E2. Este ejerce efectos cardioprotectores mediante la activación de sus propios receptores: el alfa (RE $\alpha$ ), que contrarresta la hipertensión; el receptor beta (RE $\beta$ ), que favorece la vasodilatación y reduce la presión arterial, y el receptor acoplado a proteína G (GPER1), el cual disminuye la presión, limita la proliferación y migración del músculo liso vascular y promueve una dilatación rápida.<sup>21</sup> La baja en las concentraciones del E2 puede tener consecuencias en la salud cardiovascular de las mujeres en esta etapa.

El abordaje integral de la salud cardiovascular en mujeres en etapa menopáusica debe sustentarse con un enfoque preventivo, con atención centrada en la persona y evaluación clínica exhaustiva. La identificación temprana de factores de riesgo (hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, tabaquismo y sedentarismo) es prioritaria; se

recomienda el monitoreo periódico de la presión arterial y la implementación de cambios en el estilo de vida orientados a la prevención, tales como el control del peso corporal, la práctica regular de actividad física y la limitación o eliminación del consumo de tabaco, alcohol y cafeína.<sup>22</sup>

Hay que considerar el papel del estrés y de los trastornos emocionales, que pueden intensificarse durante la menopausia y que han sido asociados a un mayor riesgo cardiovascular. Las intervenciones como la terapia cognitivo-conductual, complementada con técnicas de relajación, han mostrado beneficios en la regulación emocional y en la prevención de eventos cardiovasculares adversos.<sup>22</sup>

En cuanto a la THR, estudios señalan que su efecto sobre el riesgo cardiovascular depende de la edad de inicio, el tiempo desde la menopausia y el perfil clínico de la paciente.<sup>23</sup>

### **Cambios en metabolismo y peso, y su abordaje integral**

El aumento de peso es un malestar común en la menopausia que afecta la imagen corporal y la salud en general. A partir de los 40 años, el peso aumenta en promedio 2.1 kg cada 3 años según estudios longitudinales en población adulta, con predominio de la grasa visceral; este peso representa un mayor riesgo metabólico y cardiovascular.<sup>24</sup> La relación entre índice de masa corporal (IMC) y la menopausia es compleja: se sabe que un IMC alto puede retrasar la menopausia debido a la conversión de androstenediona en estrona en el tejido adiposo.<sup>24</sup> Sin embargo, la obesidad central parece aumentar el riesgo de menopausia precoz por la vía de una retroalimentación negativa en el eje hipotálamo-hipófisis-gónada.<sup>24</sup> Durante la menopausia, el E2 se produce por aromatización de testosterona en el tejido adiposo y eleva sus niveles en mujeres con IMC alto. Sin embargo, la caída de E2 ovárico induce un cambio en la distribución corporal hacia un patrón androide, con mayor grasa abdominal y visceral.<sup>24</sup> Este cambio afecta negativamente el perfil lipídico, el gasto energético y la sensibilidad a la insulina, lo cual aumenta el riesgo cardiovascular, de diabetes tipo 2 y otras comorbilidades. La obesidad en la menopausia también reduce el efecto cardioprotector de los estrógenos y se asocia con síndrome metabólico, inflamación crónica y un mayor riesgo de diabetes y cáncer de mama, mediado por adipocitoquinas y citocinas proaterogénicas.<sup>24</sup>

El manejo del aumento de peso y las alteraciones metabólicas durante la menopausia requiere un abordaje integral que combine intervenciones dietéticas, actividad física y monitoreo clínico. El control dietético, apoyado por la orientación profesional de especialistas en nutrición, per-

mite diseñar planes personalizados que respondan a las necesidades nutricionales y consideren el contexto cultural y socioeconómico de cada mujer.<sup>14</sup> La dieta mediterránea, caracterizada por un alto consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, frutos secos y aceite de oliva, ha demostrado beneficios en el control del peso corporal, el equilibrio hormonal y la reducción de síntomas asociados a la menopausia.<sup>25</sup> Este patrón alimentario se asocia con disminuciones significativas del IMC, la presión arterial, los triglicéridos y el colesterol LDL.<sup>25</sup>

Las dietas vegetarianas o veganas bajas en grasas también han mostrado resultados positivos. Un estudio aleatorizado evidenció que una alimentación basada en vegetales con inclusión de soya redujo de forma significativa tanto el peso corporal como la frecuencia de bochornos en mujeres posmenopáusicas.<sup>26</sup>

La actividad física regular es un pilar fundamental en el manejo de los cambios metabólicos durante la menopausia. La OMS recomienda para las mujeres posmenopáusicas entre 150 y 300 minutos de actividad aeróbica moderada a la semana, o entre 75 y 150 minutos de actividad intensa, complementados con ejercicios de fortalecimiento muscular dos veces por semana. Estas pautas deben adaptarse a las capacidades físicas, las condiciones de salud y las preferencias individuales, y se debe priorizar la seguridad y la sostenibilidad a largo plazo.

Asimismo, es esencial mantener un monitoreo periódico de parámetros clínicos como glucosa, perfil lipídico y presión arterial, e implementar intervenciones terapéuticas cuando sea necesario. Estas acciones deben complementarse con el fomento del autocuidado y el empoderamiento de la paciente, con lo cual se favorezca su rol activo en la gestión de la salud y se promueva su autonomía y bienestar integral durante la transición menopáusica.

### ***Osteoporosis y su abordaje integral***

La integridad ósea resulta del equilibrio entre la resorción por los osteoclastos y la formación de hueso nuevo por los osteoblastos. En mujeres posmenopáusicas, la disminución de estrógenos puede ocasionar una pérdida de hasta alrededor de 25% de la masa ósea durante los primeros 10 años tras la menopausia.<sup>27</sup> La deficiencia de estrógenos afecta varios mecanismos del metabolismo óseo, como la sensibilidad a la hormona paratiroidea, la producción de calcitonina, y el manejo del calcio, lo cual incrementa la resorción ósea. Además, al actuar en receptores estrogénicos óseos, la falta de estrógenos interrumpe el recambio normal, causa una pérdida neta de minerales y eleva el riesgo de osteoporosis y fracturas.<sup>27</sup>

El manejo de la osteoporosis durante la menopausia debe iniciar con una evaluación clínica exhaustiva que incluya densitometría ósea, herramienta fundamental para identificar a las mujeres con mayor riesgo de fractura, y determinar el grado de pérdida de masa ósea, lo cual oriente así la toma de decisiones terapéuticas. El objetivo principal de la intervención no es incrementar la densidad ósea, sino prevenir fracturas, que son la principal complicación clínica de esta patología.

Desde el enfoque nutricional, se recomienda una dieta equilibrada con un aporte proteico aproximado de 0.8 g/kg de peso corporal y una ingesta diaria de calcio entre 700 y 1200 mg, junto con un consumo adecuado de frutas y verduras. Se aconseja evitar tabaco, alcohol y cafeína por sus efectos negativos sobre la salud ósea.<sup>14</sup> Respecto a la vitamina D, se sugiere una exposición solar moderada (preferentemente en cara y antebrazos durante unos 20 minutos al día y evitando las horas de mayor radiación), así como el control de la ingesta de calcio y vitamina D para prevenir efectos adversos, con lo que se adapte la suplementación a las características clínicas individuales.<sup>27</sup>

En el ámbito farmacológico, el estrógeno desempeña un papel clave en la homeostasis ósea al regular el proceso de remodelación mediante la inhibición de la actividad osteoclástica. En la posmenopausia, la disminución de estrógenos incrementa la resorción ósea tanto en etapas tempranas como tardías. La terapia con estrógenos en mujeres seleccionadas permite contrarrestar este efecto, mantener el equilibrio entre formación y pérdida ósea y reducir el riesgo de deterioro estructural del esqueleto.<sup>28</sup>

### ***Síndrome genitourinario de la menopausia y su abordaje integral***

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) incluye síntomas genitales (como la sequedad vaginal, ardor e irritación vulvar), sexuales (como dolor durante el coito y disfunción) y urinarios (como urgencia miccional, disuria e infecciones recurrentes). El E2 aumenta el flujo sanguíneo en el epitelio y las glándulas de Bartolino, lo cual mantiene la lubricación, cuya pérdida causa atrofia. El E2 también participa en la síntesis de colágeno, cuya reducción adelgaza y vuelve rígidas las paredes vaginal, vesical y uretral, y causa dispareunia e incontinencia. Una menor proliferación epitelial reduce la producción de glucógeno vaginal y afecta la microbiota que mantiene un pH ácido protector contra patógenos. La deficiencia estrogénica altera este equilibrio y favorece infecciones recurrentes. La disminución de estrógenos a su vez disminuye el umbral uretral y la presión esfinteriana, con lo que dificulta su cierre y provoca urgencia miccional e incontinencia.

El manejo del SGM establece una modificación en el estilo de vida, dado su impacto positivo en la función hormonal y vascular. Una recomendación es reducir o eliminar el consumo de tabaco, ya que este hábito deteriora la vascularización de los tejidos genitourinarios y favorece la atrofia vaginal.<sup>29</sup> Asimismo, estrategias que estimulen mecánicamente la región genital, como la actividad sexual regular o la masturbación con dispositivos eróticos, pueden mejorar la vascularización local y prevenir el deterioro tisular, con lo cual se contribuye a la reducción de los síntomas y al mantenimiento de la salud genital.<sup>29</sup>

En cuanto al tratamiento farmacológico, los hidratantes y lubricantes vaginales constituyen la primera línea terapéutica para el SGM. Se recomienda la aplicación regular de hidratantes y el uso de lubricantes durante las relaciones sexuales, los cuales son opciones adecuadas cuando los estrógenos vaginales están contraindicados.<sup>29</sup> Otra alternativa es el ácido hialurónico, un glicosaminoglicano sintetizado principalmente por fibroblastos, capaz de retener sodio y agua, incrementar la turgencia de la matriz extracelular y aliviar síntomas como la sequedad vaginal y la dispareunia sin provocar irritación de la mucosa.<sup>29</sup>

El tratamiento hormonal sistémico se recomienda en casos de SGM que coexisten con síntomas vasomotores que afectan la calidad de vida. La administración de estrógenos, tanto por vía vaginal como sistémica, ha demostrado eficacia en la mejoría de los síntomas y en la promoción del bienestar general de mujeres posmenopáusicas.<sup>29</sup>

### **Sexualidad durante menopausia y su abordaje integral**

La menopausia es un proceso complejo que provoca cambios físicos, fisiológicos y emocionales, lo cual afecta significativamente la actitud y la conducta sexual de las mujeres.<sup>1</sup> Los trastornos del tracto genitourinario impactan la calidad de vida sexual de mujeres y parejas. Un estudio en 29 países con más de 27,500 participantes mostró que la mayoría considera esencial una vida sexual satisfactoria para la relación y rechaza la idea de que las personas mayores no desean sexo. Mientras que en hombres la disfunción eréctil ha sido abordada con inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, muchas mujeres menopáusicas sufren falta de deseo, anorgasmia, sequedad vaginal y dolor durante el coito, síntomas ligados a la disminución hormonal.<sup>29</sup> Solo el 7% busca atención médica, posiblemente por desconocimiento o estigma social, lo que puede generar insatisfacción física y emocional en la pareja.<sup>29</sup> Además, esta etapa coincide con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, depresión, incontinencia, entre otras) que afectan la función sexual al alterar el flujo sanguíneo genital y reducir la vasodilatación

vulvovaginal y la excitación.<sup>30</sup> El sobrepeso, la diabetes y el estrés también contribuyen a disminuir el deseo sexual.<sup>29,30</sup>

El abordaje integral de la función sexual en la menopausia debe considerar tanto los factores fisiológicos como los psicosociales que influyen en la calidad de vida. Las intervenciones educativas centradas en la sexualidad y los cambios asociados a esta etapa, que incluyen asesoramiento sobre anatomía, respuesta sexual, manejo de mitos y fortalecimiento de la comunicación con la pareja, han demostrado mejorar de forma significativa el funcionamiento sexual global, especialmente en deseo, excitación y lubricación.<sup>29,30</sup> Estas estrategias favorecen la comprensión corporal, reducen el malestar y fortalecen la autoestima sexual.

En el ámbito psicológico, la terapia cognitivo-conductual, el *mindfulness*, la meditación y la regulación emocional han mostrado beneficios en el manejo de disfunciones sexuales en mujeres posmenopáusicas.<sup>31</sup> El entrenamiento en atención plena y las técnicas de reducción del estrés pueden incrementar la satisfacción sexual y disminuir los síntomas psicológicos asociados.<sup>31</sup> Asimismo, los ejercicios del suelo pélvico, como los de Kegel, han demostrado eficacia en el fortalecimiento muscular y la mejora de la función orgásmica y la satisfacción sexual, lo cual constituye una opción no invasiva y accesible.<sup>31</sup> En cuanto a las intervenciones médicas, la terapia hormonal con estrógenos locales es eficaz para tratar la atrofia vaginal, reducir la dispareunia y mejorar la lubricación. Entre las alternativas no hormonales se incluyen el ospemifeno y el fezolinetant, con resultados positivos en mujeres con contraindicaciones para hormonas, así como el uso de láser vaginal fraccionado, que promueve la regeneración de los tejidos vaginales y mejora la función sexual.<sup>32</sup> El diseño de cualquier tratamiento debe ser interdisciplinario, culturalmente sensible y centrado en la persona, con base en los valores y preferencias de cada mujer.

### **Alteraciones cognitivas durante menopausia y su abordaje integral**

El E2 atraviesa la barrera hematoencefálica y ejerce múltiples efectos neuroprotectores junto con la progesterona y otros neuroesteroides, que disminuyen significativamente en la menopausia.<sup>33,34</sup> La caída de estrógenos aumenta la vulnerabilidad a daños cerebrales, trastornos afectivos y enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, lo cual queda evidenciado por reducción del volumen de materia gris, la disminución del metabolismo glucídico y la acumulación de placas  $\beta$ -amiloides.<sup>35</sup> La menopausia también se asocia con una mayor expresión de receptores estrogénicos, posiblemente relacionada con daño cerebral y disfunción metabólica, que se manifiesta en cambios cognitivos,

ánimo y síntomas vasomotores.<sup>35</sup> Aunque el E2 se produce principalmente en los ovarios, el cerebro conserva la capacidad de sintetizarlo localmente mediante la esteroidogénesis cerebral. Este proceso es modulado por la actividad de la enzima aromatasas, la cual tiende a disminuir con la edad, lo que contribuye a una menor disponibilidad de estrógenos en el tejido cerebral.<sup>35</sup> La estrona (E1) también contribuye a mantener actividad estrogénica cerebral al convertirse a E2 y unirse a receptores.<sup>35</sup> La menopausia precoz se relaciona con mayor riesgo de deterioro cognitivo y las alteraciones del sueño agravan esta disminución.<sup>36</sup> Mujeres con una ooforectomía premenopáusica presentan mayor riesgo de depresión y demencia, lo cual evidencia el impacto de la pérdida abrupta de E2 en la salud mental.<sup>37</sup>

El abordaje de la menopausia debe contemplar de manera integral la salud física y mental, dado que ambas dimensiones están interrelacionadas y requieren intervenciones complementarias para garantizar el bienestar durante esta etapa de transición. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado eficacia en el manejo de síntomas emocionales y psicológicos asociados al climaterio, y su integración en la atención de la mujer menopáusica puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida.

Las estrategias psicosociales deben incluir el fortalecimiento del apoyo familiar y la participación en terapias grupales o individuales, con el objetivo de reducir el impacto de los factores estresantes cotidianos. Mantener redes sociales sólidas, donde la mujer se sienta comprendida, valorada y escuchada, es esencial para su estabilidad emocional.<sup>38</sup>

La evaluación clínica integral resulta fundamental para la detección temprana de trastornos como depresión mayor, ansiedad o trastorno bipolar, lo que facilita la planificación de tratamientos individualizados. Esto adquiere especial relevancia, dado que durante la menopausia muchas mujeres presentan mayor vulnerabilidad emocional y psicológica, lo que demanda una atención especializada y adaptada a sus necesidades.<sup>39</sup>

## Conclusiones

El abordaje integral de las alteraciones físicas en la menopausia requiere una valoración personal y multidimensional que considere historia clínica, factores de riesgo,

comorbilidades y el impacto en la calidad de vida. El manejo incluye estrategias no farmacológicas como actividad física regular, dieta equilibrada rica en calcio y vitamina D, y educación sobre hábitos saludables. En casos específicos, se puede valorar terapia hormonal a partir de individualizar los riesgos y los beneficios. Es fundamental la intervención interdisciplinaria con apoyo psicológico, orientación sexual y seguimiento periódico para prevenir complicaciones.

Este enfoque holístico considera el contexto biopsicosocial y permite diseñar intervenciones personalizadas que integran cambios en el estilo de vida (ejercicio, dieta y manejo del estrés) junto con tratamientos farmacológicos hormonales o no hormonales según las necesidades. La actividad física ayuda a mantener masa ósea, salud cardiovascular y reduce síntomas vasomotores, mientras que técnicas como la meditación y el *mindfulness* atenuan la ansiedad y mejoran la calidad de vida sexual en las mujeres. La educación y el acompañamiento multidisciplinario fortalecen la adherencia al tratamiento y el empoderamiento de la paciente.

La educación de las pacientes constituye un pilar fundamental en el abordaje integral de la menopausia, ya que les permite a las mujeres comprender los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales asociados a esta etapa, y favorece la toma de decisiones informadas y el autocuidado.<sup>40</sup> Una adecuada orientación sobre los beneficios y riesgos de las distintas intervenciones terapéuticas, así como sobre la importancia de los hábitos de vida saludables, mejora la adherencia al tratamiento y disminuye la ansiedad derivada de mitos y estigmas culturales. Además, la educación fortalece el empoderamiento femenino, promueve la comunicación con la pareja y facilita el acceso a servicios de salud oportunos, con lo que contribuye de manera directa a optimizar la calidad de vida.<sup>40</sup>

De esta forma, se optimizan los resultados clínicos y la calidad de vida, y se enfrenta el reto clínico y social que representa la menopausia con una atención actualizada, integral y multidisciplinaria para preservar la salud y el bienestar de la mujer durante esta etapa.

---

**Declaración de conflicto de interés:** las autoras han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

---

## Referencias

1. Hernández-López LE, Barrios-De-Tomasi J, Mondragón-Ceballos R. Revisión de Menopausia: Un problema de salud pública. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 2025;

- 9(2):3383-3411. doi: 10.37811/cl\_rcm.v9i2.17148
2. Martínez A. Prevalencia y severidad de los síntomas menopáusicos: una revisión actualizada. *Revista de Salud de la Mujer*. 2025;15(2):123-30.
3. Reuben DB. Psychological and cognitive symptoms in meno-

- pausal women: anxiety, depression, insomnia, and cognitive decline. *J Womens Health*. 2023;32(4):345-52.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Esperanza de vida al nacer de la población total, por sexo. México: INEGI; (actualización) 9 de enero de 2026. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad\\_Mortalidad\\_09\\_b87a4bf1-9b47-442a-a5fc-ee5c65e37648](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad_Mortalidad_09_b87a4bf1-9b47-442a-a5fc-ee5c65e37648)
  5. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de Población de México y las Entidades Federativas 2016-2050. Ciudad de México: CONAPO; 2019. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487366/33\\_RMEX.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487366/33_RMEX.pdf)
  6. López-Maguey RP, Cantellano-Orozco M, Staufert-Gutiérrez JR, et al. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. *Rev. Mex. Urol*. 2018;78(3):169-75. doi: 10.24245/revmexurol.v78i3.1747
  7. Tandon V, Sharma S, Mahajan A, et al. Menopause and sleep disorders. *Journal of Mid-Life Health*. 2022;13(1):26-33. doi: 10.4103/jmh.jmh\_18\_22
  8. Proserpio P, Marra S, Campana C, et al. Insomnia and menopause: a narrative review on mechanisms and treatments. *Climacteric*. 2020;23(6):539-49. doi: 10.1080/13697137.2020.1799973
  9. Navarro-Despaigne DA, Agramonte-Machado A. Climacteric and sleep: narrative revision. *AMC*. 2022;26(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2022/amc221t.pdf>
  10. Menopause Alliance Australia. Sleep hygiene. West Leederville, Western Australia: Menopause Alliance Australia; [sin fecha de publicación]. Disponible en: <https://menopausealliance.au/menopause/sleep-hygiene/>
  11. Bhattacharya S, Goicoechea C, Heshmati S, et al. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2023; 25(1):19-30. doi: 10.1007/s11920-022-01402-8
  12. Hunter MS. Cognitive behavioral therapy for menopausal symptoms. *Climacteric*. 2021;24(1):51-6. doi: 10.1080/13697137.2020.1777965
  13. Freedman RR. Menopausal Related Hot flashes: Mechanisms, Endocrinology and Treatment. *J Steroid Biochem Mol Biol*, 2014;142:115-20. doi: 10.1016/j.jsbmb.2013.08.010
  14. Nieto-Pascual L, Iglesias-Bravo EM, Cuerva-González MJ. Manual básico de menopausia. Madrid: Asociación Española para el Estudio de la Menopausia; 04 de mayo de 2020. Disponible en: [https://aeem.es/wp-content/uploads/2022/10/n1870\\_libro-jovenes-aeem-04-05-20-baja12.pdf](https://aeem.es/wp-content/uploads/2022/10/n1870_libro-jovenes-aeem-04-05-20-baja12.pdf)
  15. Muñoz V, Padilla VJ, Alldredge CT, et al. Clinical Hypnosis and Cognitive Behavioral Therapy for Hot Flashes: A Scoping Review. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2025;6(1):1-20. doi: 10.1089/whr.2024.0144
  16. Guerrero Hines C, Chacón Campos NV, Pizarro Madrigal M. Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal. *Rev. Méd. Sinerg*. 2023;8(1):e933. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/933>
  17. Genazzani AR, Monteleone P, Giannini A, et al. Hormone therapy in the postmenopausal years: considering benefits and risks in clinical practice. *Hum Reprod Update*. 2021;27(6):1115-50. doi: 10.1093/humupd/dmab026
  18. The North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-94. doi: 10.1097/GME.0000000000002028
  19. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, et al. Treatment of symptoms of the menopause: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(11):3975-4011. doi: 10.1210/jc.2015-2236.
  20. Santen RJ, Loprinzi CL, Casper RF, et al. Menopausal hormone therapy: an Endocrine Society scientific statement. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(7 Suppl 1):s1-s66. doi: 10.1210/jc.2009-2509
  21. Aryan L, Younessi D, Zargari M, et al. The role of estrogen receptors in cardiovascular disease. *International Journal of Molecular Sciences*. 2020;21(12):1-26. doi: 10.3390/ijms21124314
  22. Hurtado M, Pérez L, Gómez R. Enfoque integral para la salud cardiovascular en mujeres menopáusicas: prevención, evaluación y manejo. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2024; 31(1):45-53.
  23. Ryczkowska K, Adach W, Janikowski K, et al. Menopause and women's cardiovascular health: is it really an obvious relationship? *Arch Med Sci*. 2022;19(2):458-66. doi: 10.5114/aoms/157308
  24. Hetemäki N, Robciuc A, Vihma V, et al. Adipose Tissue Sex Steroids in Postmenopausal Women With and Without Menopausal Hormone Therapy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025;110(2):511-22. doi: 10.1210/clinem/dgae458
  25. Byrne-Kirk M, Mantzioris E, Scannell N, et al. Adherence to a Mediterranean-style diet and severity of menopausal symptoms in perimenopausal and menopausal women from Australia: a cross-sectional analysis. *Eur J Nutr*. 2024;63(7):2743-51. doi: 10.1007/s00394-024-03462-3
  26. Barnard ND, Alwarith J, Rembert E, et al. A Mediterranean Diet and Low-Fat Vegan Diet to Improve Body Weight and Cardiometabolic Risk Factors: A Randomized, Cross-over Trial. *Journal of the American College of Nutrition*. 2020;41(2):127-39. doi: 10.1080/07315724.2020.1869625
  27. Centro Andaluz de Información de Medicamentos. Osteoporosis: actualización. *Bol Ter Andal*. 2022;37(1). doi: 10.11119/BTA2022-37-01
  28. De Villiers TJ. Bone health and menopause: Osteoporosis prevention and treatment. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2024;38(1):101782. doi: 10.1016/j.beem.2023.101782
  29. Espitia-de la Hoz, FJ. Tratamiento no hormonal del síndrome genitourinario de la menopausia. *Archivos de Medicina* 2021; 21(2). doi: 10.30554/archmed.21.2.3996.2021
  30. Nascimento ER, Maia AC, Pereira V, et al. Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68(11):1462-8. doi: 10.6061/clinics/2013(11)13
  31. Vasconcelos P, Gomez Ponce de Leon R, Serruya SJ, et al. A Systematic Review on Psychological Interventions for Sexual Health in Older Age. *Int J Sex Health*. 2023;35(3):399-413. doi: 10.1080/19317611.2023.2215766
  32. Lou Y, Wang Q, Zhang X, et al. Medical interventions for vulvovaginal atrophy: efficacy of local estrogen therapy, ospemifene, fezolinetant, and fractional vaginal laser treatment in postmenopausal women. *Menopause*. 2021;28(9):1034-42. doi: 10.1097/GME.0000000000001800
  33. Gannon OJ, Naik JS, Riccio D, et al. Menopause causes metabolic and cognitive impairments in a chronic cerebral hypoperfusion model of vascular contributions to cognitive impairment and dementia. *Biol Sex Differ*. 2023;14(1):34. doi: 10.1186/s13293-023-00518-7
  34. Sochocka M, Karska J, Pszczółowska M, et al. Cognitive Decline in Early and Premature Menopause. *Int J Mol Sci*. 2023; 24(7):6566. doi: 10.3390/ijms24076566

35. Mosconi L, Jett S, Nerattini M, et al. In vivo brain estrogen receptor expression by neuroendocrine aging and relationships with gray matter volume, bio-energetics, and clinical symptomatology. 2023;3-5. doi: 10.21203/rs.3.rs-2573335/v1
36. Shieu MM, Braley TJ, Becker J, et al. The Interplay Among Natural Menopause, Insomnia, and Cognitive Health: A Population-Based Study. *Nat Sci Sleep*. 2023;15:39-48. doi: 10.2147/NSS.S398019
37. Maioli S, Leander K, Nilsson P, et al. Estrogen receptors and the aging brain. *Essays Biochem*. 2021;65(6):913-25. doi: 10.1042/EBC20200162
38. Rojas Medina LRI, Silva Maytorena R, Morales Ojeda G. Menopausia y salud mental: desafíos y perspectivas integradas. *RECIE FEC-UAS Revista de Educación y Cuidado Integral en Enfermería Facultad Enfermería Culiacán*. 2025;2(3):184-91.
39. Garg R, Munshi A. Menopause and Mental Health. *J Midlife Health*. 2025;16(2):119-23. doi: 10.4103/jmh.jmh\_61\_25
40. Pérez-López FR, Lumsden MA. Patient education and counseling for menopausal women: A key strategy to promote health and quality of life. *Maturitas*. 2020;138:1-7. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.04.008