

MENOPAUSIA, TABÚ QUE EXPONE LAS CONTRADICCIONES DEL EMPODERAMIENTO FEMENINO

**Olvidos, ansiedad y desinformación:
tensiones invisibles en esta etapa
vital**

Seis señales que revelan el lado oculto de la menopausia

1. **La menopausia tiene “síntomas invisibles”:** más de la mitad de las mujeres reporta olvidos, ansiedad y dificultades para concentrarse, pero estos efectos siguen fuera del radar clínico.
2. **El silencio médico persiste:** la mayoría de las mujeres recibe información solo sobre cambios físicos; reclama datos claros y orientación sobre salud emocional y cognitiva.
3. **Un proceso biológico atrapado en mandatos sociales:** las tensiones del empoderamiento femenino - altas exigencias, sobrecarga y estigma del envejecimiento - amplifican el impacto emocional del climaterio (transición que rodea la menopausia).
4. **No todo es hormonal:** la mitad de los malestares surge de tensiones sociales. El estudio diferencia los efectos biológicos de la caída del estrógeno – principal hormona reproductiva femenina - de los impactos psicológicos y culturales, y muestra que la carga emocional del cuerpo, pero también de mandatos y duelos vitales.
5. **Una atención fragmentada que no alcanza:** ginecólogos atienden lo físico, psicólogos lo emocional y psiquiatras lo químico, pero casi nadie articula. **El estudio propone un modelo integrado que piense cuerpo, mente y contexto.**
6. **La memoria “falla”, pero el cerebro no se deteriora:** las evaluaciones objetivas muestran que el rendimiento cognitivo (cómo se piensa y se recuerda) suele mantenerse estable; lo que cambia es la percepción, influida por ansiedad, insomnio y estrés.

PRESENTACIÓN

La menopausia es el final del ciclo menstrual y, sobre todo, **una transformación profunda que atraviesa cuerpo, mente y emociones**. Sin embargo, sigue siendo **un tema del que se habla poco y que se comprende menos**. Así lo demuestra el nuevo estudio del Centro de Investigaciones Sociales de UADE, que exploró las vivencias y percepciones de mujeres y profesionales de la salud sobre esta etapa vital.

El informe se enmarca en el análisis de **las contradicciones ocultas del paradigma imperante sobre el empoderamiento femenino**. Durante décadas, los avances en autonomía económica, educación y presencia pública prometieron liberar a las mujeres de viejos condicionamientos. Sin embargo, estos logros conviven hoy con *una sobrecarga persistente en el ámbito privado* y nuevas exigencias vinculadas al rendimiento, el cuidado y la imagen.

La menopausia se vuelve un capítulo crítico dentro de estas tensiones: **un proceso biológico atravesado por mandatos sociales que profundizan la sensación de agotamiento estructural**. Comprenderla exige, por tanto, **trascender una mirada puramente médica** y situarla en el contexto más amplio de las demandas contradictorias que pesan sobre las mujeres contemporáneas.

En este sentido, Luisa Figuera, directora de la carrera de Gestión de Servicios de Salud, UADE, señala: “Uno de los hallazgos más relevantes del informe es que la menopausia sigue siendo abordada de manera fragmentada: se atiende el síntoma físico, pero muchas veces quedan fuera de escena el impacto emocional, cognitivo y social. El desafío no es solo hablar más del tema, sino organizar mejor la respuesta del sistema de atención para acompañar a la mujer de forma integral.”

Menopausia, cerebro y el vacío de acompañamiento

El estudio se propuso entender **cómo impacta la menopausia en la cognición, las emociones y la conducta**, y qué creencias siguen marcando su abordaje social y médico. Para eso, se entrevistó a 37 mujeres en distintas fases del proceso (pre, peri y postmenopausia) y a 5 profesionales de la salud mental - psicólogos y psiquiatras - que las acompañan clínicamente.

Aunque la ciencia ya demostró que la baja de estrógenos afecta el funcionamiento mental, **este tema sigue sin recibir la atención que merece**. El llamado “silencio médico” sobre los efectos del climaterio en la mente revela que la mayoría de las consultas se enfocan en lo físico y dejan de lado lo emocional y lo cognitivo. Esto contribuye a que muchas mujeres se sientan **solas, confundidas y obligadas a interpretar sus propios síntomas sin acompañamiento profesional**.

Los resultados pintan un panorama revelador: **más de la mitad de las mujeres reportó olvidos frecuentes y dificultades para concentrarse**, mientras que seis de cada diez

mencionaron ansiedad. Aun así, el 97% de las entrevistadas coincidió en un mismo reclamo: **“debería haber más información para afrontar este período”.**

Del lado de los especialistas, el consenso también es claro: **los síntomas cognitivos y emocionales están presentes en casi todas las consultas,** y los cambios hormonales, especialmente la disminución del estrógeno, pueden desempeñar un papel clave por su función neuroprotectora.

En diálogo con estos resultados, Luisa Figuera destaca que las principales sociedades científicas internacionales vienen reforzando una idea central: la transición menopáusica no debe ser abordada de manera reduccionista. Señala que entre el 40% y el 60% de las mujeres de mediana edad reportan síntomas cognitivos durante la perimenopausia - como olvidos, dificultad para concentrarse y distractibilidad - y aclara que **estos cambios suelen ser leves y no equivalen, por sí mismos, a un cuadro de demencia.**

Asimismo, subraya que las guías internacionales enfatizan **la necesidad de cuidados individualizados y seguros,** integrando síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, ansiedad, estrés y ánimo bajo, e incluyendo cuando corresponde intervenciones no hormonales como la terapia cognitivo-conductual. **“El principal desafío no es solo aumentar la información disponible, sino organizar respuestas asistenciales que integren cuerpo, mente y contexto de vida de la mujer”,** afirma.

También advierte que la transición menopáusica puede afectar el bienestar físico, emocional, mental y social, con una gran variabilidad entre mujeres, lo que exige que toda estrategia de cuidado contemple la historia clínica, las preferencias y el entorno.

En ese marco, agrega que puede sumarse de forma prudente un enfoque complementario centrado en hábitos y educación para la salud: **“Ese aporte puede ser útil para acercar el tema al público, siempre que no reemplace la evidencia ni la evaluación médica individual.”**

La menopausia no es solo hormonal

Al revisar cómo se dan las consultas médicas, se vio que la mayoría de las mujeres primero acude al clínico o al ginecólogo por síntomas físicos. Pero en esas visitas **no se les habla sobre posibles efectos en la memoria, el ánimo o el pensamiento.** Solo unas pocas llegan a consultar con psicólogos o psiquiatras. Este patrón muestra que **faltan circuitos de prevención integrados y que es urgente incluir la salud cerebral en el seguimiento ginecológico.**

El estudio también incluye tres casos clínicos de evaluaciones neuropsicológicas. En ellos, las pacientes manifestaron quejas de memoria y dispersión, pero no se hallaron déficits objetivos en las pruebas. Los resultados concuerdan con investigaciones internacionales que atribuyen esas percepciones más a factores emocionales, como la ansiedad o el insomnio, que a un deterioro cognitivo real.

Los estudios muestran que es clave distinguir entre dos tipos de efectos durante el climaterio: los neuroquímicos - relacionados con la baja de estrógenos y su impacto en el cerebro - y los psicológicos y sociales, que tienen que ver con la imagen personal, los duelos de la vida y las ideas culturales sobre el envejecimiento femenino.

Además de visibilizar los síntomas del climaterio, el estudio propone avanzar hacia **un enfoque clínico más sofisticado**: tratamientos personalizados que consideren la historia emocional, el perfil hormonal y los factores sociales de cada paciente.

Por tales motivos se propone **un modelo de atención integral** que combine estudios neuropsicológicos con apoyo emocional y educación sobre salud hormonal. Si ginecólogos, psiquiatras y psicólogos trabajaran en conjunto, se podrían detectar a tiempo los cambios mentales y emocionales, y evitar tanto el exceso de medicación como el desconocimiento de síntomas reales.

La conclusión es contundente: **la menopausia debe dejar de ser un tema tabú y pasar a ser un campo de atención en el que la salud mental y cognitiva tengan tanto peso como la física**. Más información, más formación profesional y más espacios de conversación parecen ser el camino hacia **una etapa vivida con plenitud y no con temor**.

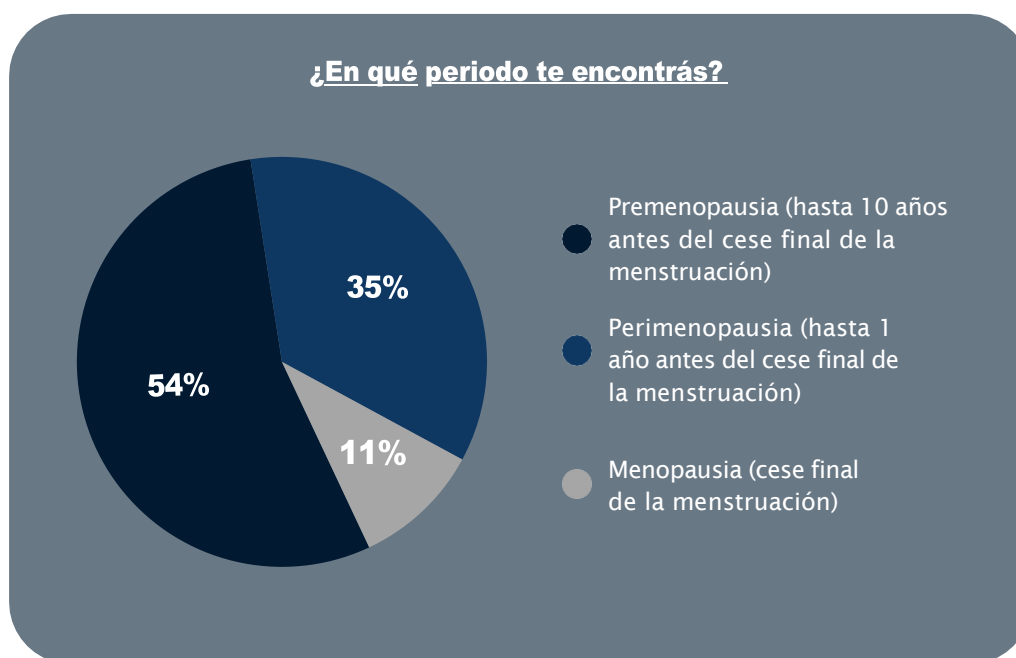
RESUMEN EJECUTIVO

- Los profesionales entrevistados confirmaron la presencia sistemática de síntomas emocionales y cognitivos en sus pacientes.
- Coinciden en que los estrógenos tienen un rol neuroprotector, y su disminución puede afectar la estabilidad emocional y mental.
- El estudio propone que ginecólogos, psiquiatras y psicólogos trabajen en conjunto, para detectar a tiempo los cambios mentales y emocionales, y al mismo tiempo evitar tanto el exceso de medicación como el desconocimiento de síntomas reales.
- Se aplicó una metodología cualitativa, con entrevistas semiestructuradas a 37 mujeres y 5 profesionales de salud mental.
- 54,1% de las mujeres entrevistadas ya atravesaba la menopausia, 35,1% la perimenopausia (etapa de transición) y 10,8% la premenopausia.
- 56,8% reportó olvidos frecuentes; 35,1%, dificultades para concentrarse; y 32,4%, problemas para encontrar palabras.
- 62,2% manifestó ansiedad, 45,9% cambios en el apetito o peso y 37,8% irritabilidad.
- Un 21,6% recibió diagnóstico de ansiedad o depresión; 32,4% reportó trastornos del sueño.
- El 97% de las entrevistadas considera que falta información y educación sobre la menopausia

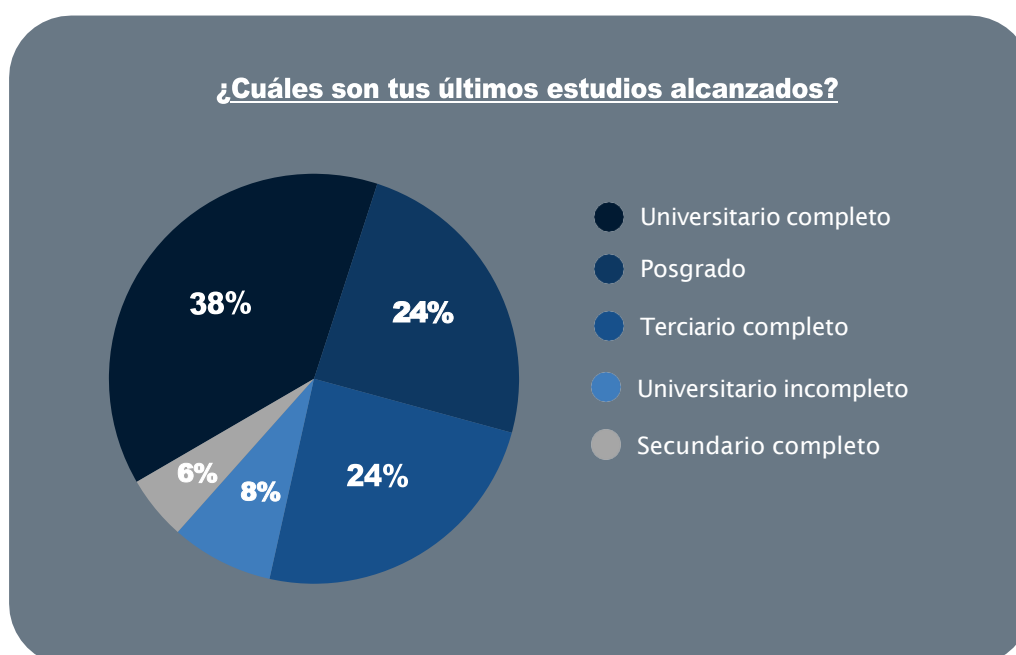
EL ESTUDIO

Datos generales

De las 37 mujeres entrevistadas, el **54%** ya estaba atravesando su menopausia, el **35%** está atravesando la perimenopausia, es decir la transición gradual previa al del cese final de la menstruación, y un **11%** la premenopausia, es decir, hasta aproximadamente 10 años antes del cese final de la menstruación.

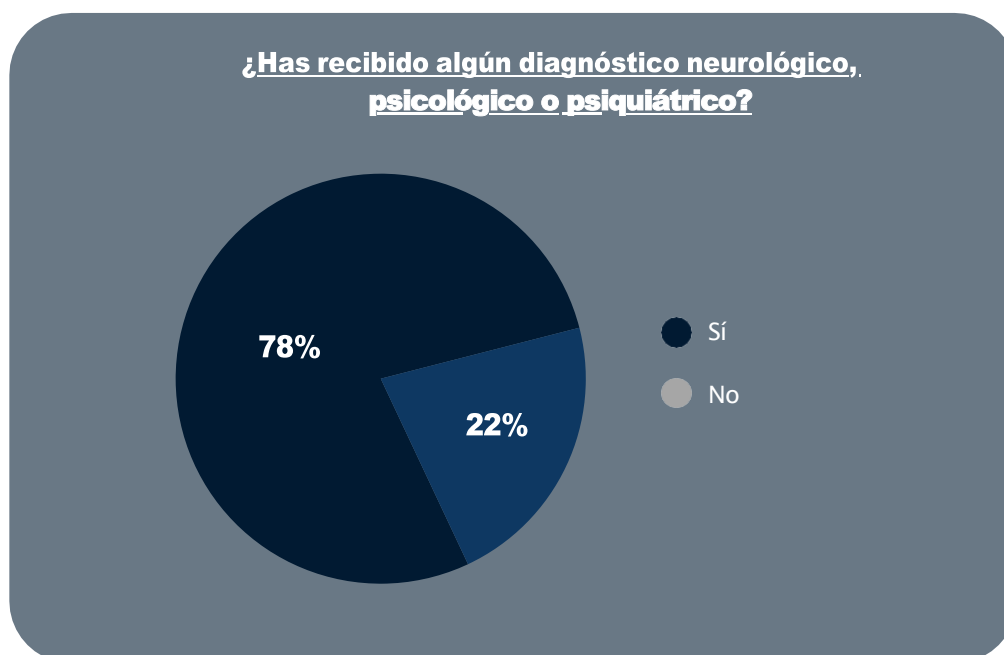


El promedio de edad de las personas que participaron de las entrevistas estuvo entre los 51 y los 52 años. También, se indagó por el nivel de escolaridad de las participantes y fue predominantemente universitario de grado y posgrado.

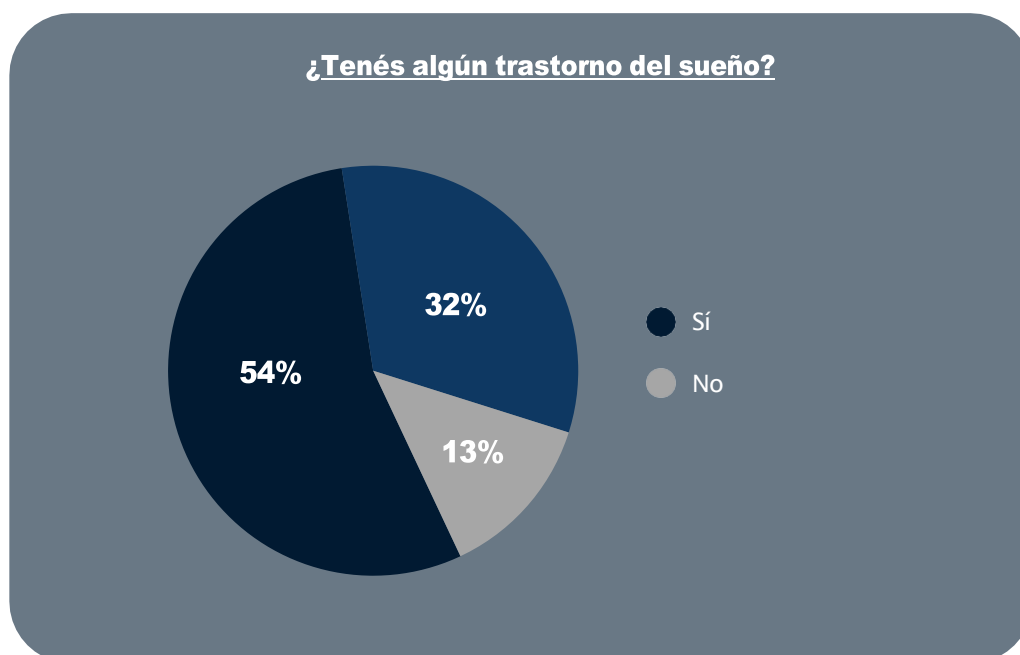


EL ESTUDIO

Del **100%** de las mujeres, el **22%** reporta haber recibido un diagnóstico psiquiátrico, entre los cuáles, se encuentran mayormente trastorno de ansiedad generalizada y depresión.

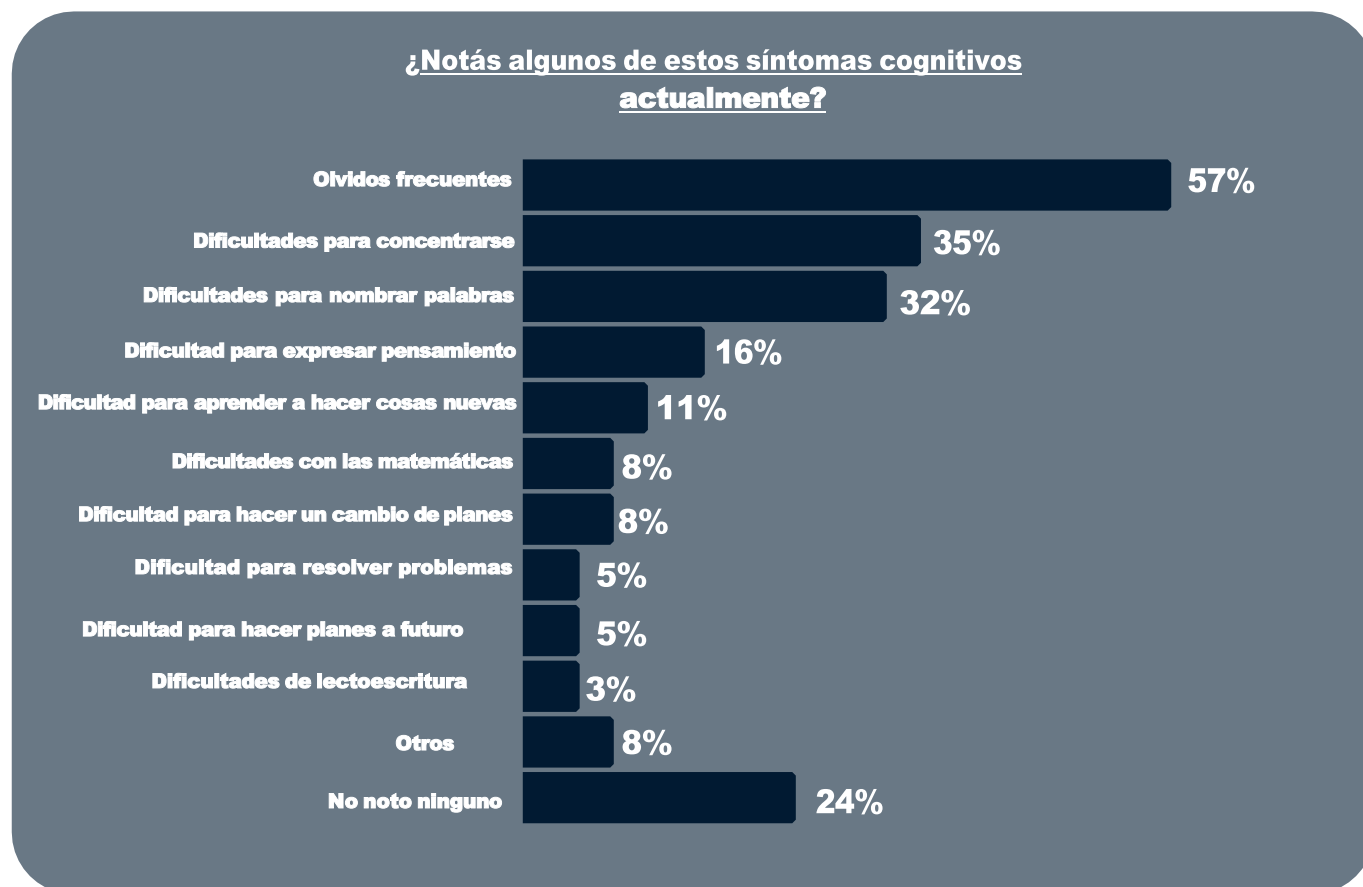


Asimismo, el **32%** reporta algún trastorno del sueño, aunque un **13%** no sabe precisarlo, pero sí reporta sintomatología compatible. Los que más se reportan son insomnio (conciliación/mantenimiento) o falta de reparación.



EL ESTUDIO

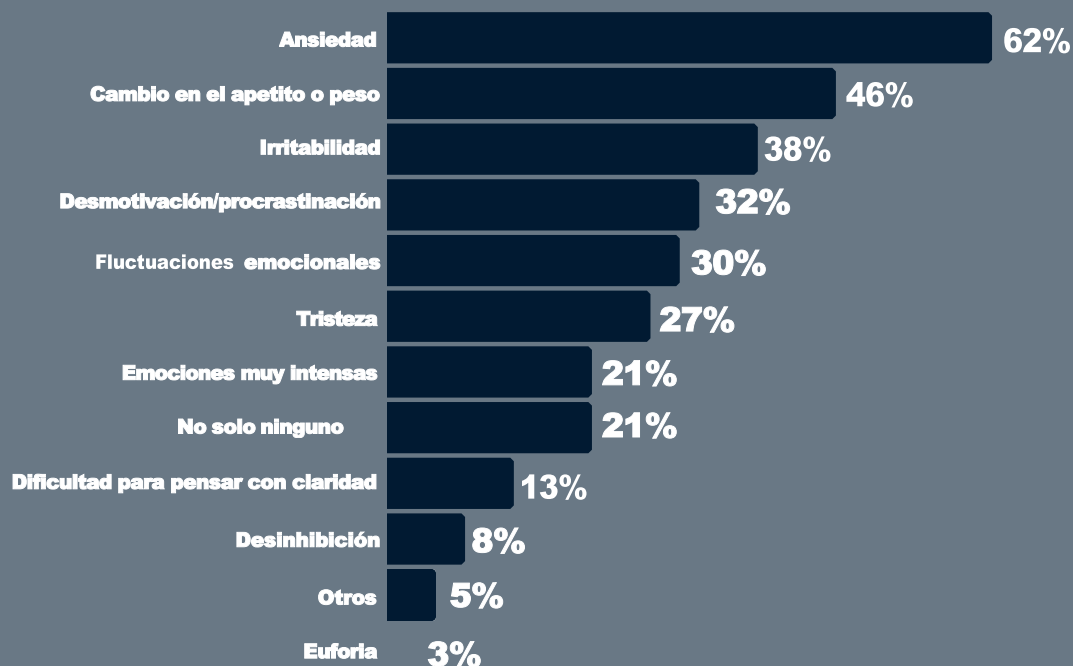
El **48%** presenta alguna condición clínica médica. Las más nombradas son hipotiroidismo, e hipertensión arterial. El **34%** está recibiendo terapia de reemplazo hormonal. También, el **37%** manifiesta consumo de cigarrillo y alcohol. Por otro lado, cuando se indaga por síntomas cognitivos, el **57%** reporta, en primer lugar, olvidos frecuentes, seguido por dificultades para concentrarse en un **35%** y anomias (dificultad para encontrar palabras) en un **32%**, entre otros síntomas menos presentes. El **24%** de las entrevistadas no reporta sintomatología cognitiva.



Cuando se indaga por síntomas emocionales/conductuales, se reporta en primer lugar, ansiedad (**62%**), cambios en el apetito o peso (**46%**), seguido por irritabilidad (**38%**), y por procrastinación/desmotivación (**32%**), entre otros. El **21%** de las entrevistadas no nota sintomatología emocional ni conductual.

EL ESTUDIO

¿Notás algunos de estos síntomas emocionales/conductuales actualmente?



Por último, cuando se consulta sobre creencias personales sobre la menopausia, algunas de las declaraciones obtenidas fueron las siguientes:

“Es lo peor a pesar de que forma parte de la vida de las mujeres”

“Es un proceso de muchos cambios que puede sentirse abrumador por momentos, se sienten varias pérdidas y aparece la sensación de estar envejeciendo. Lo siento como un momento bisagra en la vida”

“Descontrola muchos aspectos de la persona” “Es un cambio fisiológico y hay que transitarlo”

“Las alteraciones cognitivas o emocionales son transitorias de esta etapa”

Al analizar las prácticas de consulta, se observó que gran parte de las participantes acudió primero a médicos clínicos o ginecólogos por síntomas físicos, sin que se les ofreciera información sobre posibles manifestaciones cognitivas o emocionales. Solo un porcentaje menor llegó a la consulta psicológica o psiquiátrica. Este patrón evidencia la falta de circuitos preventivos integrados y la necesidad de educación sanitaria que incluya la salud cerebral como parte del seguimiento ginecológico. La ausencia de información temprana retarda la búsqueda de ayuda, e intensifica el malestar y las interpretaciones erróneas sobre los síntomas.

De las 37 entrevistadas, 36 respondieron que debería existir más información para afrontar dicho período.

EL ESTUDIO

Contribuciones y hallazgos de profesionales

De los profesionales entrevistados –con amplia trayectoria y calificación, y una cantidad significativa de pacientes y experiencias profesionales en la temática -, 3 son psicólogos y 2, psiquiatras.

Reportan que los motivos de consulta más frecuentes en esta etapa son indicadores de ansiedad, y desmotivación o crisis vitales esperables como duelos.

Cuando se indaga por presencia de síntomas cognitivos en las pacientes atendidas, **los cinco profesionales reportan que en el motivo de consulta aparecen dificultades para concentrarse. Cuatro nombran olvidos frecuentes y anomias.** Por otra parte, y en menor medida, aluden a dificultades para expresar pensamientos, problemas para cambiar de planes sobre la marcha, y dificultades para aprender a hacer cosas nuevas. Por último, dos de ellos observan en sus pacientes dificultades para resolver problemas o para hacer planes a futuro. No se reportan dificultades de lectoescritura o lectocomprensión, con las matemáticas, ni otros síntomas adicionales.

Por otro lado, cuando se indaga por presencia de síntomas emocionales/conductuales en las pacientes atendidas, todos reportan síntomas de **ansiedad y depresión, y fluctuaciones emocionales.** En segundo lugar, **irritabilidad y cambios en el apetito y/o peso.** Tres de los profesionales refieren a indicadores de desmotivación/procrastinación y dificultades para pensar con claridad. Por último, dos de los expertos consultados refieren a emociones muy intensas en sus pacientes – uno particularmente nota presencia de desinhibición -. No se reportan síntomas de euforia ni otros adicionales.

Además, se indagó acerca de qué relación existe entre los cambios hormonales y la aparición de síntomas emocionales o cognitivos. Uno de los profesionales entrevistados reporta que no existe relación entre dichos síntomas; no obstante, todos refieren a que sí podría existir una relación, mediante los siguientes enunciados:

“Los estrógenos tienen un papel neuroprotector que en fase de menopausia disminuye”

“Creo que hay una relación en cuanto a la predisposición a que se manifiesten por la mayor sensibilidad ante los cambios hormonales”

“En algunos pacientes los cambios hormonales producen desequilibrios emocionales”

“Cambios fisiológicos”

Por otro lado, se consultó acerca del impacto funcional de estos síntomas en la calidad de vida de mujeres, y los profesionales reportan en su mayoría que podrían generar un impacto moderado, y en algunos casos puntuales, severo.

También se indagó acerca de qué líneas de tratamiento son las más recomendadas en este periodo: responden que con control clínico, de laboratorio, ginecológico, e incluso, farmacológico.

Asimismo, otro tópico es sobre qué mitos y prejuicios traen las pacientes a consulta acerca de la menopausia. Los más frecuentes son:

“Disminución de la libido”

EL ESTUDIO

“Sin disfrute sexual”

“Prejuicios atravesados con vergüenza y culpa”

Por último, **los cinco expertos entrevistados coincidieron en que debería existir mayor formación al respecto en profesionales de la salud, para poder acompañar a la paciente de manera óptima y realizar una valoración más integral.**

Evaluaciones neuropsicológicas

Se tomaron como referencia tres evaluaciones neuropsicológicas realizadas a pacientes con quejas subjetivas sobre olvidos y dispersiones frecuentes, sumado a indicadores de ansiedad. Todas se encontraban iniciando su periodo peri menopaúsico.

Si bien, en los tres casos existió sintomatología cognitiva, **en ninguno hubo puntajes por debajo de la media esperada, según su grupo etario, que indiquen una disfunción o deterioro cognitivo.** Asimismo, en **2 de las 3 mujeres evaluadas** se identificaron síntomas de ansiedad, mediante escalas validadas de autorreporte.

Esto concuerda con un estudio llevado a cabo por una investigación de la Universidad de Melbourne, Australia, en donde reportaron que las mujeres, especialmente en periodo premenopáusico, tenían mayor queja subjetiva de memoria, pero que no existía diferencia en el rendimiento neuropsicológico con mujeres pre y posmenopáusicas (**Unkenstein**, 2016).

Asimismo, investigadores de la University of Illinois, Chicago, encontraron que mujeres menopaúsicas tenían mayor queja subjetiva de memoria, que no se encontraron diferencias significativas objetivas en tareas de memoria verbal, pero sí en tareas de memoria de trabajo, aunque estas diferencias podrían estar influidas por síntomas de depresión, ansiedad y trastornos del sueño (Weber, Mapstone, Staskiewicz, Pauline & Maki , 2016).

Conclusiones y prospectivas

El presente estudio permitió evidenciar que la menopausia es una etapa del ciclo vital femenino caracterizada por manifestaciones típicas a nivel cognitivo, emocional y conductual, las cuales pueden afectar significativamente la calidad de vida de las mujeres. Estos síntomas no deben ser subestimados ya que impactan tanto en el bienestar psicológico.

Los hallazgos sugieren la necesidad de diferenciar los efectos neuroquímicos —vinculados a la disminución de estrógenos y su impacto sobre la sinaptogénesis, la modulación dopaminérgica y la plasticidad neuronal— de aquellos de índole psicológica y social, asociados a la autoimagen, los duelos vitales y las expectativas culturales sobre el envejecimiento femenino. Mientras los primeros pueden responder favorablemente a intervenciones hormonales o farmacológicas, los segundos requieren abordajes psicoterapéuticos orientados a la aceptación, la reconfiguración identitaria y la reducción del estigma.

EL ESTUDIO

En este sentido, se hace indispensable una valoración integral realizada por profesionales de la salud que contemple no solo los aspectos físicos, sino también los cognitivos, emocionales y sociales de esta etapa. Además, se destaca la importancia de implementar tratamientos oportunos, entendiendo que muchas investigaciones refieren que la terapia de reemplazo hormonal es el tratamiento más adecuado, si se administra a tiempo, por el papel neuroprotector del estrógeno y su relación con la producción de sintomatología.

Asimismo, el llevar a cabo tratamientos personalizados y basados en evidencia, teniendo en cuenta además el área de la salud mental, podrían permitir aliviar los síntomas, promover una mejor adaptación y favorecer así una mejor calidad de vida en el proceso menopáusico.

De este modo, se propone un modelo de atención integral que combine la evaluación neuropsicológica con el acompañamiento psicológico y la educación en salud hormonal. La articulación entre ginecología, psiquiatría y psicología permitiría detectar precozmente los cambios cognitivos y emocionales, y evitar tanto la sobremedicalización como la invisibilización de síntomas genuinos. Formar a los profesionales en este enfoque interdisciplinario es clave para romper el silencio que históricamente rodeó al climaterio y devolver a las mujeres la posibilidad de vivirlo como una transición saludable y no como un declive.

Fuentes

- Bravo Polanco, E., Águila Rodríguez, N., Benítez Cabrera, C. A., Rodríguez Soto, D., Delgado Guerra, A. J., & Centeno Díaz, A. (2019). Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. *MediSur*, 17(5), 719-727.
- Conde DM, Verdade RC, Valadares ALR, Mella LFB, Pedro AO, Costa-Paiva L (2021). Menopause and cognitive impairment: A narrative review of current knowledge. *World J Psychiatry*, 11(8), 412-428.
- Larrosa Domínguez, M., Tejada Musté, R., & Martorell Poveda, M. A. (2020). Influencia de la cultura en la menopausia: revisión de literatura. *Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados* (Universidad de Alicante), 56, 211-221.
- Hormaza Ángel, M. P., & Saldarriaga Hernández, E. C. (2024). Abordaje de la paciente en la menopausia. En *Endocrinología Ginecológica*. Colombia: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
- Moreno, K. L. C., Martínez, D. A. V., Martínez, K. E. R., & Tapia, S. C. R. (2019). Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio. *RECIAMUC*, 3(3), 391-408.
- Palacios, S (2010). Age of menopause and impact of climateric symptoms by geographical región. *Climateric*, 13(5), 419-428.
- López Salas, R.S., & Chacón Pizano, W.L., (2021). Sintomatología más frecuente en mujeres durante su climaterio, mediante menopause rating scale. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 24, (3),
- Unkenstein, A. E., Bryant, C. A., Judd, F. K., Ong, B., & Kinsella, G. J. (2016). Understanding women's experience of memory over the menopausal transition: subjective and objective memory in pre-, peri-, and postmenopausal women. *Menopause*, 23(12), 1319-1329.
- Voytko, M. L., Tinkler, G. P., Browne, C., & Tobin, J. R. (2009). Neuroprotective effects of estrogen therapy for cognitive and neurobiological profiles of monkey models of menopause. *American journal of primatology*, 71(9), 794-801.
- Weber M, T., Mapstone M., Staskiewicz J., Maki P, M (2012). Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. *Menopause*. ;19(7), 735-741.

Para conocer más sobre este informe de investigación elaborado por el Centro de Investigaciones Sociales de UADE: insod@uade.edu.ar

Acceda a nuestros otros informes de investigación:
<https://www.uade.edu.ar/sites/investigacion/>

FICHA TÉCNICA

Objetivo: Identificar y describir síntomas cognitivos y emocionales durante la menopausia, y su impacto en la calidad de vida.

Metodología: Cualitativa. Entrevistas semiestructuradas *online* y tres estudios de caso de evaluaciones neuropsicológicas.

Población: 37 mujeres (45–55 años promedio 51–52) y 5 profesionales de la salud (3 psicólogos/neuropsicólogos, 2 psiquiatras).

Muestreo: No probabilístico, intencional.

Variables relevadas: Cambios cognitivos, emocionales, hormonales, calidad de vida, tratamientos y creencias.

Periodo: mayo a octubre de 2025.

Marco ético: Cumplimiento de la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales.

METODOLOGÍA

Cualitativa. El muestreo utilizado fue no probabilístico, de tipo intencional. Participaron 37 mujeres y 5 profesionales de la salud (3 psicólogos y neuropsicólogos, 2 psiquiatras). También, se tomaron tres casos clínicos de evaluaciones neuropsicológicas realizadas a pacientes con queja subjetiva de memoria, que estaban atravesando dicho período.

Se incluyeron preguntas relacionadas con áreas específicas: Cambios cognitivos, cambios emocionales/conductuales, relación entre cambios hormonales y síntomas, impacto en la calidad de vida, tratamientos, formación en el tema de profesionales de la salud

STAFF

Centro de Investigaciones Sociales - UADE

Daniel Sinopoli

Juan Pablo Bolivio

Lucía Montero, docente investigadora de Psicología, UADE

Vocera: Luisa Figuera, directora de la carrera de Gestión de Servicios de Salud, UADE

UADE
