



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO EXPLORATORIO Y DESCRIPTIVO DE LOS
PERFILES NEUROPSICOLÓGICOS DURANTE EL PERÍODO
DEL CLIMATERIO EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DE EDAD**

Estudiante: Eliana de Agostini Rolim

Legajo: 33,570

Directora: Prof. Dra. Flavia Galaverna

Tesis de Maestría presentada para acceder al título de Maestría en Neuropsicología.

2026

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la *Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional* que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación de la Tesis

A partir de otra fecha, especificar:

Lugar y fecha: São Paulo, Brasil, 27 de abril de 2026

Firma y aclaración de la autora: Eliana de Agostini Rolim

Agradecimientos

A Dios, por haberme sostenido a lo largo de todo este proceso, no solo en los momentos de avance sino también frente a los desafíos, especialmente aquellos relacionados con mi salud, que hicieron fortalecer mi determinación y compromiso con la realización de este trabajo.

A mi familia, por constituir el fundamento de este camino. A mi esposo, Chaban, y a mis hijos, Júlia y Rafael, por su apoyo, comprensión y presencia constante durante las distintas etapas de esta tesis.

A mi directora de tesis, Prof. y Dra. Flavia Galaverna, por su acompañamiento en el marco de este proceso académico.

A la Dra. Elaine Quadrado, ginecóloga, por su colaboración durante este proceso y, de manera especial, por su generosidad al facilitar el espacio para la realización de las evaluaciones presenciales, lo que hizo posible una etapa fundamental de esta investigación.

A la Dra. Adriana Pereira, psiquiatra en salud de la mujer, por el intercambio académico, la generosidad en la compartición de materiales científicos y por contribuir al fortalecimiento de un pensamiento crítico y actualizado.

A todas las mujeres que participaron en este estudio, tanto en las evaluaciones presenciales como en la respuesta a los cuestionarios. Su disponibilidad y confianza fueron esenciales para el desarrollo de esta investigación.

Finalmente, a las mujeres que atraviesan el climaterio en sus múltiples dimensiones, muchas veces marcado por experiencias que no siempre son plenamente comprendidas. Este trabajo se inscribe también en el reconocimiento de esas vivencias y en el compromiso con una comprensión más integral de esta etapa.

Resumen

El climaterio representa una fase de transición en la vida de la mujer frecuentemente asociada a quejas cognitivas subjetivas, especialmente relacionadas con la memoria, la atención y la concentración. El presente estudio tuvo como objetivo investigar la relación entre la autopercepción de cambios cognitivos y el desempeño en la evaluación neuropsicológica de mujeres entre 40 y 65 años de edad. Se trata de un estudio transversal, exploratorio y descriptivo en el cual participaron 294 mujeres en la etapa del cuestionario en línea, con una submuestra de 101 participantes que fue sometida a una evaluación neuropsicológica breve compuesta por instrumentos estandarizados para la evaluación de diferentes dominios cognitivos, así como de síntomas emocionales y clínicos asociados. Los resultados evidenciaron una elevada frecuencia de quejas cognitivas subjetivas, coexistiendo con una preservación global del desempeño cognitivo objetivo en la mayoría de las participantes, aunque con variaciones en dominios específicos como la atención, la velocidad de procesamiento y la fluidez verbal. Se observó una discrepancia entre la intensidad de las quejas autorreferidas y los hallazgos objetivos, lo que sugiere que la experiencia cognitiva en el climaterio es heterogénea y está influenciada por múltiples factores, incluyendo aspectos emocionales, alteraciones del sueño y condiciones clínicas. Se concluye que las quejas cognitivas deben ser comprendidas de manera integrada y no deben considerarse, por sí solas, indicativas de deterioro neurocognitivo, lo que refuerza la importancia de abordajes evaluativos y clínicos que contemplen la complejidad del funcionamiento cognitivo femenino en esta etapa de la vida.

Palabras claves: climaterio, cognición, evaluación neuropsicológica, quejas cognitivas subjetivas.

de Agostini Rolim, E. (2026). *Estudio exploratorio y descriptivo de los perfiles neuropsicológicos en el período del climaterio en mujeres de 40 a 65 años* [Tesis de Maestría en Neuropsicología, Universidad de Flores].

Abstract

The climacteric represents a transitional phase in a woman's life frequently associated with subjective cognitive complaints, particularly related to memory, attention, and concentration. The present study aimed to investigate the relationship between the self-perception of cognitive changes and performance on neuropsychological assessment in women aged 40 to 65 years. This is a cross-sectional, exploratory and descriptive study in which a total of 294 women participated in the online questionnaire phase, with a subsample of 101 participants underwent a brief neuropsychological assessment composed of standardized instruments to evaluate different cognitive domains, as well as associated emotional and clinical symptoms. The results revealed a high frequency of subjective cognitive complaints, coexisting with overall preservation of objective cognitive performance in most participants, although with variations in specific domains such as attention, processing speed, and verbal fluency. A discrepancy was observed between the intensity of self-reported complaints and objective findings, suggesting that the cognitive experience during the climacteric is heterogeneous and influenced by multiple factors, including emotional aspects, sleep disturbances, and clinical conditions. It's concluded that cognitive complaints should be understood in an integrated manner and should not, by themselves, be considered indicative of neurocognitive impairment, reinforcing the importance of evaluative and clinical approaches that take into account the complexity of women's cognitive functioning during this stage of life.

Keywords: climacteric; cognition; neuropsychological assessment; subjective cognitive complaints.

de Agostini Rolim, E. (2026). *Exploratory and descriptive study of neuropsychological profiles during the climacteric period in women aged 40 to 65 years* [Master's thesis in Neuropsychology, Universidad de Flores].

Índice

Portada	1
Formulario de Autorización para la Publicación de Obras en el Repositorio Digital	
Institucional de la UFLO Universidad	2
Agradecimiento.....	3
Resumen.....	4
Lista de Tablas	13
Lista de Figuras.....	15
Lista de Abreviaturas	15
Introducción	17
Objetivos	24
Objetivo General.....	24
Objetivos Específicos.....	24
Marco Teórico.....	25
Envejecimiento Poblacional.....	25
Envejecimiento y Urbanización.....	27
Longevidad Femenina y Desigualdades en el Envejecimiento.....	29
Particularidades del Envejecimiento Femenino	30
Climaterio y Menopausia: Bases Históricas y Conceptuales.....	33
Definiciones y Terminologías: Climaterio y Menopausia	34
Alteraciones Endocrinas y Neuroendocrinas de la Menopausia.....	37
Interacciones entre Pérdida Estrogénica, Metabolismo y Vulnerabilidad Cognitiva	39
Impactos Sistémicos del Climaterio: Manifestaciones Físicas, Emocionales y Cognitivas....	42
Síntomas Vasomotores y Sueño como Mediadores Clínicos	45
Insomnio en el Climaterio: Mecanismos e Implicaciones Clínicas	47

Menopausia Como Ventana de Vulnerabilidad Neurobiológica Funcional	48
Modelo Integrador: Reorganización Neuroendocrina, Metabolismo Cerebral y Costo Cognitivo.....	51
Reserva Cognitiva como Referente Interpretativo de la Variabilidad Cognitiva en el Climaterio	53
Emociones, Estrés Crónico y Salud Mental en la Transición Menopáusica.....	55
Neurocognición Femenina en el Climaterio	58
Impacto de los Síntomas del Climaterio en la Calidad de Vida de las Mujeres	62
El Desafío Clínico de Interpretar las Quejas Cognitivas en la Menopausia	63
Queja Cognitiva Subjetiva y Rendimiento Objetivo	63
Evaluación Neuropsicológica en el Climaterio: Alcances, Límites e Implicaciones Interpretativas	65
Autopercepción Femenina en la Menopausia	67
Menopausia y Terapia de Reemplazo Hormonal: Efectos Neurofuncionales y Límites de la Evidencia.....	70
Menopausia y Riesgo Neurodegenerativo: Vulnerabilidad, Límites y Controversia	72
Síntesis Crítica del Marco Teórico	75
Metodología	79
Naturaleza y Diseño del Estudio.....	79
Muestra	80
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	81
Cuestionario en Línea – Muestra General	81
Evaluación Neuropsicológica Presencial – Muestra Neuropsicológica.....	82
Procedimiento de Selección de las Participantes	83
Grupo A: Autopercepción (Cuestionario en Línea)	83

Grupo B: Perfil Neuropsicológico (Evaluación Neuropsicológica Presencial)	84
Instrumentos.....	84
Cuestionario de Autopercepción.....	84
Protocolo de Evaluación Neuropsicológica	86
Organización y Tratamiento de los Datos.....	88
Base de Datos del Cuestionario	88
Base de Datos Neuropsicológica	88
Estrategia de Análisis Estadístico	89
Tipo y Objetivos del Análisis	89
Procedimientos Estadísticos y Software Utilizado	90
Directrices Específicas para el Análisis Neuropsicológico	90
Aspectos Éticos.....	91
Resultados.....	92
Caracterización Sociodemográfica de la Muestra del Cuestionario del Grupo A - Autopercepción (Cuestionario en Línea)	92
Distribución Etaria de la Muestra en Relación con la Población Femenina del Municipio de São Paulo	92
Caracterización Sociodemográfica de la Muestra del Cuestionario de Autorreporte.....	94
Condiciones de Acceso a los Servicios de Salud.....	96
Condiciones Clínicas y Comorbilidades.....	97
Diagnóstico de Enfermedades.....	98
Antecedentes Reproductivos y Ginecológicos.....	99
Edad de la Menarca y Situación Menstrual Actual.....	99
Uso de Terapia Hormonal y Tipo de Indicación.....	101
Síntomas Físicos y Corporales.....	103

Intensidad de la Sudoración Nocturna	104
Calidad del Sueño	105
Dolores Musculares o Articulares.....	106
Aspectos Cognitivos Subjetivos	107
Autoevaluación de los Cambios en la Memoria y en la Capacidad de Concentración.....	107
Dificultades para Planificar Actividades o Completar Tareas Diarias	108
Dificultad para Tomar Decisiones o Resolver Problemas Simples	109
Lentificación para Comprender o Responder Información	110
Nivel de Preocupación por Posibles Cambios Cognitivos.....	111
Impacto de los Cambios Cognitivos en la Vida Cotidiana	112
Aspectos Emocionales y Afectivos.....	113
Tristeza Persistente o Pérdida de Interés en Actividades Previamente Placenteras	114
Síntomas de Ansiedad Autorreferidos	115
Irritabilidad e Impaciencia Autorreferidas.....	116
Impacto de los Cambios Emocionales en la Vida Social y Profesional	116
Autoestima y Percepción Corporal	117
Cambios en la Autoestima Asociados a Alteraciones Corporales	118
Información y Búsqueda de Conocimiento.....	119
Autopercepción de la Fase de la Transición Hacia la Menopausia	119
Búsqueda de Información sobre los Signos y Síntomas de la Menopausia.....	120
Nivel de Información Percibido sobre la Menopausia y los Cambios Hormonales	121
Fuentes de Información sobre la Menopausia y los Cambios Hormonales	122
Síntesis de los Resultados del Grupo A	122
Grupo B: Perfil Neuropsicológico (Evaluación Neuropsicológica Presencial)	123
Caracterización de la Submuestra Evaluada según los Datos del Censo Demográfico 2022	124

Caracterización Sociodemográfica y Clínica de la Submuestra Evaluada	126
Caracterización Clínica y de Salud Autorreportada de la Submuestra Evaluada	
Neuropsicológicamente (N = 101)	128
Caracterización Clínica y Antecedentes Familiares de la Submuestra Evaluada	130
Antecedentes Familiares Psiquiátricos	130
Antecedentes Familiares de Enfermedades Neurodegenerativas	131
Funcionamiento Cognitivo Global.....	132
Memoria y Aprendizaje Verbal	134
Atención y Velocidad de Procesamiento	135
Funciones Ejecutivas y Fluidez Verbal.....	136
Aspectos Emocionales: Síntomas de Ansiedad y Depresión.....	138
Síntomas Relacionados con la Menopausia	140
Síntesis de los Resultados del Grupo B	141
Discusión.....	143
Consideraciones Iniciales sobre el Perfil de la Muestra e Implicaciones Interpretativas.....	
.....	143
Heterogeneidad de la Experiencia en el Climaterio.....	146
Alteraciones Cognitivas en el Climaterio	148
Atención y Velocidad de Procesamiento: Sensibilidad Funcional en el Climaterio	150
Funciones Ejecutivas y Fluencia Verbal: Organización Preservada y Vulnerabilidad	
Funcional Específica.....	152
Memoria y Aprendizaje Verbal: Desempeño Preservado con Variaciones Funcionales en la	
Adquisición.....	154
Síntomas Emocionales y Experiencia Cognitiva	156
Alteraciones del Sueño y Síntomas Vasomotores Como Mediadores Funcionales	158

Envejecimiento Femenino y Cognición: Distinciones Necesarias	160
Comorbilidades Clínicas y Concomitancia Sintomática.....	161
Climaterio, Cognición y Riesgo Neurodegenerativo: lo que los Datos no Indican.....	164
Información, Incertidumbre Reproductiva y Construcción de la Experiencia Subjetiva en el Climaterio	166
Autorreporte, Evaluación Objetiva y Cierre Interpretativo	168
Síntesis Interpretativa de la Experiencia Cognitiva en el Climaterio	170
Conclusión	173
Referencias Bibliográficas.....	177
Apéndices.....	190
Cuestionario de Autopercepción sobre Síntomas del Climaterio	190
Término de Consentimiento Informado.....	201
Protocolo de Evaluación Neuropsicológica	205
Tablas Complementarias de Caracterización Sociodemográfica.....	213
Anexos	215
Comprovante de Envío do Proyecto	215
Parecer Consubstancial do CEP (Versão 1)	216
Parecer Consubstancial do CEP (Versão 2)	223

Lista de Tablas

Tabla 1. Síntesis conceptual de las fases del climaterio	36
Tabla 2. Instrumentos utilizados en la evaluación neuropsicológica: dominios evaluados y directrices analíticas adoptadas.....	87
Tabla 3. Distribución de las características sociodemográficas de la muestra del cuestionario de autorreporte	95
Tabla 4. Formas de acceso a los servicios de salud de la muestra del cuestionario de autorreporte	96
Tabla 5. Distribución de las condiciones clínicas autorreportadas: presencia versus ausencia de diagnóstico (N = 395).....	98
Tabla 6. Edad de la menarca de las participantes del cuestionario de autorreporte.....	100
Tabla 7. Situación menstrual actual y edad de cese de la menstruación entre las participantes del cuestionario de autorreporte (N = 395).....	101
Tabla 8. Uso previo de terapia hormonal y principales indicaciones referidas por las participantes del cuestionario de autorreporte (N = 395).....	102
Tabla 9. Distribución de la muestra según los síntomas físicos (N = 395).....	103
Tabla 10. Distribución de la muestra según la intensidad de los síntomas físicos	104
Tabla 11. distribución de la intensidad de la sudoración nocturna autorreportada por las participantes (N = 395)	105
Tabla 12. Distribución de la calidad del sueño autorreferida	106
Tabla 13. Reporte de dolores musculares o articulares autorreferidos	106
Tabla 14. Autoevaluación de cambios en la memoria o en la capacidad de concentración.....	108
Tabla 15. Dificultades autorreferidas en planificar actividades o completar tareas diarias.....	109

Tabla 16. Dificultad autorreferida para tomar decisiones o resolver problemas simples	110
Tabla 17. Lentificación autorreferida para comprender o responder información	111
Tabla 18. Nivel de preocupación por posibles cambios cognitivos.....	112
Tabla 19. Impacto de los cambios cognitivos en la vida cotidiana.....	113
Tabla 20. Tristeza persistente o pérdida de interés en actividades previamente placenteras.....	114
Tabla 21. Síntomas de ansiedad autorreferidos	115
Tabla 22. Irritabilidad e impaciencia autorreferidas	116
Tabla 23. Impacto percibido en la vida social o profesional	117
Tabla 24. Autoestima asociada a alteraciones corporales.....	118
Tabla 25. Autopercepción de la fase de la transición hacia la menopausia	119
Tabla 26. Información sobre los signos y síntomas de la menopausia	120
Tabla 27. Nivel de información percibida sobre la menopausia y los cambios hormonales.....	121
Tabla 28. Fuentes de información sobre la menopausia y los cambios hormonales	122
Tabla 29. Caracterización sociodemográfica y profesional de la submuestra evaluada neuropsicológicamente (N = 101)	126
Tabla 30. Caracterización clínica y de salud autorreportada de la submuestra evaluada neuropsicológicamente (N = 101)	128
Tabla 31. Funcionamiento cognitivo global de las participantes y estadística descriptiva del puntaje del MMSE (puntuación z)	133
Tabla 32. Estadística descriptiva de los puntajes z de las variables de memoria y aprendizaje verbal.....	134
Tabla 33. Estadística descriptiva de los puntajes z de las variables de atención y velocidad de procesamiento	135

Tabla 34. Estadística descriptiva de los puntajes z de las variables de funciones ejecutivas y fluidez verbal	137
---	-----

Tabla 35. Estadística descriptiva de los puntajes de las variables de síntomas relacionados con la menopausia.....	140
--	-----

Lista de Figuras

Figura 1. Distribución Porcentual de la Muestra y de la Población Femenina del Municipio de São Paulo Según Grupos Etarios (40–65 años)	93
---	----

Figura 2. Distribución Etaria de la Submuestra Evaluada en Comparación con el Censo Demográfico 2022	125
--	-----

Figura 3. Antecedentes Familiares de Transtornos Psiquiátricos Autorreportados (N = 101).....	131
---	-----

Figura 4. Antecedentes Familiares de Enfermedades Neurodegenerativas Autorreportadas (N = 101)	132
--	-----

Figura 5. Distribución de los Niveles de Síntomas Depresivos Según el BDI-II en la Submuestra Evaluada (N = 101)	139
--	-----

Lista de Abreviaturas

BAI — Beck Anxiety Inventory [Inventario de Ansiedad de Beck]

BDI-II — Beck Depression Inventory II [Manual del Inventario de Depresión de Beck II]

CAAE — Certificado de Presentación para Apreciación Ética

DE — Desviación Estándar

ER- α — Receptor de estrógeno *alfa*

ER- β — Receptor de estrógeno *beta*

FAS — Verbal Fluency Test [Prueba de Fluidez Verbal Fonémica]

FDG-PET — Tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa

FSH — Hormona folículo estimulante

GPER — Receptor de estrógeno acoplado a proteína *G*

IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Instituto Brasileño de Geografía y Estadística]

ISBEM — Instituto de Saúde e Bem-Estar da Mulher [Instituto de Salud y Bienestar de la Mujer]

MMSE — Mini-Mental State Examination: extended version [Mini-Examen del Estado Mental: versión extendida]

MRS — Menopause Rating Scale [Escala valorativa de la menopausia]

MS — Ministério da Saúde [Ministerio de Salud]

ONU — Organización de las Naciones Unidas

OMS — Organización Mundial de la Salud

RAVLT — Rey's Auditory Verbal Learning Test [Test de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey]

SPSS — Statistical Package for the Social Sciences [Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales]

STRAW+10 — Stages of Reproductive Aging Workshop [Sistema de Clasificación de las Etapas del Envejecimiento Reproductivo Femenino]

SUS — Sistema Único de Salud

TCLI — Término de Consentimiento Libre e Informado

TMT — Trail Making Test - Parts A & B [Test de Trazado de Caminos - partes A y B]

TRH — Terapia de Reemplazo Hormonal

Introducción

El envejecimiento poblacional ha sido reconocido como una de las transformaciones demográficas más relevantes del siglo XXI, tal como lo indica la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en sus informes internacionales de proyecciones poblacionales (United Nations, *Department of Economic and Social Affairs, Population Division* [Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División Poblacional], 2022). Este fenómeno resulta de la combinación del aumento de la expectativa de vida y la reducción sostenida de las tasas de fecundidad, produciendo impactos directos sobre la organización de los sistemas de salud y sobre la comprensión de los procesos fisiológicos, cognitivos y psicosociales asociados a la longevidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) destaca que el envejecimiento global impone desafíos crecientes a la salud pública, exigiendo enfoques que consideren tanto la prolongación de la vida como la calidad del envejecimiento.

Si bien el envejecimiento es un proceso universal, su vivencia en las mujeres presenta especificidades marcadas por la interacción entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Las alteraciones hormonales características de la transición menopáusica ocurren, con frecuencia, en un período de la vida femenina atravesado por reorganizaciones identitarias, transformaciones corporales y cambios en los roles sociales, familiares y ocupacionales; estos elementos confieren singularidad a la experiencia subjetiva del envejecimiento femenino. Para Zimerman (2000), la mediana edad en las mujeres se acompaña de cambios emocionales y corporales que influyen de modo significativo en la forma en que se vivencia el envejecimiento.

Las estimaciones de la OMS (2025) indican que, hasta 2030, aproximadamente 1000 millones de mujeres se encontrarán en el rango etario correspondiente a la menopausia, lo que evidencia la relevancia demográfica y sanitaria epidemiológica de esta etapa del ciclo vital femenino a escala global.

Investigaciones recientes han demostrado que las desigualdades estructurales y contextuales intervienen de manera significativa en los patrones de envejecimiento cerebral, destacando que los determinantes sociales interactúan con factores biológicos en la modulación de trayectorias cognitivas a lo largo del curso de vida (Moguilner et al., 2024).

Desde el punto de vista clínico, la menopausia corresponde al último ciclo menstrual reconocido retrospectivamente tras 12 meses consecutivos de amenorrea, mientras que la transición menopáusica, o perimenopausia, se refiere al período que la antecede, caracterizado por fluctuaciones endocrinas significativas que pueden extenderse entre cinco y diez años (Harlow et al., 2012). Este período constituye un hito relevante en el envejecimiento femenino, dado que dichas alteraciones hormonales presentan repercusiones sistémicas que impactan no solo en la salud reproductiva, sino también en los dominios metabólicos, emocionales y cognitivos (Faubion et al., 2022).

En Brasil, el envejecimiento progresivo de la población femenina adulta, descritos en los datos del *Censo Demográfico de 2022*, refuerza la necesidad de comprender las implicancias biológicas, psicosociales y clínicas asociadas a esta fase de transición (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Instituto Brasileño de Geografía y Estadísticas (IBGE)], 2023a). En el contexto de las políticas públicas de salud, el climaterio es definido por el Ministerio de Salud de Brasil como la fase de transición entre la vida reproductiva y la no reproductiva de la mujer, generalmente situada entre los 40 y los 65 años de edad, marcada por alteraciones hormonales progresivas con repercusiones en el funcionamiento físico, emocional y social (Ministério da Saúde [Ministerio de Salud (MS)], 2008). Al adoptar esta perspectiva ampliada, el climaterio deja de ser comprendido exclusivamente desde un enfoque ginecológico y pasa a ser reconocido como un fenómeno de salud integral que demanda abordajes clínicos e investigativos sensibles a su complejidad.

En Latinoamérica, estudios actuales han introducido el concepto de *exposoma social* como marco explicativo para comprender cómo factores ambientales, sociales y estructurales acumulativos inciden en los desenlaces de salud cerebral y riesgo de demencia en la región (Migeot et al., 2025).

En las últimas décadas, las investigaciones han indicado que la menopausia trasciende el alcance de un evento reproductivo puntual, configurándose como un proceso fisiológico amplio con repercusiones metabólicas, emocionales y cognitivas en diferentes sistemas del organismo. De manera creciente, se señala que estas alteraciones también alcanzan al sistema nervioso central, modulando aspectos del funcionamiento cognitivo como la atención, la memoria, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas (Santoro, Epperson y Mathews, 2021). En este sentido, el climaterio ha sido comprendido como una etapa de transición fisiológica compleja cuyo impacto excede el dominio estrictamente reproductivo, requiriendo abordajes interdisciplinarios que contemplen sus implicancias para la salud física, mental y cognitiva de la mujer.

El avance de las investigaciones en el campo de la neuroendocrinología ha contribuido a que la menopausia sea discutida también como una etapa de reorganización neurobiológica. Brinton et al. (2015) proponen que la transición menopáusica se asocia con una reducción del metabolismo cerebral de la glucosa, principal sustrato energético del sistema nervioso central. Evidencias provenientes de modelos traslacionales y estudios de neuroimagen sugieren que en ausencia del soporte estrogénico determinadas regiones cerebrales pueden operar con un mayor costo metabólico, reflejando un estado de vulnerabilidad energética transitoria. Estas alteraciones no implican necesariamente daño estructural, pero ofrecen un modelo explicativo para manifestaciones como la fatiga cognitiva, la lentificación del pensamiento y el aumento del esfuerzo mental, frecuentemente

referidos por mujeres durante la perimenopausia incluso cuando no se identifican déficits objetivos en evaluaciones neuropsicológicas formales.

Siguiendo esta construcción conceptual, las alteraciones cognitivas observadas durante la transición menopáusica no se manifiestan de manera uniforme entre las mujeres. Estudios conducidos por Greendale, Derby y Maki (2011) advierten que variaciones en los niveles de estrógeno durante la perimenopausia pueden asociarse con cambios en dominios como la memoria verbal, la atención y las funciones ejecutivas, aunque con amplia variabilidad interindividual en cuanto a la intensidad y la persistencia de dichas manifestaciones. Investigaciones realizadas por Weber et al. (2021) refuerzan esta heterogeneidad al indicar que no solo la reducción hormonal sino también la variabilidad de los niveles hormonales a lo largo del tiempo pueden influir en la sensibilidad cognitiva durante esta fase. Estos hallazgos sustentan la comprensión de que la cognición en la transición menopáusica resulta de una interacción dinámica entre factores hormonales, emocionales y contextuales.

El debate neurobiológico sobre la menopausia se consolidó a partir de estudios de neuroimagen que comenzaron a demostrar adaptaciones funcionales asociadas a la transición menopáusica en ámbitos clínicos. Las investigaciones conducidas por Mosconi (2020), y al poco tiempo ampliadas junto a sus colaboradores, revelan que las alteraciones en el metabolismo cerebral pueden observarse a lo largo de este período incluso en ausencia de modificaciones estructurales detectables, reforzando la concepción de la menopausia como una fase de reorganización neurobiológica y funcional (Mosconi et al., 2021).

Estas adaptaciones neurobiológicas han sido acompañadas, en la experiencia cotidiana de muchas mujeres, por quejas cognitivas recurrentes durante la transición menopáusica, frecuentemente agrupadas bajo el término *brain fog* [*niebla mental*], un concepto descriptivo utilizado en la literatura para referirse a quejas subjetivas de memoria, atención y

concentración durante la transición menopáusica (Maki y Henderson, 2016). Factores como trastornos del sueño, niveles elevados de estrés y síntomas vasomotores han sido consistentemente asociados a un aumento de la percepción de esfuerzo cognitivo durante la perimenopausia, lo que infiere que el fenómeno resulta de la interacción entre cambios neuroendocrinos y condiciones emocionales y funcionales propias de esta etapa (Greendale, Derby y Maki, 2011).

En Brasil, en los campos de estudio sobre menopausia, las investigaciones científicas relevadas (desde el año 2014 hasta la actualidad) informan una escasez de estudios que examinen de forma integrada los aspectos cognitivos del climaterio, particularmente aquellos que combinen evaluación neuropsicológica formal, autopercepción cognitiva y síntomas emocionales; esto demuestra que se han de priorizar siempre a los síntomas vasomotores, la calidad de vida y los aspectos ginecológicos, generando, como consecuencia, que la experiencia cognitiva femenina durante esta fase continúe poco explorada desde una visión clínica y neuropsicológica.

La vivencia cognitiva durante el climaterio ocurre, en muchos casos, en un escenario atravesado por síntomas físicos y emocionales, como alteraciones del sueño, fatiga, irritabilidad y oscilaciones del estado de ánimo (da Silva Assunção et al., 2017; de Souza Soares et al., 2018). Estos elementos componen un contexto funcional en el cual el rendimiento cognitivo pasa a ser influenciado no solo por cambios hormonales sino también por la exposición prolongada a estresores cotidianos. Desde la perspectiva de la neuropsicología del estrés, esta acumulación de demandas puede repercutir en dominios como la memoria, la atención y la flexibilidad cognitiva.

La literatura ha demostrado que las quejas cognitivas referidas por mujeres durante el climaterio no siempre encuentran correspondencia directa en evaluaciones neuropsicológicas formales; dificultades de memoria, atención y sensación de lentificación del pensamiento

pueden ser reportadas aun cuando el desempeño objetivo se mantiene dentro de parámetros normativos (Maki y Henderson, 2016; Weber et al., 2021). En la práctica clínica, esta disociación entre la experiencia subjetiva y las medidas estandarizadas configura un desafío interpretativo relevante, pudiendo reflejar limitaciones de los modelos tradicionales de evaluación para captar cambios funcionales sutiles, lo que refuerza la importancia de abordajes integrativos que consideren –simultáneamente– la autopercepción cognitiva, el rendimiento neuropsicológico y los síntomas emocionales.

La heterogeneidad cognitiva a lo largo de la transición menopáusica señala la necesidad de investigaciones que articulen aspectos hormonales, neuropsicológicos y subjetivos. Si bien los instrumentos neuropsicológicos permiten medir dominios específicos de la cognición con precisión psicométrica, estudios indican que la autopercepción cognitiva puede captar dimensiones relevantes de la experiencia femenina, señalando cambios funcionales sutiles no siempre detectables mediante evaluaciones estandarizadas (Maki y Henderson, 2016; Weber et al., 2021). La integración entre medidas subjetivas y objetivas, por lo tanto, contribuye a una interpretación más cualificada de las quejas cognitivas en el climaterio.

En este marco más amplio de envejecimiento cerebral femenino, investigaciones actuales han destacado que el sexo y el género constituyen modificadores relevantes en las trayectorias diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad de Alzheimer, reforzando la necesidad de integrar la historia reproductiva y la exposición hormonal acumulativa dentro de modelos multifactoriales de riesgo cognitivo femenino (Castro-Aldrete et al., 2025).

A partir de estas consideraciones teóricas y de las “lagunas” identificadas en la literatura nacional, el presente estudio se propuso examinar, de manera sistemática, la experiencia cognitiva de mujeres residentes en el municipio de São Paulo, entre 40 y 65 años

de edad, a partir de la integración entre autopercepción de síntomas del climaterio, rendimiento neuropsicológico objetivo y síntomas emocionales.

Para ello, se consideraron dos muestras complementarias: una muestra general de mujeres entre 40 y 65 años de edad que respondieron a un cuestionario estructurado de autopercepción elaborado específicamente para este estudio, orientado a explorar dimensiones cognitivas, emocionales, funcionales y clínicas asociadas al climaterio; y otra muestra independiente de mujeres entre 40 y 55 años de edad sometidas a una evaluación neuropsicológica breve.

Objetivos

Objetivo General

Investigar la experiencia cognitiva de mujeres brasileñas entre 40 y 65 años de edad durante el período del climaterio a partir de la descripción integrada de la autopercepción cognitiva, el desempeño neuropsicológico objetivo y la presencia de síntomas emocionales.

Objetivos Específicos

- Explorar el perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres participantes del estudio.
- Caracterizar la autopercepción cognitiva, emocional y funcional de mujeres brasileñas, entre 40 y 65 años de edad, en el período del climaterio.
- Describir el desempeño cognitivo objetivo en diferentes dominios neuropsicológicos mediante un protocolo breve de evaluación cognitiva, en una submuestra del estudio.
- Definir conjuntamente los perfiles de autopercepción cognitiva y de desempeño neuropsicológico objetivo, considerando su coexistencia en las circunstancias del climaterio sin presuponer relaciones asociativas ni causales entre estas dimensiones.
- Determinar la presencia y la distribución de síntomas emocionales autorreferidos en el contexto de la experiencia cognitiva durante el climaterio.
- Detallar variables sociodemográficas y de salud relacionadas con el perfil cognitivo y emocional de las participantes, en el marco de un análisis descriptivo.

Marco Teórico

Envejecimiento Poblacional

El envejecimiento poblacional se configura como una de las transformaciones demográficas más relevantes del siglo XXI. De acuerdo con el informe *World Population Prospects 2022: Summary of Results [Perspectivas de la Población Mundial 2022: Resumen de Resultados]* elaborado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la proporción de personas mayores ha crecido de forma continua en la mayoría de las regiones del mundo, fenómeno impulsado principalmente por la reducción sostenida de las tasas de fecundidad, la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida (ONU, 2022). Este proceso trasciende el crecimiento numérico de la población mayor e involucra cambios estructurales en las demandas sociales y sanitarias, con un incremento en la prevalencia de condiciones crónicas, funcionales, cognitivas y emocionales particularmente relevantes en el envejecimiento femenino.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el envejecimiento poblacional como un proceso global con repercusiones significativas para los sistemas de salud, demandando enfoques fundamentados en el curso de la vida que superen los modelos biomédicos tradicionales centrados exclusivamente en la enfermedad (OMS, 2002). En esta línea, el envejecimiento pasa a ser comprendido no sólo a partir de marcadores cronológicos o patológicos, sino como un fenómeno multidimensional que involucra dimensiones cognitivas, emocionales y psicosociales responsables de modular la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida a lo largo del proceso de envejecimiento.

En Latinoamérica —y con especial énfasis en Brasil—, el envejecimiento poblacional ocurre en estrecha articulación con procesos históricos y sociales, tales como la urbanización acelerada, las transformaciones en las estructuras familiares y las desigualdades en el acceso a servicios y recursos urbanos. Los estudios de carácter bibliográfico y documental indican

que la expansión de la población mayor ha demandado adaptaciones estructurales, sociales y políticas orientadas a la inclusión, la accesibilidad y la participación social, primordialmente en los ambientes urbanos marcados por asimetrías territoriales y socioeconómicas persistentes (Nespolo et al., 2024).

Estos elementos evidencian que el envejecimiento no puede ser comprendido como una experiencia homogénea ni exclusivamente determinada por la edad cronológica, sino que se trata, por el contrario, de un proceso fuertemente condicionado por las características de los entornos en los cuales se desarrolla la vida, por las oportunidades de acceso al cuidado, a la información y al soporte social, así como también por la exposición acumulativa a factores de vulnerabilidad a lo largo del tiempo. En este sentido, el territorio urbano emerge como una dimensión central en la modulación de las condiciones de envejecer, pudiendo actuar tanto como factor de protección como elemento de riesgo en función de sus condiciones materiales, simbólicas e institucionales.

En este marco conceptual ampliado, el envejecimiento puede ser comprendido como el resultado de la interacción entre determinantes demográficos, sociales, territoriales y de salud, los cuales configuran trayectorias heterogéneas a lo largo del curso de la vida. El proceso de envejecimiento no se reduce entonces a una dimensión exclusivamente biológica, sino que se construye a partir de la articulación entre múltiples factores que influyen en las condiciones de salud y en la calidad de vida de las personas.

Es a partir de este entendimiento ampliado que se estructuran distintos modelos contemporáneos de interpretación del envejecimiento, los cuales buscan integrar factores individuales, sociales, económicos y ambientales en la comprensión del desarrollo de la salud a lo largo de la vida. Entre estos modelos se destaca el concepto de envejecimiento activo, propuesto por la OMS, que entiende el proceso de envejecer como una dinámica influida por la interacción de múltiples determinantes y orientada a

la promoción de la autonomía, la funcionalidad, la participación social y la calidad de vida (OMS, 2002).

En los apartados siguientes se profundizan algunas de estas dimensiones, particularmente aquellas relacionadas con la urbanización, el contexto socioterritorial y sus implicancias en las condiciones de envejecer, con especial atención a la realidad latinoamericana y brasileña.

Envejecimiento y Urbanización

Un aspecto central del envejecimiento poblacional se refiere a su intensificación en entornos urbanos. En Brasil, este proceso ocurre de manera particularmente expresiva en una realidad marcada por una rápida urbanización y la creciente concentración de la población mayor en las ciudades, imponiendo desafíos adicionales a los sistemas de salud, al cuidado y a la organización de los servicios (Mrejen, Nunes y Giacomini, 2023). La convergencia entre envejecimiento poblacional y urbanización configura un fenómeno central para comprender los desafíos contemporáneos relacionados con la salud, el cuidado y la calidad de vida de las personas mayores.

Esta realidad dispone la necesidad de realizar adaptaciones estructurales en las infraestructuras urbanas, incluyendo aspectos relacionados con la movilidad, la vivienda, la accesibilidad, la seguridad y la disponibilidad de espacios verdes, como así también al fortalecimiento de políticas públicas orientadas al envejecimiento activo y saludable. Estas dimensiones han sido ampliamente discutidas en documentos internacionales y nacionales orientados a la promoción de ciudades más inclusivas para el envejecimiento, destacando el papel del territorio como determinante de las condiciones de salud a lo largo del curso de vida (OMS, 2007).

En la situación brasileña, marcada por desigualdades persistentes en el acceso a servicios públicos y por asimetrías territoriales significativas, estos desafíos asumen contornos aún más críticos, demandando atención prioritaria en la planificación de acciones orientadas a la población mayor. Estudios nacionales señalan que factores urbanos y sociales (como las condiciones habitacionales, el acceso a servicios y las redes de apoyo comunitario) ejercen influencia directa sobre la salud física, cognitiva y emocional de las personas mayores, ampliando o restringiendo posibilidades de cuidado y bienestar (Mrejen, Nunes y Giacomini, 2023).

Además de condicionar aspectos materiales del envejecimiento, el entorno urbano actúa como un importante modulador de la experiencia subjetiva de envejecer. Las características del territorio inciden en el sufrimiento psíquico, las posibilidades de cuidado, la construcción de redes de apoyo y el acceso a los servicios de salud a lo largo de la vida. De esta manera, comprender el envejecimiento en ambientes urbanos implica reconocer que esta experiencia no se da de forma homogénea, sino que está atravesada por factores sociales, ambientales e institucionales que moldean las trayectorias de salud y la calidad de vida (OMS, 2007).

En grandes centros urbanos, como las metrópolis brasileñas, estas dinámicas tienden a expresarse de forma aún más intensa en razón de la densidad poblacional, la heterogeneidad social, las desigualdades territoriales y la complejidad de las demandas en salud. Esto configura escenarios privilegiados para la investigación de las interacciones entre envejecimiento, salud mental, cognición y condiciones de vida, especialmente cuando se considera a la población mayor en situación urbana.

Longevidad Femenina y Desigualdades en el Envejecimiento

El análisis de la longevidad en el contexto brasileño revela un patrón consistente de predominancia femenina en los grupos etarios más avanzados. Las *Tábuas Completas de Mortalidade [Tablas Completas de Mortalidad]* del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) indican que la esperanza de vida al nacer de las mujeres es significativamente superior a la de los hombres, con una diferencia media de aproximadamente seis a siete años entre los sexos (IBGE, 2023b). Esta ventaja femenina también se expresa en la composición etaria de la población mayor: los datos del *Censo Demográfico de 2022* evidencian una mayor proporción de mujeres entre las personas de 60 años de edad o más, proporción que se intensifica progresivamente en los grupos etarios más avanzados.

Las proyecciones nacionales e internacionales refuerzan esta tendencia. Estimaciones del IBGE (2024), en consonancia con proyecciones de la ONU, informan que en las próximas décadas el contingente de personas mayores en Brasil superará al de niños, niñas y adolescentes, configurando un panorama de envejecimiento poblacional acelerado. En conjunto, estos indicadores demográficos delinean un proceso de envejecimiento rápido marcado por un claro predominio femenino en las edades más elevadas.

Este marco demográfico establece el trasfondo estructurante para la discusión sobre la salud de la mujer en la mediana edad y en el envejecimiento, particularmente en lo que se refiere a las transformaciones cognitivas y emocionales asociadas a la transición menopáusica. El predominio femenino en las edades más avanzadas, sin embargo, no debe interpretarse como indicativo de una mayor fragilidad intrínseca de las mujeres. Reconocer estas desigualdades es fundamental para comprender la longevidad femenina como un fenómeno complejo, atravesado por múltiples determinantes, y para afirmar que las

experiencias de envejecimiento de las mujeres no pueden analizarse de forma descontextualizada ni reducirse a explicaciones exclusivamente biológicas.

En el presente trabajo, las diferencias se interpretarán como expresión de vulnerabilidades construidas a lo largo del curso de vida, relacionadas con condiciones sociales, económicas y culturales que atraviesan de forma desigual las trayectorias femeninas.

Particularidades del Envejecimiento Femenino

El envejecimiento femenino no se reduce a una prolongación lineal de la vida adulta; se trata de un proceso atravesado por transformaciones biológicas, experiencias subjetivas y condiciones socioculturales que confieren especificidades al desarrollo de las mujeres en la mediana edad y en el envejecimiento. Aunque los datos demográficos indican una mayor presencia femenina en los grupos etarios más avanzados, vivir más no significa envejecer bajo las mismas condiciones sociales, simbólicas y materiales que los hombres.

En esta dirección, autores que abordan el envejecimiento y el género en sus estudios señalan que el cuerpo femenino está marcado por un recorrido biográfico singular a lo largo del curso de vida, atravesado por eventos como la menstruación, la gestación, el puerperio y la menopausia. Estos acontecimientos, además de tener repercusiones fisiológicas, organizan expectativas sociales, roles y significados atribuidos al cuerpo y a la identidad femenina, influyendo en la forma en que las mujeres experimentan el envejecer (de Beauvoir, 1990; Debert, 2012).

La transición menopáusica constituye un hito central en este recorrido y, para muchas mujeres, puede representar un período de reorganización corporal, emocional e identitaria. Las alteraciones en los niveles de estrógeno y progesterona han sido asociadas a cambios en el estado de ánimo, el sueño, la termorregulación, la cognición y el bienestar general, presentando una dinámica hormonal inestable en la mediana edad (Maki y Henderson, 2016;

Weber et al., 2021); no obstante, tales manifestaciones no se expresan de manera uniforme, ya que interactúan con el historial de salud, las condiciones de vida y las demandas acumuladas a lo largo del curso vital.

De este modo, el envejecimiento femenino puede ser comprendido como una experiencia situada en la que se entrelazan dimensiones biológicas y socioculturales. Envejecer, para las mujeres, implica con frecuencia negociar normas de género, expectativas sociales y presiones estéticas que atribuyen significados específicos a los cambios corporales a lo largo del tiempo. Transformaciones comunes de la mediana edad —como modificaciones en la composición corporal, en la piel y en la distribución de la grasa— tienden a ser interpretadas no sólo como fenómenos fisiológicos, sino también como signos simbólicos relacionados con la juventud, la funcionalidad y la posición social (de Beauvoir, 1990; Debert, 2012).

En consonancia con esta lectura, Greendale, Derby y Maki (2011) señalan que las dimensiones psicosociales pueden interactuar con la dinámica hormonal de la mediana edad y generar experiencias de agotamiento, irritabilidad y sobrecarga emocional, especialmente cuando se suman a la carga mental asociada a la acumulación de roles sociales. En esta articulación, las demandas laborales, el cuidado de hijos y familiares y las responsabilidades domésticas pueden intensificar el desgaste cotidiano y repercutir en la forma en que la mujer percibe su cuerpo, su estado de ánimo y su capacidad para sostener las exigencias de la vida diaria.

Los estudios brasileños actuales refuerzan que el envejecimiento femenino no puede ser comprendido exclusivamente como un fenómeno biológico, dado que está atravesado por determinantes sociales y por desigualdades relacionadas con la escolaridad, los ingresos, la maternidad y las condiciones de vida. Mallmann et al. (2024), en una investigación con 336 mujeres adultas brasileñas, observaron diferencias estadísticamente significativas en la

percepción de cambios corporales, en la funcionalidad y en la sexualidad de acuerdo con variables sociodemográficas, como por ejemplo el grupo etario, el número de hijos, los ingresos económicos y el nivel educativo. Las narrativas analizadas indicaron que algunas participantes enfatizaron presiones sociales vinculadas a la apariencia, la juventud y los ideales corporales, mientras que otras relataron procesos de adaptación, reorganización de hábitos y valorización de la salud y la dignidad en el envejecimiento.

Este conjunto de hallazgos refuerza que, además de las alteraciones fisiológicas, el envejecimiento femenino involucra dimensiones simbólicas y socioculturales con impacto en la autopercepción, la sexualidad y la calidad de vida, configurando una experiencia heterogénea y moldeada por circunstancias personales y sociales. La transición menopáusica no puede analizarse únicamente desde un prisma clínico porque las mujeres llegan al climaterio con historias corporales, emocionales y sociales particulares que modulan tanto la manifestación de los síntomas como la manera de interpretar cambios en el funcionamiento mental y de búsqueda de apoyo en los servicios de salud.

Al mismo tiempo, es necesario reconocer que el envejecimiento cognitivo es heterogéneo y puede incluir desde trayectorias estables hasta cuadros de declive con mayor riesgo de síndromes demenciales. Por esta razón, resulta esencial distinguir las alteraciones esperables del envejecimiento normal de los procesos patológicos o pre-demenciales (Charchat-Fichman et al., 2005).

Por último, la literatura nacional también señala que el climaterio y la menopausia son vivenciados bajo influencias sociales y culturales que modulan la percepción, la autoestima, la identidad y los modos de afrontamiento. De Maman (2025) destaca la importancia del apoyo psicológico para favorecer la elaboración de las transformaciones corporales y emocionales para reducir inseguridades, siempre que esté anclado en prácticas claras y científicamente fundamentadas, evitando formulaciones genéricas sobre bienestar y calidad

de vida. Las diferencias en el acceso a la información, en las redes de apoyo, en las condiciones socioeconómicas y en las experiencias previas de cuidado repercuten de manera decisiva en cómo cada mujer vivencia este período, demostrando que el climaterio no se configura como una experiencia homogénea sino plural y profundamente contextualizada.

Climaterio y Menopausia: Bases Históricas y Conceptuales

Aunque la menopausia corresponde a un evento biológico compartido por las mujeres que envejecen, su comprensión histórica ha variado de manera significativa acompañando los modelos médicos, culturales y sociales de cada época. Estudios historiográficos indican que hasta el siglo XIX las transformaciones reproductivas de la mediana edad eran frecuentemente interpretadas por la medicina europea bajo una lógica de declive, asociadas a nociones de “fracaso del cuerpo femenino” y de deterioro moral y físico (Laqueur, 1992).

En este encuadre, la pérdida de la fertilidad era leída como la ruptura de una función social atribuida al cuerpo de la mujer, reforzando la idea de que la menopausia constituía una condición patológica.

En el siglo XX, con el desarrollo de la endocrinología, se consolidó un modelo biomédico que pasó a interpretar la menopausia como una condición de deficiencia estrogénica, encuadre característico de la racionalidad médica del período. Este entendimiento sustentó intervenciones farmacológicas orientadas a la reposición hormonal y contribuyó a la medicalización de la transición menopáusica, especialmente en el entorno norteamericano donde este modelo se difundió de forma más sistemática.

No obstante, los análisis antropológicos y transculturales muestran que esta lectura no es universal. Estudios realizados en diferentes sociedades revelan que la menopausia no siempre se asocia a la enfermedad o al declive, siendo, en muchos contextos, comprendida

como una transición y una redefinición social con menor centralidad atribuida a los síntomas y a una mayor valorización de la autonomía femenina (Lock, 1998).

En los abordajes contemporáneos se observa un alejamiento progresivo de las concepciones patologizantes. Mattern (2019) destaca que la concepción de la menopausia como una etapa natural del ciclo vital femenino es relativamente nueva, emergiendo a partir de la integración de avances biomédicos, estudios transculturales y una comprensión más amplia de la salud de la mujer. En consonancia con esta perspectiva, la OMS (1996) ha señalado que la menopausia constituye una transición fisiológica esperada, no considerada una enfermedad aunque puede involucrar cambios físicos, emocionales y cognitivos que requieren una atención clínica adecuada.

Esta contextualización histórica permite comprender que los significados atribuidos a la menopausia influyen tanto en la experiencia subjetiva de las mujeres como en la forma en que los sistemas de salud reconocen, interpretan y responden a sus demandas a lo largo de la mediana edad, ofreciendo una base conceptual para el análisis de las vivencias femeninas en el climaterio.

Definiciones y Terminologías: Climaterio y Menopausia

El climaterio es comprendido como un período de transición biológica que marca el pasaje de la fase reproductiva a la no reproductiva de la vida de la mujer, involucrando transformaciones progresivas en los sistemas endocrino, metabólico y neurofisiológico. De acuerdo con la OMS, se trata de un proceso continuo que se extiende por varios años e incluye diferentes etapas, entre ellas la perimenopausia, la menopausia y la posmenopausia (OMS, 1996, 2002).

La menopausia se refiere específicamente al evento de la última menstruación, siendo reconocida únicamente de forma retrospectiva tras 12 meses consecutivos de amenorrea,

siempre que no exista otra causa patológica o fisiológica identificable. Esta definición permanece como referente central en la literatura científica y clínica, en razón de su claridad conceptual y aplicabilidad metodológica, y es adoptada de manera consistente en documentos internacionales y nacionales (Ministerio da Saúde [Ministerio de Salud (MS)], 2008; OMS, 1996).

La perimenopausia, también denominada transición menopáusica, comprende los años que anteceden y suceden inmediatamente a la menopausia, caracterizándose por fluctuaciones hormonales significativas especialmente en los niveles de estradiol y de la hormona folículo estimulante (FSH). Este período se asocia a una mayor irregularidad menstrual y a una mayor variabilidad sintomática, incluyendo síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, manifestaciones emocionales y quejas cognitivas (Harlow et al., 2012). Evidencias actuales indican que, durante esta etapa, muchas mujeres reportan cambios subjetivos en el funcionamiento cognitivo que no siempre se correlacionan con déficits objetivamente medibles en evaluaciones neuropsicológicas formales.

Con el objetivo de estandarizar la descripción de estas fases, el *Stages of Reproductive Aging Workshop [Sistema de Clasificación de las Etapas del Envejecimiento Reproductivo Femenino (STRAW+10)]* propuso un modelo de estadificación ampliamente reconocido a nivel internacional, basado en características del ciclo menstrual y en marcadores hormonales (Harlow et al., 2012). A pesar de su amplia adopción, el propio consenso reconoce desafíos en la operacionalización y en la aplicación uniforme de los términos premenopausia, perimenopausia y posmenopausia en la literatura, lo que puede comprometer la comparabilidad entre estudios y la interpretación de los resultados.

La síntesis conceptual de las fases del climaterio presentada en la Tabla 1 reúne los principales términos, delimitaciones temporales y observaciones clínicas asociadas, conformes a consensos y documentos internacionales y nacionales. Estas definiciones

permiten delimitar las distintas etapas del climaterio, considerando que los síntomas, las quejas subjetivas y las alteraciones funcionales varían según el momento de la transición menopáusica. A partir de este marco, los siguientes apartados abordan los impactos del climaterio sobre la cognición, la salud mental y la calidad de vida femenina.

Tabla 1*Síntesis conceptual de las fases del climaterio*

Término	Delimitación Temporal	Definición Conceptual	Observaciones Clínicas
Climaterio	Aproximadamente entre los 40 y 65 años de edad (con variación individual y contextual).	Período de transición biológica y psicosocial que marca el pasaje de la fase reproductiva a la no reproductiva de la vida de la mujer.	Incluye la perimenopausia, la menopausia y la posmenopausia; no es sinónimo de menopausia.
Perimenopausia (transición menopáusica)	Años que preceden y suceden a la menopausia.	Fase caracterizada por fluctuaciones hormonales e irregularidad menstrual, asociada a una mayor variabilidad sintomática.	Mayor ocurrencia de síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, manifestaciones emocionales y quejas cognitivas.
Menopausia	Hito retrospectivo tras 12 meses de amenorrea.	Evento definido como la última menstruación, reconocido únicamente de forma retrospectiva.	Representa un hito biológico, no un proceso continuo.
Posmenopausia	Tras la confirmación de la menopausia.	Fase subsiguiente al evento menopáusico, caracterizada por una relativa estabilización del perfil hormonal en niveles bajos de estrógeno.	Los síntomas pueden persistir o modificarse; los riesgos cardiometabólicos y óseos adquieren mayor relevancia.
Modelo STRAW+10	Estadificación reproductiva.	Sistema internacional de organización de las fases del envejecimiento reproductivo femenino basado en el patrón menstrual y en	Utilizado para la estandarización en estudios clínicos y epidemiológicos.

Término	Delimitación Temporal	Definición Conceptual	Observaciones Clínicas
		marcadores hormonales.	

Nota. Definiciones conceptuales elaboradas por la autora con base en documentos y consensos nacionales e internacionales (Harlow et al., 2012; MS, 2008; OMS 1996, 2025) y revisiones neuroendocrinas sobre menopausia (Maki y Henderson, 2016).

Alteraciones Endocrinas y Neuroendocrinas de la Menopausia

La transición menopáusica ha sido progresivamente reconocida, en numerosos estudios contemporáneos, como un fenómeno que trasciende el ámbito estrictamente reproductivo, configurándose como un período de mayor sensibilidad neuroendocrina con implicaciones relevantes para el funcionamiento cerebral. En este sentido, la perimenopausia ha sido descrita como una fase marcada por procesos de reorganización neurobiológica en los cuales la inestabilidad hormonal actúa como un elemento desencadenante de adaptaciones sistémicas que involucran el metabolismo cerebral, la regulación emocional, la cognición y el equilibrio energético del sistema nervioso central.

De acuerdo con este marco de referencia, la transición menopáusica se caracteriza por un contexto de elevada variabilidad endocrina en donde fluctuaciones expresivas en los niveles de estrógeno coexisten con la elevación progresiva de la FSH, acompañadas de irregularidad de los ciclos ovulatorios. A diferencia del período posmenopáusico, en el que los niveles hormonales tienden a estabilizarse en rangos consistentemente bajos, la perimenopausia se distingue por una inestabilidad hormonal persistente, aspecto que contribuye a la amplia heterogeneidad de los síntomas físicos, emocionales y cognitivos reportados por las mujeres en esta etapa de la vida (Brinton et al., 2015).

En el plano neurobiológico, el estrógeno ejerce un papel modulador fundamental sobre el funcionamiento cerebral, actuando a través de diferentes subtipos de receptores en

los que se incluyen los receptores de estrógeno *alfa* (*ER-α*), *beta* (*ER-β*) y el receptor acoplado a proteína *G* (GPER). Estos receptores presentan una amplia distribución en regiones cerebrales directamente implicadas en procesos cognitivos y emocionales, tales como el hipocampo, la corteza prefrontal, la amígdala y el hipotálamo, lo que sustenta la relevancia del estrógeno en la regulación de la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y el procesamiento emocional.

Uno de los mecanismos propuestos para comprender parte de las alteraciones observadas durante la transición menopáusica se refiere al desacoplamiento progresivo entre la señalización estrogénica y el metabolismo bioenergético cerebral. Las evidencias sugieren que la disminución de la acción estrogénica puede comprometer la eficiencia en la utilización de la glucosa como principal fuente energética del cerebro, favoreciendo la emergencia de un perfil hipometabólico de naturaleza funcional y transitoria. Esta condición tiende a impactar en procesos sinápticos de elevada demanda energética, especialmente en circuitos neuronales asociados a la memoria y a la cognición (Brinton et al., 2015).

A partir de estudios de neuroimagen, Mosconi et al. (2018) proponen que la transición menopáusica sea comprendida como un período crítico de reorganización neurobiológica, en el cual las alteraciones endocrinas asociadas a la reducción estrogénica se reflejan de manera mensurable en la estructura cerebral, la conectividad funcional y el metabolismo neural. Este enfoque amplía la comprensión de la menopausia, desplazándola de un evento exclusivamente reproductivo hacia un proceso con implicaciones centrales para la salud cerebral de la mujer en la mediana edad, con potenciales repercusiones sobre la cognición y el estado de ánimo.

Investigaciones posteriores realizadas por el mismo grupo, utilizando técnicas como la tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) y métodos de resonancia magnética estructural y funcional, refuerzan esta perspectiva al describir

alteraciones observables en el metabolismo cerebral y en la conectividad de regiones relevantes para el rendimiento cognitivo a lo largo de la transición menopáusica (Mosconi et al., 2018, 2021). Estos hallazgos contribuyen a sustentar la concepción de la menopausia como una transición neurológica mensurable, y no únicamente como un evento hormonal percibido de manera subjetiva.

Por medio de enfoques clínicos y neurobiológico, la literatura señala que durante la transición menopáusica pueden presentarse síntomas emocionales y quejas cognitivas en interacción con cambios hormonales que afectan directamente al sistema nervioso central. En este sentido, Maki y Henderson (2016) destacan que el estrógeno modula procesos cerebrales implicados en la memoria, la cognición y la regulación del estado de ánimo. De manera convergente, Greendale, Derby y Maki (2011) señalan que estas manifestaciones forman parte de un espectro heterogéneo de cambios cognitivos y emocionales en la mediana edad. Ampliando esta concepción, Russell, Jones y Newhouse (2019) destacan que el estrógeno ejerce una influencia directa sobre el sistema nervioso central, modulando procesos como la plasticidad sináptica, la neurotransmisión y el funcionamiento de circuitos neuronales implicados en la cognición y en la regulación del estado de ánimo.

De este modo, las alteraciones endocrinas y neuroendocrinas asociadas a la menopausia pueden ser comprendidas como parte de un proceso dinámico de adaptación cerebral, en el cual la inestabilidad hormonal actúa como moduladora de cambios funcionales con expresión variable en los dominios cognitivo, emocional y fisiológico. Esta lectura proporciona la base teórica necesaria para investigaciones que aborden la experiencia cognitiva femenina en el climaterio desde una visión integradora, articulando endocrinología, neurociencia y cognición sin recurrir a interpretaciones deterministas ni patologizantes.

Interacciones entre Pérdida Estrogénica, Metabolismo y Vulnerabilidad Cognitiva

Más allá de las alteraciones neuroendocrinas centrales asociadas a la transición menopáusica, revelaciones recientes han indicado que los efectos de la depleción estrogénica sobre la cognición emergen de manera integrada con factores metabólicos, vasculares y contextuales. Esta comprensión amplía los modelos explicativos estrictamente hormonales, desplazando la menopausia de una lógica lineal de causa-efecto hacia un encuadre multifactorial, en el cual la reducción estrogénica puede actuar como moduladora de vulnerabilidades previas o concomitantes. El término vulnerabilidad no alude a un estado patológico establecido ni a un proceso degenerativo en curso, sino a una mayor susceptibilidad funcional del sistema nervioso central frente a demandas metabólicas, hormonales o psicosociales. Esta susceptibilidad puede emerger en períodos de reorganización neuroendocrina —como la transición menopáusica—, en los cuales mecanismos adaptativos operan bajo nuevas condiciones bioenergéticas y regulatorias. Desde modelos contemporáneos de carga alostática y adaptación fisiológica, dicha vulnerabilidad se entiende como el resultado de la interacción acumulativa entre factores biológicos y contextuales que pueden modular la eficiencia funcional del cerebro sin implicar necesariamente daño estructural.

Las contribuciones provenientes de modelos experimentales han sido particularmente relevantes para dilucidar estos mecanismos. En un modelo murino de hipoperfusión cerebral crónica, Gannon et al. (2023) examinaron los efectos de la insuficiencia ovárica inducida —concebida para mimetizar aspectos de la transición menopáusica— sobre parámetros metabólicos y el rendimiento cognitivo. Los hallazgos indicaron que el estado posmenopáusico se asoció a alteraciones metabólicas expresivas, tales como aumento del peso corporal, mayor adiposidad y deterioro de la tolerancia a la glucosa.

Desde el punto de vista cognitivo, aunque la hipoperfusión aislada fue suficiente para comprometer la memoria espacial, la asociación entre hipoperfusión y estado

posmenopáusico dio lugar a un patrón más amplio de déficits que incluyen alteraciones en tareas de reconocimiento y en comportamientos análogos a las actividades de la vida diaria. Estos resultados muestran que la depleción estrogénica puede intensificar la expresión de déficits cognitivos cuando se combina con condiciones metabólicas y vasculares adversas, actuando como un factor adicional de vulnerabilidad cerebral.

Aunque derivados de modelos animales, estos hallazgos aportan plausibilidad mecanística a hipótesis observacionales en humanos al demostrar que la menopausia puede aumentar la susceptibilidad cerebral generando procesos que impactan la cognición, no solo por la reducción hormonal sino también por la interacción entre alteraciones endocrinas, metabolismo energético e integridad vascular.

En el ámbito de los estudios observacionales, revisiones sistemáticas y metaanálisis han explorado la relación entre la edad, el tipo de menopausia y los desenlaces cognitivos a largo plazo. Al sintetizar evidencias sobre la menopausia quirúrgica, Georgakis et al. (2019) observaron que, cuando se considera de manera amplia, esta condición no se asocia de forma consistente con el riesgo de demencia; no obstante, la ooforectomía bilateral realizada de forma precoz, especialmente antes de los 45 años de edad, se mostró relacionada con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia, así como con síntomas menos favorables en dominios como la memoria y la velocidad de procesamiento. Aunque marcados por la heterogeneidad metodológica, estos hallazgos refuerzan la relevancia de la edad de cesación hormonal como un potencial marcador de vulnerabilidad cognitiva a lo largo de la vida.

Las revisiones integrativas también han contribuido a la comprensión de los mecanismos mediante los cuales el estrógeno modula el funcionamiento cerebral en la mediana edad. Favaro Bressiani, Weber da Silva y da Silveira Corrêa (2022) destacan que la acción estrogénica en el sistema nervioso central involucra múltiples vías de señalización y subtipos de receptores distribuidos en regiones críticas para la cognición, como lo son el

hipocampo y la corteza prefrontal. La depleción estrogénica asociada a la menopausia puede, en este contexto, impactar sobre procesos de plasticidad sináptica, neurogénesis y metabolismo neuronal, aunque los resultados empíricos se caractericen por una elevada variabilidad interindividual. Esta heterogeneidad refuerza la necesidad de modelos explicativos que integren factores neuroendocrinos, metabólicos y clínicos.

En conjunto, estas certezas sustentan la comprensión de que la transición menopáusica no constituye un factor determinístico de deterioro cognitivo, sino un período de mayor sensibilidad biológica en el cual la pérdida estrogénica puede modular la expresión de vulnerabilidades latentes o emergentes, especialmente en situaciones de riesgo metabólico, vascular o de privación hormonal precoz. Esta perspectiva favorece una lectura más precisa de las quejas cognitivas referidas por mujeres en el climaterio, reconociéndolas como posibles manifestaciones de procesos adaptativos complejos y no necesariamente como indicadores de trayectorias patológicas uniformes. Este enfoque refuerza la importancia de las investigaciones que articulan marcadores clínicos, factores de riesgo y evaluación cognitiva particularmente en poblaciones aún poco exploradas, como las mujeres brasileñas en la mediana edad.

Impactos Sistémicos del Climaterio: Manifestaciones Físicas, Emocionales y Cognitivas

Las alteraciones endocrinas del climaterio repercuten de forma sistémica en la salud de la mujer, manifestándose a través de síntomas que con frecuencia se distribuyen entre los dominios físico, emocional y cognitivo. Documentos de consenso clínico describen que los síntomas vasomotores, característicos de esta fase, pueden asociarse a impactos funcionales más amplios, incluyendo alteraciones en la calidad del sueño, irritabilidad y dificultades de concentración, con repercusiones significativas sobre el funcionamiento cotidiano y el bienestar general.

Desde el punto de vista clínico, la experiencia sintomática del climaterio tiende a organizarse en superposición, reuniendo quejas físicas, emocionales y cognitivas que se manifiestan de forma interdependientes. Investigaciones sobre la cognición en la transición menopáusica denotan que parte de las quejas cognitivas subjetivas —como dificultades de atención, lapsos de memoria y sensación de enlentecimiento— pueden reflejar no solo cambios propios de este período sino también vías indirectas en las cuales las alteraciones del sueño y del estado de ánimo ejercen una influencia moduladora relevante (Greendale, Derby y Maki, 2011).

La sintomatología del climaterio debe ser comprendida de forma integrada y clínicamente operativa. En una parte de las mujeres, los componentes físicos —especialmente los síntomas vasomotores y los trastornos del sueño— pueden modular o intensificar las manifestaciones emocionales y cognitivas, influyendo en el funcionamiento cotidiano y en la percepción de bienestar, incluso en ausencia de alteraciones cognitivas objetivamente mensurables (Maki, Panay y Simon, 2024).

Desde una óptica neurobiológica integradora, McCarthy y Raval (2020) describen el climaterio como un período de mayor sensibilidad sistémica, caracterizado por inestabilidad hormonal y un aumento de procesos inflamatorios de bajo grado que afectan múltiples sistemas regulados por el estrógeno. En este marco, la transición menopáusica puede favorecer un estado de vulnerabilidad cerebral al interferir en mecanismos inmunoinflamatorios, metabólicos y vasculares, ampliando potencialmente los riesgos en situaciones de susceptibilidad previa. Esta formulación no implica un determinismo patológico, sino que contribuye a comprender el climaterio como una fase biológicamente crítica en la cual las alteraciones sistémicas pueden modular acciones de salud cerebral a lo largo del envejecimiento, especialmente cuando se asocian a comorbilidades clínicas y factores de riesgo acumulativos.

Además de los factores biológicos, la literatura ha demostrado que la experiencia del climaterio está fuertemente modulada por variables psicosociales y emocionales que exceden los cambios hormonales aislados. En un estudio transversal con mujeres de entre 45 y 55 años de edad, Bauld y Brown (2009) observaron que niveles más elevados de estrés, ansiedad y síntomas depresivos, así como estrategias menos adaptativas de afrontamiento y regulación emocional, se asociaron a una mayor severidad de los síntomas menopáusicos y a una peor percepción de la salud física. Estos hallazgos refuerzan que el impacto del climaterio no puede comprenderse de manera disociada de los ámbitos psicológicos y sociales en los que las mujeres se encuentran insertas, señalando la necesidad de modelos explicativos que articulen las dimensiones subjetivas y biológicas de esta experiencia.

En esta dirección, abordajes recientes han enfatizado que la transición menopáusica debe ser comprendida en interacción con la salud cardiometabólica, dado que las alteraciones en los sistemas vasculares y metabólicos pueden repercutir sobre el cerebro y modular trayectorias cognitivas en la mediana edad. En una revisión centrada en la interfaz entre estrógenos, salud cardiometabólica y cognición, Daniel et al. (2023) señalan que la divergencia de resultados entre modelos preclínicos y estudios clínicos puede explicarse, en parte, por el estado de salud previo: condiciones como la hipertensión, la obesidad y la diabetes pueden alterar los mecanismos mediante los cuales los estrógenos actúan directa e indirectamente sobre los sistemas de memoria. Esta lectura favorece una comprensión menos fragmentada de la transición menopáusica, al situar cerebro y cuerpo en un mismo eje fisiológico, reforzando la necesidad de considerar perfiles clínicos heterogéneos al interpretar los desenlaces cognitivos.

Avanzando en esta lectura integradora, estudios contemporáneos han destacado que los síntomas depresivos y ansiosos constituyen manifestaciones clínicamente relevantes durante la transición menopáusica, asociados a procesos neurobiológicos que trascienden

explicaciones exclusivamente psicológicas. Liang et al. (2024) señalan que, en la perimenopausia, la fluctuación y el descenso de las hormonas ováricas se articulan con alteraciones neuroendocrinas capaces de favorecer el estrés oxidativo y la neuroinflamación en el sistema nervioso central, mecanismos implicados en la regulación del estado de ánimo y en la vulnerabilidad emocional. Esta perspectiva amplía la comprensión de la sintomatología emocional en el climaterio como un fenómeno multifactorial en el que interactúan factores hormonales, neurobiológicos y psicosociales, reforzando la importancia de abordajes integrados para el análisis de las experiencias emocionales y cognitivas referidas por mujeres en la mediana edad.

Síntomas Vasomotores y Sueño como Mediadores Clínicos

Los síntomas vasomotores, que incluyen los sofocos y la sudoración nocturna, constituyen manifestaciones frecuentes de la transición menopáusica, tradicionalmente asociados a alteraciones en los procesos de regulación térmica. La literatura clínica y epidemiológica describe una asociación consistente entre los síntomas vasomotores, una peor calidad del sueño, la irritabilidad y las dificultades de concentración, configurando un conjunto de repercusiones funcionales relevantes para la vida cotidiana de las mujeres en la mediana edad (Thurston, 2018).

Desde el punto de vista clínico, los síntomas vasomotores no tienden a presentarse de forma aislada, sino que frecuentemente se articulan con trastornos del sueño y con alteraciones del estado de ánimo, componiendo un cuadro sintomático integrado que impacta la percepción de bienestar y el funcionamiento diario. Esta superposición sintomática contribuye a la heterogeneidad de las experiencias referidas durante el climaterio, reforzando la necesidad de interpretaciones que consideren la interacción entre las manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas.

La literatura sobre el sueño describe que la transición menopáusica puede asociarse a alteraciones relevantes del patrón de sueño en subgrupos de mujeres, incluyendo dificultad para iniciar y mantener el sueño, despertares nocturnos frecuentes y fragmentación del sueño. Estas perturbaciones pueden derivar tanto de la ocurrencia de síntomas vasomotores durante la noche como de la interacción con factores emocionales, contextuales y psicosociales concomitantes (Maki, Panay y Simon, 2024). Funcionalmente, el sueño insuficiente o no reparador es reconocido como modulador de la atención, de la regulación emocional y de la eficiencia ejecutiva en la vida cotidiana.

Las alteraciones del sueño se configuran como mediadores clínicos relevantes entre la transición biológica del climaterio y la experiencia subjetiva de dificultades cognitivas. Evidencias clásicas indican que la fragmentación del sueño, frecuentemente asociada a los síntomas vasomotores, puede intensificar la percepción de lapsos cognitivos, la sensación de enlentecimiento mental y las quejas subjetivas de memoria, incluso en ausencia de déficits objetivamente mensurables en evaluaciones neuropsicológicas formales (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016).

Esta lectura integrada sustenta la necesidad de cautela en la interpretación de las quejas cognitivas referidas durante el climaterio, evitando atribuciones lineales o explicaciones exclusivamente neurobiológicas. Pruebas acumuladas demuestran que la interacción entre síntomas físicos, alteraciones del sueño, estado emocional y circunstancias de la vida desempeñan un papel central en la modulación del funcionamiento cotidiano y de la percepción de bienestar en la mediana edad. De este modo, el análisis de las quejas cognitivas en el climaterio demanda abordajes que consideren de manera sistemática la articulación entre el autorreporte, los síntomas somáticos y las condiciones psicosociales, especialmente en estudios que integran el rendimiento cognitivo objetivo y la experiencia subjetiva.

Insomnio en el Climaterio: Mecanismos e Implicaciones Clínicas

El insomnio figura entre las quejas más frecuentes durante la transición menopáusica y ha sido descrito como un síntoma de naturaleza multifactorial, en el cual las fluctuaciones hormonales, los síntomas vasomotores y los factores psicosociales se interrelacionan de manera compleja. Las alteraciones en los niveles de estrógeno y progesterona se han asociado principalmente a perjuicios en la continuidad y el mantenimiento del sueño, con aumento de los despertares nocturnos y mayor tiempo de vigilia después del inicio del sueño, frecuentemente en interacción con sofocos y sudoración nocturna.

Estas alteraciones del sueño no se expresan de forma aislada en el contexto clínico, sino, por el contrario, los trastornos del sueño pueden coexistir con alteraciones del estado de ánimo y quejas cognitivas, componiendo un cuadro sintomático integrado y clínicamente relevante durante la transición menopáusica. En una revisión narrativa, Gava et al. (2019) discuten que los síntomas de sueño, los cambios del estado de ánimo y las quejas cognitivas constituyen manifestaciones frecuentes en esta etapa, con impacto sobre la calidad de vida, la productividad y la salud.

Además de constituir un síntoma relevante en sí mismo, el insomnio puede funcionar como una vía indirecta entre las alteraciones endocrinas y los desenlaces emocionales y funcionales en la mediana edad. En una revisión sistemática y metaanálisis, Pan et al. (2022) informan que distintos regímenes de terapia hormonal pueden producir una mejoría pequeña a moderada en desenlaces de sueño autorreportados, mientras que los parámetros objetivos evaluados mediante polisomnografía no muestran de forma consistente una mejoría significativa. Estos hallazgos refuerzan que la experiencia subjetiva del sueño ocupa un lugar

central en la vivencia clínica del insomnio en el climaterio, y no únicamente las medidas objetivas aisladas.

La persistencia de un sueño insuficiente o no reparador se asocia a un peor funcionamiento diurno, mayor vulnerabilidad emocional y una peor percepción de la salud, reforzando la relevancia clínica del insomnio como componente del impacto sistémico del climaterio. En este sentido, se enfatiza que el manejo tiende a ser más efectivo cuando se orienta por abordajes integrados e individualizados, combinando intervenciones conductuales (por ejemplo, higiene del sueño y terapia cognitivo-conductual), estrategias clínicas y ajustes contextuales con el fin de reducir el impacto del sueño inadecuado sobre la salud emocional y el funcionamiento cotidiano (Texeira Lima et al., 2024).

Menopausia como Ventana de Vulnerabilidad Neurobiológica Funcional

La transición menopáusica ha sido comprendida en la literatura contemporánea como un período de mayor sensibilidad neurobiológica, en el cual los procesos adaptativos cerebrales previamente descritos pasan a interactuar de manera más intensa con las fluctuaciones hormonales, las demandas emocionales y los factores contextuales característicos de la mediana edad femenina. La menopausia no es concebida como un proceso patológico en sí mismo, sino como una ventana de vulnerabilidad funcional asociada a una fase de reorganización neuroendocrina y cerebral que puede tornar el funcionamiento cognitivo y emocional más susceptible a la influencia de factores moduladores internos y externos (Brinton, 2015; Mosconi et al., 2021).

Esta mayor sensibilidad funcional no deriva de un mecanismo aislado, sino de la convergencia de múltiples procesos interrelacionados. Entre ellos se destacan las fluctuaciones acentuadas y el declive progresivo del estradiol (hormona con reconocida acción neuromoduladora), las adaptaciones metabólicas del cerebro y condiciones

frecuentemente presentes en la mediana edad (como el estrés crónico), las alteraciones del sueño y la sobrecarga psicosocial. En esta configuración, incluso cambios neurobiológicos de naturaleza predominantemente adaptativa pueden resultar en una mayor responsividad a sobrecargas fisiológicas y emocionales con repercusiones en el funcionamiento cotidiano, sin que ello implique un determinismo patológico ni un proceso neurodegenerativo (Brinton et al., 2015; McEwen, 2007).

En el plano conceptual, diversos estudios indican que la transición menopáusica puede asociarse a cambios regulatorios en vías neuroinmunes e inflamatorias de bajo grado, frecuentemente discutidas en la literatura bajo el concepto de neuroinflamación. Estos cambios no implican, por sí mismos, un proceso neurodegenerativo, sino que pueden reflejar un estado de mayor reactividad neurobiológica con potencial para influir en la plasticidad y la eficiencia sináptica, especialmente en interacción con factores como el estrés persistente y la privación de sueño (McEwen y Stellar, 1993; McEwen, 2007; McCarthy y Raval, 2020).

En este marco, el estrés crónico asume un papel central. El concepto de carga alostática permite comprender cómo la activación prolongada de los sistemas de respuesta al estrés puede interactuar con la vulnerabilidad funcional del climaterio, modulando la experiencia emocional y cognitiva sin presuponer necesariamente una lesión estructural del sistema nervioso central.

En base a esto, adquieren mayor relevancia las quejas cognitivas subjetivas referidas por mujeres durante la perimenopausia y la posmenopausia, tales como las dificultades de concentración, lapsos de memoria reciente, sensación de enlentecimiento del pensamiento y mayor esfuerzo cognitivo para tareas habituales. Este conjunto de manifestaciones ha sido descrito mediante el término *brain fog* [*niebla mental*], utilizado para caracterizar la experiencia cognitiva percibida durante la transición menopáusica, aunque sin

correspondencia obligatoria con déficits mensurables en evaluaciones neuropsicológicas formales (Maki y Henderson, 2016).

La relevancia clínica de estas quejas reside en el desajuste entre un rendimiento objetivo preservado y la percepción subjetiva de cambio cognitivo, lo que resulta compatible con la hipótesis de que, en un período de sensibilidad funcional aumentada, el cerebro puede operar bajo condiciones neurofuncionales distintas demandando un mayor esfuerzo para sostener el desempeño habitual. Estas manifestaciones pueden, por lo tanto, ser interpretadas como expresiones subjetivas de un proceso de adaptación en el cual los mecanismos compensatorios mantienen el funcionamiento formal, aunque con una mayor sobrecarga cognitiva percibida (Mosconi et al., 2021; Weber et al., 2021).

Resultados de neuroimagen brindan apoyo a esta interpretación al mostrar que la transición menopáusica puede asociarse a cambios en marcadores metabólicos y en parámetros estructurales en regiones sensibles a la modulación estrogénica, incluyendo el hipocampo, la corteza prefrontal y áreas temporoparietales, incluso cuando no se observan déficits en pruebas cognitivas estandarizadas (Brinton et al., 2015; Mosconi et al., 2021). Estos hallazgos refuerzan la comprensión de la menopausia como un período de reorganización funcional del sistema nervioso central y no como un factor causal directo de procesos neurodegenerativos.

Este enfoque dialoga con modelos actuales de envejecimiento cerebral que enfatizan la heterogeneidad y la interacción entre biología y ámbito social (Migeot et al., 2025).

Si bien la transición menopáusica ha sido conceptualizada como una ventana de vulnerabilidad neurobiológica funcional, los enfoques contemporáneos en salud cerebral recomiendan ampliar esta perspectiva hacia una comprensión integradora. En este marco, la menopausia puede ser entendida también como una ventana de oportunidad para el cuidado del neurobienestar, especialmente cuando se adoptan estrategias orientadas a la promoción de

la salud cerebral, la regulación del estrés, la mejora del sueño y la optimización de factores metabólicos y psicosociales. Desde esta lectura, la mayor sensibilidad funcional descrita no implica un destino patológico, sino una etapa potencialmente modulable, en la cual intervenciones preventivas y abordajes integrales pueden contribuir a sostener la funcionalidad cognitiva y emocional en la mediana edad de las mujeres.

Modelo Integrador: Reorganización Neuroendocrina, Metabolismo Cerebral y Costo Cognitivo

La comprensión de la menopausia como una ventana de vulnerabilidad neurobiológica funcional puede profundizarse a partir de modelos integradores que articulan alteraciones hormonales, adaptaciones funcionales del cerebro y factores contextuales asociados a la mediana edad femenina. Evidencias neurobiológicas denotan que la transición menopáusica involucra un proceso de reorganización neuroendocrina, en el cual las fluctuaciones y el declive progresivo del estradiol repercuten sobre sistemas cerebrales sensibles a la modulación estrogénica, particularmente aquellos relacionados con la cognición, la regulación emocional y el metabolismo cerebral (Brinton et al., 2015; Maki y Henderson, 2016; Mosconi et al., 2021).

Desde el punto de vista metabólico, los modelos propuestos por Brinton et al. (2015) y profundizados por Mosconi et al. (2018, 2021) indican que, durante la transición menopáusica, puede producirse un desacoplamiento progresivo entre la señalización estrogénica y el metabolismo de la glucosa cerebral. Este proceso implica una reducción de la eficiencia bioenergética en determinadas redes neuronales, especialmente en regiones con alta densidad de receptores estrogénicos, como el hipocampo y la corteza prefrontal. En estas condiciones, el cerebro femenino puede pasar a operar bajo un régimen funcional distinto, lo

que sugiere un mayor reclutamiento funcional y adaptaciones metabólicas para sostener el rendimiento cognitivo habitual.

Estas alteraciones no caracterizan procesos neurodegenerativos, sino que reflejan ajustes adaptativos frente a un nuevo entorno hormonal; no obstante, operar bajo este régimen funcional puede implicar un aumento del costo cognitivo necesario para mantener la eficiencia del funcionamiento, especialmente en situaciones de elevada demanda emocional, multitarea y estrés. Este modelo ayuda a comprender por qué durante la perimenopausia muchas mujeres refieren un mayor esfuerzo mental, sensación de enlentecimiento del pensamiento y dificultades de concentración aun cuando las evaluaciones neuropsicológicas formales reflejan un rendimiento preservado (Maki y Henderson, 2016; Weber et al., 2021).

La discrepancia entre la queja cognitiva subjetiva y el rendimiento objetivo, ampliamente descrita en la literatura, puede interpretarse a la luz de este modelo como la expresión de un período de adaptación neurofuncional. Estudios longitudinales revelan que, durante la transición menopáusica, el desempeño en pruebas cognitivas estandarizadas tiende a mantenerse dentro de los límites esperados para la edad y el nivel educativo, mientras que la experiencia subjetiva revela una mayor fatiga cognitiva y una menor fluidez funcional en la vida cotidiana (Greendale, Derby y Maki, 2011; Weber et al., 2021). Esta disociación no representa una inconsistencia metodológica, sino que refleja el hecho de que los instrumentos neuropsicológicos capturan el rendimiento máximo en condiciones controladas, mientras que la vida cotidiana involucra variabilidad emocional, presión temporal y demandas simultáneas.

Este modelo integrador también dialoga con la literatura sobre el estrés crónico y la carga alostática. La activación persistente de los sistemas de respuesta al estrés, particularmente del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, puede interactuar con la vulnerabilidad funcional del período menopáusico, modulando procesos cognitivos y emocionales sin implicar, de forma invariable, un daño estructural del sistema nervioso central (McEwen y

Stellar, 1993; McEwen, 2007). Las alteraciones del sueño, los síntomas vasomotores y la sobrecarga psicosocial actúan como factores amplificadores de este costo funcional, intensificando la percepción subjetiva de ineficiencia cognitiva (Greendale, Derby y Maki, 2011).

Reserva Cognitiva como Referente Interpretativo de la Variabilidad Cognitiva en el Climaterio

Aunque el concepto de reserva cognitiva no fue formulado originalmente para explicar fenómenos asociados a la transición menopáusica, sus supuestos teóricos ofrecen un referente interpretativo relevante para comprender la variabilidad interindividual observada en las experiencias cognitivas de este período. Al enfatizar mecanismos funcionales de adaptación frente a desafíos cognitivos o alteraciones biológicas, el concepto contribuye a una lectura menos lineal y menos patologizante de las quejas cognitivas referidas por mujeres en la mediana edad.

La reserva cognitiva se refiere a la capacidad del cerebro para adaptarse a desafíos cognitivos o alteraciones biológicas mediante el uso de estrategias funcionales más eficientes, flexibles o compensatorias, contribuyendo al mantenimiento del rendimiento incluso en presencia de cambios estructurales o funcionales.

A diferencia de la reserva cerebral, que se vincula a aspectos estructurales del tejido neural, la reserva cognitiva enfatiza mecanismos funcionales dinámicos, tales como la eficiencia neural, la flexibilidad en el reclutamiento de redes y la capacidad de adaptación cognitiva construida a lo largo de la vida. Estas diferencias permiten comprender por qué individuos expuestos a condiciones biológicas o contextuales similares pueden presentar trayectorias cognitivas distintas.

Aunque una parte sustancial de las investigaciones sobre reserva cognitiva se ha concentrado en el envejecimiento y en las demencias, sus supuestos dialogan conceptualmente con los hallazgos descritos en la literatura sobre la transición menopáusica. Estudios indican que, durante este período, muchas mujeres mantienen un rendimiento cognitivo objetivo preservado, a pesar de referir mayor esfuerzo mental, fatiga cognitiva y dificultades funcionales en la vida cotidiana (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016; Weber et al., 2021). Esta disociación entre el desempeño formal y la experiencia subjetiva resulta compatible con la movilización de estrategias funcionales y con el aumento del costo cognitivo necesario para sostener el funcionamiento habitual, fenómenos conceptualmente alineados con el referente de la reserva cognitiva; no obstante, es importante destacar que la aplicación directa del concepto de reserva cognitiva a la menopausia aún carece de investigación empírica específica, configurando una ausencia relevante en la literatura.

En este sentido, la reserva cognitiva puede ser considerada como un marco interpretativo potencial para comprender la variabilidad en las experiencias cognitivas entre mujeres expuestas a cambios neuroendocrinos similares, particularmente en lo que respecta a la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo.

A la luz de este conjunto de evidencias, la menopausia puede ser comprendida como un período de reorganización neurobiológica funcional, en el cual las alteraciones hormonales, las adaptaciones metabólicas cerebrales y los factores contextuales interactúan de manera compleja produciendo experiencias cognitivas heterogéneas entre las mujeres. En este escenario, la presencia de quejas cognitivas subjetivas no debe interpretarse como un indicativo directo de deterioro cognitivo objetivo, sino como una posible expresión de un aumento del costo funcional necesario para sostener el rendimiento habitual en un contexto de mayor sensibilidad neuroendocrina.

La discrepancia frecuentemente observada entre la percepción subjetiva y el desempeño neuropsicológico formal refuerza la necesidad de abordajes investigativos que integren múltiples dimensiones del funcionamiento cognitivo, incluyendo el autorreporte, la evaluación objetiva y los síntomas emocionales asociados.

Esta perspectiva ha sido destacada en la literatura como fundamental para una comprensión más amplia de la experiencia cognitiva, especialmente en momentos caracterizados por alta variabilidad interindividual y por la interacción entre factores biológicos, psicológicos y contextuales.

En el presente estudio, la reserva cognitiva es adoptada como un referente teórico interpretativo, en línea con su formulación original (Stern et al., 2018), permitiendo comprender la variabilidad interindividual en el funcionamiento cognitivo durante el climaterio.

Emociones, Estrés Crónico y Salud Mental en la Transición Menopáusica

La transición menopáusica ha sido descrita como un período de mayor sensibilidad emocional, en el cual síntomas como ansiedad, estado de ánimo deprimido, irritabilidad y mayor vulnerabilidad al estrés son referidos con mayor frecuencia en comparación con otras fases de la vida adulta femenina (de Souza Soares et al., 2018; da Silva Assunção et al., 2017). Estas manifestaciones, sin embargo, no deben comprenderse de forma aislada ni automáticamente patologizante, sino situarse en concepciones más amplia de reorganizaciones neuroendocrinas y de demandas psicosociales propias de la mediana edad.

En este sentido, diversos estudios señalan que la expresión de estos síntomas es heterogénea, variando en intensidad, duración e impacto funcional entre las mujeres, lo que descarta interpretaciones deterministas o uniformizadoras del climaterio (de Souza Soares et al., 2018; Maki y Henderson, 2016).

Los síntomas depresivos también presentan una mayor prevalencia durante la transición menopáusica, variando desde estado de ánimo bajo, anhedonia y fatiga emocional hasta cuadros más estructurados, aunque no siempre configurando episodios depresivos mayores. Rubinow y Schmidt (2019) destacan que este período puede representar una fase de mayor vulnerabilidad del estado de ánimo, especialmente en mujeres con antecedentes de sensibilidad afectiva o trastornos del humor, reforzando la importancia de lecturas clínicas que articulen factores hormonales, emocionales y contextuales en lugar de atribuciones causales lineales.

La irritabilidad constituye otro síntoma frecuentemente referido y descrito por las propias mujeres como altamente impactante en la vida cotidiana. Episodios de menor tolerancia a la frustración, impaciencia y respuestas emocionales más intensas son comprendidos como expresión de la interacción entre fluctuaciones hormonales, alteraciones del sueño y aumento de la carga mental, elementos que tienden a coexistir durante la transición menopáusica (Greendale, Derby y Maki, 2011). En este marco, los síntomas emocionales, las perturbaciones del sueño y las quejas cognitivas no se presentan como dimensiones independientes, sino como componentes interrelacionados de un mismo proceso adaptativo.

Las revisiones sistemáticas han permitido precisar que la relación entre la transición menopáusica y la sintomatología ansiosa y depresiva se encuentra modulada por factores específicos, más que por la menopausia considerada de forma aislada.

En particular, variables como la presencia de síntomas vasomotores —especialmente aquellos asociados a trastornos del sueño—, los antecedentes de trastornos del estado de ánimo y la exposición a estresores psicosociales han sido identificadas como elementos centrales en esta asociación (Alblooshi, Taylor y Gill, 2023).

Estos hallazgos contribuyen a una comprensión más refinada del sufrimiento psíquico en esta etapa, al situarlo como resultado de la interacción entre múltiples dimensiones biológicas, emocionales y contextuales.

En el plano neurobiológico, la relación entre el estrógeno y la regulación emocional ha sido discutida a partir de la modulación de circuitos límbicos implicados en el procesamiento afectivo. El estradiol ejerce efectos neuromoduladores sobre estructuras centrales como la amígdala, el hipocampo y regiones de la corteza prefrontal medial, influyendo en la estabilidad del estado de ánimo, la reactividad emocional y la capacidad de regulación afectiva a lo largo de la vida femenina (McEwen y Milner, 2017; Maki y Henderson, 2016). Durante la transición menopáusica, la reducción progresiva —y la mayor variabilidad— de los niveles de estrógenos puede alterar la dinámica funcional de estos circuitos, contribuyendo a una mayor sensibilidad emocional en una parte de las mujeres, sin implicar una relación causal uniforme.

Además, el estrógeno modula sistemas neurotransmisores implicados en el estado de ánimo, como los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico, lo que hace comprender la mayor frecuencia de síntomas ansiosos, depresivos y de irritabilidad en este período (Rubinow y Schmidt, 2019), mientras que el hipocampo —además de su participación en los procesos mnésicos— actúa en la integración entre emoción y cognición, mostrándose sensible a las variaciones hormonales características del climaterio (Luine, 2014).

El estrés crónico emerge así como un eje transversal para la comprensión de la salud mental y cognitiva durante la transición menopáusica. Aunque las respuestas agudas al estrés pueden tener un carácter adaptativo, la exposición persistente a estresores tiende a asociarse a efectos negativos sobre la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, especialmente cuando se acompaña de una baja recuperación fisiológica y psicológica (McEwen, 2007; Lupien et al., 2009). Esta discusión adquiere particular relevancia en la mediana edad

femenina, dado que el climaterio frecuentemente coincide con múltiples demandas personales, familiares y profesionales, potenciando la carga emocional y cognitiva vivenciada en este período.

Para comprender de manera integrada los efectos del estrés persistente, el concepto de carga alostática constituye un marco teórico relevante. La alostasis se define como el proceso mediante el cual el organismo mantiene la estabilidad a través de ajustes fisiológicos dinámicos, mientras que la carga alostática hace referencia al desgaste acumulativo derivado de la activación repetida o prolongada de estos mecanismos adaptativos (McEwen y Stellar, 1993).

La exposición sostenida a niveles elevados de cortisol se ha asociado con alteraciones en procesos cognitivos y emocionales, particularmente en situaciones de estrés crónico (Lupien et al., 2009); asimismo, investigaciones más recientes han señalado la relación entre el estrés persistente y procesos inflamatorios de bajo grado, sugiriendo que la activación prolongada de sistemas de respuesta al estrés puede influir en vías inmunoinflamatorias con posibles implicaciones para la salud mental y el funcionamiento cognitivo (Miller, Chen y Parker, 2011; Slavich y Irwin, 2014).

En términos clínicos y funcionales, las alteraciones emocionales asociadas al climaterio se tornan particularmente relevantes cuando repercuten en la vida cotidiana y en la calidad de vida; aunque las evaluaciones objetivas frecuentemente indiquen un rendimiento cognitivo preservado, muchas mujeres refieren un mayor esfuerzo mental, fatiga emocional y dificultades en la organización, la toma de decisiones, la multitarea y el manejo de múltiples demandas simultáneas.

Neurocognición Femenina en el Climaterio

La neurocognición femenina en el climaterio puede ser comprendida a partir de la interacción entre mecanismos neuroendocrinos, emocionales y contextuales que modulan el funcionamiento cerebral durante esta transición.

La literatura científica expone que las alteraciones cognitivas referidas por las mujeres en este período no configuran un deterioro cognitivo global, sino que se expresan como variaciones funcionales específicas, caracterizadas por una marcada heterogeneidad interindividual y por una frecuente discrepancia entre la queja subjetiva y el rendimiento objetivo (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016; Weber et al., 2021).

De manera general, los dominios más frecuentemente referidos incluyen la atención, la memoria —especialmente la memoria verbal y la memoria de trabajo— y las funciones ejecutivas. Estas manifestaciones tienden a ser sutiles, variables y, en muchos casos, percibidas inicialmente en la vida cotidiana, antes de reflejarse de forma consistente en evaluaciones neuropsicológicas estandarizadas. Este patrón refuerza la importancia de diferenciar las alteraciones funcionales percibidas en el día a día de los déficits cognitivos estructurales o patológicos, aspecto central para la interpretación clínica y metodológica de los datos.

Demostraciones adicionales sugieren que estas variaciones tienden a ser transitorias y moduladas por el estadio de la transición menopáusica, la presencia de síntomas asociados y factores contextuales tales como las alteraciones del sueño y el estrés (Maki y Henderson, 2016).

La percepción subjetiva de fallas de memoria, a su vez, puede mostrarse desproporcionada en relación con las alteraciones detectadas en pruebas estandarizadas, contribuyendo a la discrepancia entre la queja y el rendimiento objetivo (Weber et al., 2021).

En el dominio de la atención, las mujeres en la transición menopáusica suelen referir dificultades de concentración, mayor distractibilidad y un aumento del esfuerzo necesario

para sostener el foco en tareas prolongadas. Estudios longitudinales advierten que estas quejas son más prevalentes durante la perimenopausia, fase caracterizada por una mayor inestabilidad hormonal, lo que puede influir en redes neuronales asociadas al control atencional (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016); no obstante, estas consideraciones indican que, a pesar de estos reportes, el rendimiento objetivo en pruebas atencionales suele mantenerse dentro de los límites normativos, demostrando que la experiencia subjetiva de enlentecimiento y fatiga cognitiva puede reflejar un mayor costo funcional para el mantenimiento del desempeño habitual (Weber et al., 2021).

En lo que respecta a las funciones ejecutivas, la literatura describe dificultades relacionadas con la planificación, la organización, la flexibilidad cognitiva y el manejo simultáneo de múltiples demandas. Estos procesos se muestran particularmente sensibles a la sobrecarga mental, al estrés crónico y a las perturbaciones del sueño —condiciones frecuentemente presentes en la mediana edad femenina—. Evidencias dan a entender que determinados subgrupos de mujeres pueden presentar una mayor vulnerabilidad ejecutiva durante la transición menopáusica, especialmente cuando los síntomas emocionales y las alteraciones del sueño coexisten con la inestabilidad hormonal (Weber et al., 2021). Aunque tales dificultades no siempre se traduzcan en déficits mensurables en evaluaciones formales, pueden impactar de manera significativa en el funcionamiento cotidiano, la productividad y la percepción de eficiencia cognitiva.

De forma integrada, estos hallazgos señalan que la cognición femenina en el climaterio está marcada por un patrón de variación funcional, en el cual las alteraciones percibidas en la atención, la memoria y las funciones ejecutivas reflejan la interacción entre cambios neuroendocrinos, factores emocionales y demandas contextuales, sin configurar, de manera general, un proceso de deterioro cognitivo global. En términos mecanísticos, los modelos contemporáneos insinúan que la transición menopáusica puede ocurrir en un

contexto de mayor reactividad sistémica y neuroinmune, lo que puede modular situaciones de vulnerabilidad en subgrupos, especialmente en presencia de comorbilidades clínicas y estresores persistentes (McCarthy y Raval, 2020).

Esta base de normatización y de adaptación cultural resulta particularmente relevante para los estudios sobre el climaterio en Brasil, ya que permite interpretar con mayor precisión la relación entre el autorreporte cognitivo y el rendimiento objetivo en mujeres de mediana edad, considerando la influencia de la escolaridad y de los factores socioculturales sobre las medidas neuropsicológicas.

En la actualidad brasileña, la neuropsicología del envejecimiento se ha consolidado como un campo de investigación relevante en estas últimas dos décadas, produciendo pruebas consistentes sobre los cambios cognitivos a lo largo de la vida adulta y de la senescencia. Estudios realizados por grupos de investigación nacionales han documentado de forma sistemática la elevada variabilidad interindividual en el rendimiento cognitivo de adultos y personas mayores brasileñas, destacando que las alteraciones en dominios como la atención, la memoria episódica, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas no necesariamente indican procesos patológicos, sino que pueden reflejar trayectorias normativas de envejecimiento moduladas por factores sociodemográficos, educativos y culturales (Malloy-Diniz et al., 2008; 2010).

En el campo de la evaluación neuropsicológica del envejecimiento, estudios realizados con población adulta mayor saludable han evidenciado que el desempeño cognitivo puede mantenerse dentro de parámetros considerados normales, incluso en presencia de quejas subjetivas inespecíficas. En este sentido, Figueiredo et al. (2009) señalan la importancia de interpretar los resultados neuropsicológicos a partir de criterios normativos, considerando la variabilidad interindividual y los efectos del envejecimiento no patológico.

Esta perspectiva resulta fundamental para evitar interpretaciones sobredimensionadas de posibles déficits cognitivos en ámbitos clínicos y de investigación.

Todos los hallazgos favorecen de manera significativa a la construcción de normas neuropsicológicas brasileñas, a la adaptación cultural de instrumentos y a la comprensión de las especificidades del envejecimiento cognitivo en entornos de alta heterogeneidad socioeconómica y educativa. (Brucki et al., 2003; Charchat-Fichman et al., 2005).

Impacto de los Síntomas del Climaterio en la Calidad de Vida de las Mujeres

Estudios nacionales han señalado una elevada frecuencia e intensidad de síntomas durante la transición menopáusica, con repercusiones relevantes en la calidad de vida. En su estudio transversal, de Souza Santos, Brito Moreira y Ribeiro de Souza (2023) describen una mayor carga sintomática en los dominios evaluados a lo largo del climaterio, destacando que la experiencia de los síntomas se asocia a perjuicios funcionales percibidos, incluyendo quejas relacionadas con el sueño, la fatiga, el estrés y las dificultades de concentración. Estos hallazgos refuerzan la heterogeneidad sintomatológica del período y validan que, más allá de la presencia de síntomas, resulta fundamental considerar cómo estos se traducen en impacto cotidiano y en la percepción subjetiva de bienestar. En este sentido, la calidad de vida no se reduce a la frecuencia o a la intensidad de los síntomas, sino a la forma en que interfieren en el funcionamiento diario, en las relaciones y en la vivencia subjetiva de bienestar.

En el ámbito latinoamericano, los estudios poblacionales también demuestran una asociación consistente entre los síntomas climatéricos y el deterioro de la calidad de vida. Se destaca el estudio transversal realizado en Santiago de Chile, con aplicación de la *Menopause Rating Scale [Escala valorativa de la menopausia (MRS)]* en mujeres de 40 a 59 años de edad, en el cual del Prado et al. (2008) observaron una elevada proporción de síntomas moderados a severos e identificaron el dominio psicológico como el más comprometido.

Además, el análisis multivariado indicó que la condición posmenopáusica se asoció a una peor calidad de vida global, con influencia adicional de determinantes socioculturales, incluyendo una mayor paridad y un menor nivel educativo, lo que señala que la experiencia del climaterio es modulada por los distintos factores contextuales más allá del componente biológico.

El Desafío Clínico de Interpretar las Quejas Cognitivas en la Menopausia

La disociación entre la queja cognitiva subjetiva y el desempeño neuropsicológico objetivo constituye un desafío clínico relevante en la interpretación de las manifestaciones cognitivas durante la transición menopáusica.

La interpretación clínica de las quejas cognitivas durante la transición menopáusica representa un desafío relevante, en la medida en que estas manifestaciones frecuentemente no se acompañan de alteraciones objetivas detectables en evaluaciones neuropsicológicas estandarizadas. Si bien muchas mujeres refieren dificultades de memoria, atención o sensación de enlentecimiento cognitivo en el climaterio, el rendimiento formal suele mantenerse dentro de los límites esperados para la edad y el nivel educativo.

Este desajuste entre la experiencia subjetiva y el rendimiento mensurable no debe comprenderse como una inconsistencia metodológica, una exageración de la queja o una ausencia de base neurofuncional, sino como la expresión de un período de reorganización adaptativa del funcionamiento cerebral, en el cual el mantenimiento del rendimiento habitual puede ocurrir a costa de un mayor esfuerzo cognitivo percibido. Desde el punto de vista clínico, esta disociación impone límites a la interpretación basada exclusivamente en pruebas formales y exige una lectura más integrada de las experiencias cognitivas de todas las mujeres durante este período.

Queja Cognitiva Subjetiva y Rendimiento Objetivo

Estudios longitudinales han descrito de manera consistente la coexistencia de quejas cognitivas subjetivas y un rendimiento objetivo preservado durante la transición menopáusica, especialmente en los dominios de la atención, la memoria verbal y las funciones ejecutivas (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016; Weber et al., 2021). Esta disociación pone de manifiesto la necesidad de considerar la heterogeneidad interindividual y los múltiples factores que modulan la experiencia cognitiva en este período.

Incluso en ausencia de déficits mensurables, muchas mujeres refieren un aumento del esfuerzo necesario para sostener el funcionamiento cognitivo cotidiano, incluyendo sensación de enlentecimiento, fatiga mental y dificultades de concentración (Weber et al., 2021). Resultados de neuroimagen sugieren que, durante la transición menopáusica, el cerebro femenino puede operar bajo condiciones funcionales distintas con un mayor reclutamiento funcional y un esfuerzo compensatorio de redes neuronales para sostener el rendimiento formal en condiciones controladas (Mosconi et al., 2018; 2021).

Estas quejas, frecuentemente descritas en instrumentos de autorreporte e inventarios de síntomas menopáusicos, se asocian al impacto funcional y sufrimiento psicológico, pero no sustituyen la evaluación neuropsicológica objetiva; por el contrario, refuerzan la importancia de abordajes evaluativos que integren el rendimiento formal y la experiencia subjetiva, permitiendo una comprensión más precisa del funcionamiento cognitivo en el climaterio (Bauld y Brown, 2009).

Desde una perspectiva sociocultural, la menopausia ha sido frecuentemente abordada en el marco de procesos de medicalización del cuerpo femenino envejecido. En este sentido, Brookes y Carey (2017) discuten cómo las transformaciones biológicas propias de esta etapa han sido progresivamente interpretadas a través de discursos biomédicos que tienden a categorizar la experiencia femenina en términos de déficit o disfunción. Este enfoque

contribuye a la construcción de significados sociales en torno al envejecimiento femenino, en los que los cambios corporales y subjetivos pueden ser percibidos como problemáticos o patológicos. Así, la comprensión de la menopausia requiere considerar no sólo sus dimensiones biológicas, sino también los marcos culturales y discursivos que influyen en la forma en que las mujeres interpretan y vivencian esta etapa.

Evaluación Neuropsicológica en el Climaterio: Alcances, Límites e Implicaciones

Interpretativas

En el proceso de la transición menopáusica, la evaluación neuropsicológica constituye una herramienta central para la descripción objetiva del funcionamiento cognitivo y para la diferenciación entre variaciones adaptativas y alteraciones clínicamente significativas. Su relevancia en este período reside en la posibilidad de contextualizar las quejas cognitivas frecuentemente referidas por las mujeres a la luz de parámetros normativos de edad y escolaridad, evitando interpretaciones precipitadas de deterioro cognitivo patológico (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016).

No obstante, los protocolos neuropsicológicos estandarizados tienden a captar el rendimiento máximo del individuo en condiciones estructuradas, con demandas delimitadas y menor interferencia emocional. Muchas de las dificultades cognitivas referidas durante el climaterio emergen en la vida cotidiana en circunstancias caracterizadas por la multitarea, la sobrecarga mental, el estrés persistente y las fluctuaciones emocionales —condiciones que tienden a reproducirse sólo parcialmente en el contexto evaluativo— (Weber et al. 2021).

La disociación entre la queja cognitiva subjetiva y el desempeño neuropsicológico objetivo constituye un desafío clínico relevante en la interpretación de las manifestaciones cognitivas durante la transición menopáusica, donde los resultados objetivos pueden coexistir con relatos de mayor esfuerzo cognitivo, enlentecimiento del pensamiento y fatiga mental.

Esta disociación no representa una falla de los instrumentos, sino que refleja la diferencia entre el rendimiento máximo evaluado y el funcionamiento cognitivo bajo condiciones reales de demanda.

En Brasil, Leite Fernandes et al. (2009) ofrecieron una contribución empírica relevante al investigar el rendimiento cognitivo de mujeres de mediana edad mediante instrumentos de cribado neuropsicológico. Las autoras observaron que el rendimiento promedio fue similar al de otras muestras nacionales, siendo la escolaridad el principal factor asociado a la variabilidad de los puntajes; sin embargo, se destaca que los subítems relacionados con la atención presentaron un rendimiento inferior, lo que sugiere que las quejas de memoria frecuentemente referidas pueden reflejar sobrecarga cognitiva y alteraciones atencionales más que déficits mnésicos estructurales. Estos hallazgos dialogan directamente con la literatura internacional, al reforzar la importancia de interpretar las quejas cognitivas en el climaterio de manera integrada y contextualizada.

Los modelos neurobiológicos de la transición menopáusica contribuyen a esta lectura al sugerir que el cerebro femenino puede operar bajo condiciones hormonales y metabólicas distintas durante este período, exigiendo una mayor movilización de recursos funcionales para sostener tareas cognitivas previamente automatizadas (Brinton et al., 2015; Mosconi et al., 2021). En estas circunstancias, la evaluación neuropsicológica continúa siendo esencial para descartar compromisos estructurales y describir el perfil cognitivo general, pero sus resultados deben interpretarse de manera integrada con medidas subjetivas, indicadores emocionales y la realidad de vida de la mujer.

Entendiendo esta información, la evaluación neuropsicológica no debe utilizarse, en el climaterio, como un instrumento aislado de confirmación o negación de la queja cognitiva, sino como parte de un conjunto más amplio de herramientas destinadas a comprender el funcionamiento cognitivo femenino en su complejidad.

Autopercepción Femenina en la Menopausia

La autopercepción de la salud constituye un indicador ampliamente utilizado en la investigación en salud, refiriéndose a la evaluación subjetiva que el individuo realiza de su estado físico, emocional y funcional. Este constructo ha sido consistentemente asociado con la calidad de vida, la búsqueda de atención en salud y desenlaces clínicos relevantes, siendo reconocido como una dimensión legítima y complementaria a las medidas biomédicas objetivas. En el campo de la salud de la mujer, la autopercepción adquiere una relevancia particular, dado que las transformaciones fisiológicas, emocionales y funcionales tienden a ser inicialmente identificadas y significadas por la propia mujer antes de ser formalmente reconocidas en evaluaciones clínicas estructuradas.

Durante el climaterio, la autopercepción de síntomas físicos, emocionales y funcionales emerge como un elemento central de la experiencia femenina. Manifestaciones como los síntomas vasomotores, las alteraciones del sueño, las variaciones del estado de ánimo, la fatiga persistente y la mayor sensibilidad al estrés organizan la forma en que la mujer interpreta su estado de salud, su relación con el cuerpo y el proceso de envejecimiento. Estudios nacionales e internacionales denotan que estas experiencias subjetivas no deben comprenderse como distorsiones perceptivas, sino como expresiones legítimas de procesos adaptativos complejos que integran dimensiones biológicas, emocionales y contextuales (de Souza Soares et al., 2018; da Silva Assunção et al., 2017).

En lo que respecta específicamente a la cognición, la autopercepción cognitiva se configura como un fenómeno distinto del rendimiento medido por pruebas neuropsicológicas estandarizadas. Las mujeres en la transición menopáusica frecuentemente refieren dificultades de concentración, lapsos de memoria y una sensación de mayor esfuerzo mental para ejecutar actividades cotidianas, aun cuando el desempeño en evaluaciones formales se

mantiene compatible con la edad y el nivel educativo (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016; Weber et al., 2021).

La intensidad de los síntomas percibidos durante el climaterio se asocia de forma consistente con una peor calidad de vida, especialmente en los dominios psicológico y funcional. Las quejas cognitivas frecuentemente coexisten con alteraciones del estado de ánimo y trastornos del sueño a lo largo de la transición menopáusica, componiendo un cuadro de superposición sintomática que puede amplificar el impacto funcional percibido, incluso en ausencia de déficits cognitivos mensurables (Gava et al., 2019). Revisiones recientes también señalan que procesos como el estrés oxidativo y la neuroinflamación, particularmente asociados a síntomas depresivos en la menopausia, pueden influir en la experiencia subjetiva y en el funcionamiento del sistema nervioso central en este período (Liang et al., 2024).

La coexistencia entre quejas cognitivas subjetivas y un rendimiento objetivo preservado ha sido ampliamente descrita en la literatura sobre cognición y menopausia. Los estudios reflejan que los reportes de dificultades cognitivas pueden estar presentes incluso en ausencia de alteraciones detectables en pruebas neuropsicológicas, especialmente cuando estos instrumentos evalúan el rendimiento en condiciones controladas y estructuradas (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016; Weber et al., 2021). Esta discrepancia ha sido interpretada como la expresión de procesos funcionales y adaptativos, tales como el aumento del costo cognitivo necesario para sostener el rendimiento habitual o una mayor dependencia de estrategias compensatorias, sin que ello implique un compromiso estructural o un deterioro cognitivo mensurable.

Los modelos neurobiológicos contemporáneos aportan a esta comprensión sugiriendo que la transición menopáusica involucra reorganizaciones hormonales, metabólicas y funcionales del cerebro femenino. Evidencias de neuroimagen y modelos neuroenergéticos indican que, durante este período, el cerebro puede operar bajo condiciones distintas de

demanda energética y de reclutamiento funcional, lo que puede asociarse a un mayor esfuerzo cognitivo percibido por algunas mujeres incluso en presencia de un rendimiento formal preservado (Brinton et al., 2015; Mosconi et al., 2021; 2025).

Además de los factores neurobiológicos, los aspectos contextuales y socioculturales ejercen una influencia relevante sobre la autopercepción cognitiva. La mediana edad femenina frecuentemente coincide con una elevada carga adaptativa que involucra demandas profesionales, familiares y de cuidado, lo que puede favorecer reportes de fatiga mental y menor eficiencia percibida, especialmente en circunstancias de multitarea, estrés persistente y privación de sueño. Asimismo, las normas culturales y de género tienden a incentivar un mayor monitoreo del cuerpo y de la salud entre las mujeres, ampliando la sensibilidad para identificar cambios cognitivos, emocionales y físicos a lo largo del climaterio.

Estudios actuales han destacado que las quejas cognitivas subjetivas pueden reflejar alteraciones en el funcionamiento atencional, emocional y organizacional de la vida cotidiana, sin corresponder necesariamente a déficits cognitivos objetivos, reforzando la necesidad de una evaluación cuidadosa para evitar interpretaciones patologizantes de la experiencia vivida (Fidecicchi et al., 2024).

Sumando otras informaciones novedosas, también se ha señalado una discrepancia sistemática entre las quejas referidas por las mujeres durante la transición menopáusica y la forma en que estos relatos son reconocidos en el ámbito clínico. Kingsberg et al. (2024), al comparar los reportes directos de las mujeres con la percepción de los profesionales de la salud, demostraron que los médicos tienden a subestimar de manera consistente la frecuencia, la intensidad y el impacto funcional de los síntomas asociados a la menopausia.

Esta subestimación resultó particularmente relevante en relación con los síntomas no vasomotores, como las alteraciones cognitivas, emocionales y del sueño, que con frecuencia reciben menor atención clínica en comparación con los síntomas vasomotores clásicos. Estos

hallazgos demuestran la existencia de un sesgo en la escucha clínica de la menopausia, reforzando la necesidad de incorporar, de forma sistemática, la perspectiva femenina en las evaluaciones de los síntomas durante la etapa del climaterio, de manera especial en todos aquellos síntomas que se relacionan con las dimensiones cognitivas y emocionales del envejecimiento femenino.

En el contexto brasileño, aunque se cuenta con la existencia de estudios consistentes sobre síntomas físicos, calidad de vida y aspectos emocionales de la menopausia, aún siguen siendo limitadas las investigaciones que integran de manera articulada la autopercepción cognitiva, los indicadores emocionales y la evaluación neuropsicológica formal particularmente en las mujeres entre 40 y 65 años de edad (de Souza Soares et al., 2018; da Silva Assunção et al., 2017). Ante este escenario, la investigación de la autopercepción cognitiva como una dimensión legítima de la experiencia femenina en el climaterio constituye una agenda relevante, ya sea desde el punto de vista científico como también desde el punto de vista clínico.

De igual modo, estudios cualitativos realizados en el Brasil señalan que muchas mujeres presentan dificultades para diferenciar los conceptos de climaterio y menopausia, así como un desconocimiento acerca de las transformaciones fisiológicas y emocionales esperadas en este período, generando vivencias marcadas por inseguridades, interpretaciones negativas y asociaciones de síntomas con procesos patológicos (Pereira de Souza et al., 2022).

Menopausia y Terapia de Reemplazo Hormonal: Efectos Neurofuncionales y Límites de la Evidencia

La literatura neurobiológica contemporánea ha contribuido a comprender la transición menopáusica como un proceso de reorganización funcional del cerebro femenino, marcado

por cambios en el metabolismo cerebral, en la plasticidad sináptica y en la eficiencia bioenergética, especialmente en sistemas modulados por el estrógeno (Brinton et al., 2015; Mosconi et al., 2021). La *Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)* ha sido investigada principalmente en relación con su potencial para aliviar los síntomas del climaterio e influir en dimensiones funcionales asociadas al bienestar y al funcionamiento cognitivo en la mediana edad.

Los modelos neuroendocrinos describen al estrógeno como un modulador de redes cognitivas y emocionales con repercusiones sobre procesos de neurotransmisión, metabolismo energético y conectividad funcional en regiones como el hipocampo y la corteza prefrontal. Parte de la literatura asocia la TRH con beneficios predominantemente clínicos-funcionales, incluyendo la reducción de los síntomas vasomotores, la mejora del sueño, efectos positivos sobre el bienestar emocional y, en determinadas situaciones, una mejor percepción subjetiva de la eficiencia cognitiva (Brinton et al., 2015; Mosconi et al., 2021). Tales efectos, cuando se observan, tienden a describirse en el plano sintomático y funcional, más que como modificaciones estructurales mensurables de la trayectoria cognitiva.

Cabe destacar que los efectos de la TRH sobre la cognición y el funcionamiento cerebral varían ampliamente según la edad de inicio, el tipo y la formulación hormonal, el tiempo de uso y las características individuales, lo que contribuye a resultados heterogéneos y limita la obtención de conclusiones generalizables.

A pesar de este potencial, revisiones recientes recomiendan cautela en la interpretación y extrapolación de estos hallazgos. Melville et al. (2025) señalan que, aunque la TRH puede contribuir al alivio sintomático y a la mejora de la calidad de vida en subgrupos de mujeres, la evidencia disponible no respalda su papel como estrategia de prevención de demencias ni como modificadora directa de procesos neuropatológicos asociados a la neurodegeneración. Así, el debate contemporáneo converge hacia una

comprensión equilibrada: la TRH puede integrar el cuidado de la salud de la mujer en la mediana edad, con posibles beneficios en el plano sintomático y funcional, pero con límites claros respecto de interpretaciones de neuroprotección o de prevención del deterioro cognitivo a largo plazo.

Menopausia y Riesgo Neurodegenerativo: Vulnerabilidad, Límites y Controversia

La discusión sobre el riesgo neurodegenerativo en el envejecimiento femenino ha incorporado, de forma creciente, el análisis de la exposición hormonal acumulativa a lo largo de la vida como un elemento contextual, y no como un factor causal aislado capaz de modular procesos cognitivos en edades más avanzadas. La menopausia no se comprende como un evento aislado sino como parte de un trayecto reproductivo más amplio, en el cual el tiempo de exposición al estrógeno puede ejercer influencia sobre el funcionamiento cerebral a lo largo del envejecimiento.

Los estudios poblacionales de base longitudinal sugieren que una mayor duración de la vida reproductiva —reflejada por una edad más tardía de la menopausia— se asocia con un mejor desempeño cognitivo, en dominios como la memoria y las funciones ejecutivas, en etapas posteriores de la vida. Georgakis et al. (2016), en un metaanálisis que incluyó grandes cohortes internacionales, observaron que las mujeres con menopausia más tardía presentaron un menor riesgo de deterioro cognitivo y de demencia en comparación con aquellas con menopausia precoz, incluso tras el control de variables sociodemográficas y de salud. Los autores interpretan estos hallazgos como indicativos de que la exposición estrogénica prolongada puede actuar como un factor modulador —y no determinante— de las evoluciones cognitivas en el envejecimiento.

Estudios recientes realizados en América Latina han destacado la influencia del *exposoma social* (conjunto de condiciones sociales acumulativas a lo largo de la vida) en los

desenlaces de salud cerebral y riesgo de demencia. En un estudio multicéntrico, Migeot et al. (2025) demostraron que factores estructurales como desigualdad socioeconómica, acceso limitado a educación y exposición a contextos adversos se asocian con variabilidad en trayectorias cognitivas y riesgo de demencia en poblaciones latinoamericanas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar determinantes sociales en los modelos explicativos del riesgo neurodegenerativo femenino, evitando interpretaciones exclusivamente biológicas o lineales.

Los resultados provenientes de estudios observacionales, con foco en neuroimagen, también han contribuido al debate sobre la exposición hormonal a lo largo de la vida y el envejecimiento cerebral. Boyle et al. (2021), al investigar mujeres mayores posmenopáusicas, observaron asociaciones entre el uso previo de terapia hormonal y un mayor volumen cerebral total y regional, particularmente en áreas vulnerables al envejecimiento; no obstante, los autores señalan que dichos hallazgos no permiten inferir un efecto causal ni una protección directa frente a procesos neurodegenerativos, destacando la influencia de variables como la edad, el índice de masa corporal, el tiempo y el tipo de exposición hormonal, además de factores relacionados con el estilo de vida. Estos resultados refuerzan la comprensión de que los posibles efectos del estrógeno sobre el cerebro femenino a lo largo del envejecimiento son heterogéneos y contextuales, y deben interpretarse con cautela en el ámbito del riesgo neurodegenerativo.

Es importante destacar que tales asociaciones no implican causalidad directa ni permiten inferir un efecto neuroprotector lineal del estrógeno. La literatura enfatiza que la relación entre la exposición hormonal y la cognición es compleja, y está mediada por múltiples factores que incluyen la genética, el nivel educativo, las condiciones de salud, el estilo de vida y el marco psicosocial. Así, la edad de la menopausia y la duración de la vida reproductiva deben comprenderse como marcadores contextuales dentro de un modelo

multifactorial de riesgo y resiliencia cognitiva, y no como predictores aislados de deterioro o de protección neurodegenerativa.

Además, revisiones críticas señalan que los efectos de la exposición hormonal a lo largo de la vida pueden diferir según el dominio cognitivo evaluado, el momento de la medición y las características de las muestras estudiadas (Brinton et al., 2015; Mosconi et al., 2021). Parte de los hallazgos indican beneficios discretos y heterogéneos frecuentemente observados en medidas globales o funcionales, sin una correspondencia obligatoria con cambios estructurales ni con una reducción comprobada de la neuropatología asociada a las demencias. Este conjunto de evidencias refuerza la necesidad de cautela en la interpretación de los datos, evitando extrapolaciones simplificadoras sobre el estrógeno y la protección cognitiva.

Incorporar la discusión sobre la exposición hormonal acumulativa permite ampliar la comprensión de la menopausia dentro de un continuo del envejecimiento cerebral femenino, sin desplazar el foco hacia explicaciones deterministas o biomédicas restrictivas; por el contrario, esta aproximación sustenta una lectura integrada en la cual los factores hormonales dialogan con las situaciones de la vida, las realidades socioculturales y los recursos individuales, demostrando la diversidad de desenlaces cognitivos observados entre las mujeres a lo largo del envejecimiento.

Investigaciones empíricas actuales han revelado que el sexo y el género influyen no solo en el desarrollo clínico de la enfermedad de Alzheimer, sino también en los recorridos diagnósticos y terapéuticos. En el estudio publicado por Berve et al. (2025) se identificaron diferencias relevantes en la experiencia diagnóstica de hombres y mujeres, incluyendo patrones diferenciados de derivación médica, reconocimiento sintomático y utilización de intervenciones no farmacológicas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar el

sexo y el género como modificadores contextuales de la trayectoria clínica, evitando interpretaciones reduccionistas centradas exclusivamente en mecanismos biológicos.

En línea con estos hallazgos, revisiones contemporáneas han consolidado la certeza de que el sexo y el género constituyen moduladores relevantes en la prevalencia, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Se ha señalado que estas variables pueden influir en biomarcadores, en la respuesta a terapias modificadoras de la enfermedad y en los desenlaces clínicos a lo largo del envejecimiento, fortaleciendo un modelo de riesgo multifactorial que supera interpretaciones lineales o deterministas (Castro-Aldrete et al., 2025).

Síntesis Crítica del Marco Teórico

El climaterio constituye un período de reorganización biopsicosocial donde síntomas físicos, cambios emocionales y experiencias cognitivas se articulan de forma heterogénea con expresiones variables entre las mujeres. Si bien ha sido ampliamente investigado en el campo de la salud de la mujer, una parte significativa de la producción científica permanece concentrada en la descripción de síntomas físicos, en indicadores generales de calidad de vida y en desenlaces ginecológicos, con una atención todavía limitada a la integración sistemática entre dimensiones cognitivas, salud mental y experiencia subjetiva durante la transición menopáusica (de Souza Soares et al., 2018; da Silva Assunção et al., 2017).

En el eje neuroendocrino y neurofuncional, los modelos contemporáneos revisados indican que la transición menopáusica implica adaptaciones cerebrales asociadas a la pérdida y a la inestabilidad estrogénica, con posibles repercusiones sobre el metabolismo cerebral, la regulación emocional y la eficiencia cognitiva en determinados subgrupos de mujeres (Brinton et al., 2015; Mosconi et al., 2021; McCarthy y Raval, 2020); no obstante, la literatura también enfatiza que dichos cambios no se traducen de manera uniforme en un

deterioro cognitivo mensurable, y que el funcionamiento cognitivo en el climaterio se caracteriza por variaciones funcionales sutiles, una marcada heterogeneidad interindividual y una frecuente discrepancia entre las quejas cognitivas subjetivas y el desempeño objetivo en evaluaciones neuropsicológicas estandarizadas (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki, 2016). Esta disociación, lejos de advertir una inconsistencia metodológica, ha sido interpretada como la expresión de un período de reorganización funcional, en el cual mecanismos compensatorios pueden sostener el desempeño formal a costa de un mayor esfuerzo percibido, especialmente en circunstancias de estrés crónico, alteraciones del sueño y sobrecarga psicosocial (McEwen, 2007; Lupien et al., 2009).

Este enfoque dialoga con investigaciones contemporáneas que enfatizan la influencia de desigualdades estructurales y del contexto socioterritorial en el envejecimiento cerebral, particularmente en regiones con marcadas asimetrías sociales (Moguilner et al., 2024).

En el campo de la salud mental, el marco teórico revisado apunta a que los síntomas ansiosos, depresivos y la irritabilidad pueden adquirir mayor relevancia clínica durante la transición menopáusica, particularmente cuando coexisten con síntomas vasomotores y trastornos del sueño, lo que refuerza la necesidad de lecturas integradoras que articulen factores hormonales, emocionales y contextuales (Rubinow y Schmidt, 2019; Alblooshi, Taylor y Gill, 2023). En esta línea, la interfaz entre el estrés crónico y la carga alostática constituye un referente teórico consistente para comprender cómo las demandas persistentes pueden modular tanto la experiencia emocional como la percepción de eficiencia cognitiva en la vida cotidiana, influyendo en autorreportes de enlentecimiento, fatiga mental y dificultades atencionales, incluso cuando el desempeño objetivo se mantiene preservado (McEwen & Stellar, 1993; McEwen, 2007).

La revisión pone en relieve que la calidad de vida y el impacto funcional son dimensiones centrales para la comprensión del climaterio, dado que los síntomas físicos,

emocionales y cognitivos suelen organizarse de forma superpuesta y repercuten en distintos ámbitos de la vida cotidiana. Estudios nacionales y latinoamericanos refieren una elevada prevalencia e intensidad sintomática asociadas al deterioro del bienestar y de indicadores funcionales, reforzando la relevancia de los autorreportes para captar el impacto vivido en esta etapa (del Prado et al., 2008; de Souza Santos, Brito Moreira y Ribeiro de Souza, 2023).

En lo que respecta a la atención en salud y a la producción de evidencias clínicas, la literatura revisada señala limitaciones importantes en la comunicación y en el reconocimiento de síntomas no vasomotores, tales como alteraciones cognitivas, emocionales y del sueño. Investigaciones recientes muestran discrepancias entre los relatos de las mujeres y el registro clínico de estos síntomas por parte de los profesionales de la salud, lo que puede contribuir a la subestimación del impacto funcional y a abordajes asistenciales poco sensibles a la experiencia subjetiva del climaterio (Kingsberg et al., 2024). En el plano terapéutico, si bien la terapia de reemplazo hormonal puede presentar beneficios sintomáticos y funcionales en subgrupos específicos, la evidencia disponible no respalda su uso como estrategia de prevención de demencias ni como modificadora directa de procesos neuropatológicos asociados a la neurodegeneración, lo que exige cautela en la extrapolación de sus efectos a las trayectorias cognitivas de largo plazo (Melville et al., 2025).

De forma convergente, la discusión sobre riesgo neurodegenerativo ha sido abordada desde una perspectiva probabilística y multifactorial, evitando interpretaciones deterministas: la menopausia se concibe como una posible ventana de vulnerabilidad funcional dentro de un modelo multifactorial y no como un factor causal directo de neurodegeneración, siendo la exposición hormonal a lo largo de la vida un marcador contextual entre múltiples determinantes del desarrollo cognitivo del envejecimiento femenino (Georgakis et al., 2016; Sochocka et al., 2023),.

En la actualidad brasileña, a pesar de los avances en la investigación de los síntomas del climaterio, la calidad de vida y los aspectos emocionales, siguen siendo escasos los estudios que integren de manera sistemática el autorreporte de quejas cognitivas, los síntomas emocionales y la evaluación neuropsicológica formal en mujeres entre 40 y 65 años de edad, especialmente en muestras urbanas. Esta “laguna” limita una comprensión contextualizada de la experiencia cognitiva femenina en el climaterio y reduce la disponibilidad de evidencias clínicamente útiles para la interpretación de las quejas reportadas por mujeres brasileñas, considerando sus condiciones de vida y su nivel sociocultural (de Souza Soares et al., 2018; da Silva Assunção et al., 2017).

Ante este panorama, se pone de manifiesto la pertinencia de enfoques investigativos integradores que consideren de manera complementaria medidas subjetivas y objetivas del funcionamiento cognitivo, articuladas con indicadores emocionales y sintomáticos. Nuevas investigaciones en el campo de la salud cerebral global han destacado la influencia de determinantes sociales, ambientales y estructurales en los desenlaces cognitivos y en el riesgo de demencia, subrayando la necesidad de modelos integrativos que articulen factores biológicos, sociales y de género en la promoción y prevención del deterioro cognitivo (Migeot et al., 2025).

Metodología

Naturaleza y Diseño del Estudio

El presente estudio adoptó un diseño transversal, de carácter exploratorio y descriptivo, con el objetivo de caracterizar la experiencia cognitiva y emocional de mujeres, entre 40 y 65 años de edad, durante el período del climaterio, a partir de una muestra reclutada en el contexto brasileño, específicamente en el municipio de São Paulo.

La investigación se centró en la descripción de perfiles relacionados con el funcionamiento cognitivo, los aspectos emocionales y la autopercepción cognitiva en esta etapa de la vida, considerando la diversidad y heterogeneidad de las manifestaciones asociadas a la transición menopáusica.

La investigación se organizó a partir de dos fuentes complementarias de información: la primera correspondió al autorreporte subjetivo de las participantes, obtenido mediante un cuestionario estructurado de autopercepción destinado a explorar diferentes dimensiones de la experiencia femenina en el climaterio; la segunda fuente consistió en la evaluación del desempeño cognitivo y emocional mediante instrumentos neuropsicológicos estandarizados, aplicada a una submuestra específica, con mayor profundización en los dominios cognitivos y afectivos.

En consonancia con los objetivos propuestos, el estudio se estructuró bajo un diseño transversal, exploratorio y descriptivo orientado a la caracterización sistemática de perfiles cognitivos, emocionales y de autopercepción en mujeres en el climaterio. Los datos fueron organizados y presentados mediante análisis descriptivos, con el propósito de identificar distribuciones y tendencias observadas en la muestra.

La información recolectada fue tratada como dimensiones analíticas descriptivas, organizadas en dominios temáticos, con la finalidad de caracterizar los perfiles cognitivos,

emocionales y de autopercepción cognitiva de mujeres en el climaterio, respetando los límites metodológicos inherentes a este tipo de diseño de investigación.

Esto es lo que fundamenta la propuesta metodológica del presente estudio, que busca examinar de forma articulada la experiencia cognitiva de mujeres en el climaterio, reconociendo la complejidad del fenómeno, la variabilidad interindividual y el carácter no patológico de esta etapa del ciclo vital femenino.

Muestra

La muestra del estudio fue constituida mediante un muestreo no probabilístico, por conveniencia y de carácter intencional, compuesto por mujeres residentes en el municipio de São Paulo, Brasil.

Las participantes fueron reclutadas a través de diferentes canales de acceso, incluidos grupos de comunicación digital, redes profesionales y contactos con profesionales del área de la salud, considerando la viabilidad de acceso para la investigación sobre aquellas mujeres que cumplían con los criterios de inclusión establecidos para la investigación.

Esta estrategia de reclutamiento fue adoptada en consonancia con el carácter exploratorio y descriptivo del estudio, así como con la naturaleza del fenómeno investigado que involucra dimensiones subjetivas de la experiencia cognitiva y emocional en el climaterio. La utilización de un muestreo por conveniencia permitió alcanzar un número significativo de participantes, favoreciendo la recolección de datos relevantes para la caracterización de los perfiles estudiados sin la pretensión de representatividad poblacional.

En total participaron del estudio 395 mujeres, quienes conformaron la muestra total a partir de la aplicación de un instrumento estructurado de autopercepción; de este conjunto, se constituyó una submuestra destinada a la realización de una evaluación neuropsicológica presencial con mayor profundización en los dominios cognitivos y emocionales. De este

modo, la muestra fue organizada en dos segmentos independientes, vinculados por la utilización del mismo cuestionario de autopercepción, pero diferenciados en cuanto a la profundidad de la evaluación cognitiva realizada.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión fueron definidos conforme al proyecto de investigación previamente aprobado por el *Comité de Ética en Pesquisa [Comité de Ética en Investigación]* del Instituto de Saúde e Bem-Estar da Mulher [Instituto de Salud y Bienestar de la Mujer (ISBEM)] de São Paulo, Brasil, considerando las especificidades de cada etapa del estudio y los distintos niveles de profundización en la recolección de datos.

En la etapa de recolección en línea, toda la información referida a condiciones de salud, uso de medicación y quejas cognitivas fue obtenida exclusivamente por medio del autorreporte, constituido por un cuestionario estructurado de opción múltiple, no habiendo realizado evaluación médica ni clínica de las participantes.

Cuestionario en Línea – Muestra General. Fueron incluidas en la muestra general mujeres con estas características:

- Entre 40 y 65 años de edad.
- Residentes en el municipio de São Paulo, Brasil.
- Acceso a internet y autonomía para responder el cuestionario en línea.
- Adecuada comprensión del idioma en el que fue aplicado el instrumento.
- Aceptación del *Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI)*.

Estos criterios fueron definidos para garantizar la adecuada comprensión del instrumento y la participación voluntaria en el estudio.

Fueron excluidas de la muestra general las participantes que, por autorreporte, informaron:

- Diagnóstico previo de condiciones neurológicas graves, con potencial impacto significativo sobre la cognición.
- Uso de medicación con efecto cognitivo relevante, con excepción de aquellas relacionadas con el manejo de la transición menopáusica.
- Dificultades significativas de comprensión del idioma utilizado en el cuestionario.

Evaluación neuropsicológica presencial – Muestra Neuropsicológica. Para la etapa presencial de evaluación neuropsicológica, fueron incluidas mujeres con estas características:

- Entre 40 y 55 años de edad.
- Residentes en el municipio de São Paulo, Brasil.
- Atravesando la transición menopáusica, identificada por autorreporte y por criterios etarios compatibles con el climaterio.
- Escolarización formal registrada y habilidades de lectoescritura suficientes para la comprensión de los instrumentos aplicados, según información autorreportada y verificación durante la evaluación.
- Aceptación del TCLI específico para la evaluación presencial.
- Fueron excluidas de esta etapa las participantes que presentaban:
- Diagnóstico de condiciones neurológicas graves.
- Uso de medicación con potencial impacto cognitivo relevante, exceptuando aquellas directamente relacionadas con la transición menopáusica.

Procedimiento de Selección de las Participantes

La selección de las participantes para la etapa presencial de evaluación neuropsicológica se realizó por dos vías complementarias, ambas previamente previstas en el proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación.

Una parte de las participantes fue identificada por médicos de una clínica médica integral, incluyendo profesionales de las áreas de ginecología y endocrinología, quienes derivaron mujeres potencialmente elegibles de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Paralelamente, las mujeres que respondieron el cuestionario en línea de autopercepción manifestaron su interés en participar en la evaluación neuropsicológica presencial mediante un campo específico al final del instrumento; aquellas que marcaron dicha opción fueron posteriormente contactadas y evaluadas en relación con el cumplimiento de los criterios definidos para esta etapa.

En ambos casos, las mujeres elegibles fueron informadas sobre los objetivos y procedimientos del estudio y, tras manifestar su conformidad, fueron invitadas a participar en la evaluación neuropsicológica presencial mediante la firma del correspondiente consentimiento informado.

Grupo A: Autopercepción (Cuestionario en Línea)

El grupo general estuvo conformado por 294 mujeres, con edades comprendidas entre 40 y 65 años, que respondieron exclusivamente al cuestionario en línea de autopercepción.

Este grupo tuvo como finalidad la caracterización descriptiva de la experiencia subjetiva de las participantes en relación con los aspectos físicos, emocionales y cognitivos vivenciados durante el climaterio, a partir de datos obtenidos por autorreporte.

Grupo B: Perfil Neuropsicológico (Evaluación Neuropsicológica Presencial)

La muestra neuropsicológica estuvo compuesta por 101 mujeres, con edades entre 40 y 55 años, seleccionadas a partir de las dos vías de reclutamiento previamente descritas y que cumplieron con los criterios específicos establecidos para la etapa presencial.

Además de responder el mismo cuestionario de autopercepción aplicado al grupo general, estas participantes fueron sometidas a una evaluación neuropsicológica presencial mediante una batería breve de instrumentos estandarizados.

El objetivo de esta muestra fue describir el perfil cognitivo y emocional de las participantes a partir de medidas objetivas normativizadas, permitiendo la caracterización del desempeño en diferentes dominios cognitivos y afectivos sin presuponer comparaciones inferenciales con el grupo general.

Instrumentos***Cuestionario de Autopercepción***

Se utilizó el cuestionario de autopercepción, un instrumento de carácter exploratorio desarrollado por las autoras del presente estudio específicamente para esta investigación, con el objetivo de captar la experiencia subjetiva de mujeres en el período del climaterio. El instrumento fue aplicado en modalidad en línea, de forma idéntica en los dos grupos del estudio, y no posee finalidad diagnóstica.

El cuestionario fue organizado en ocho dominios temáticos, definidos a partir de la naturaleza de la información investigada y del marco teórico que orienta la investigación, con la finalidad de sistematizar la descripción de la experiencia femenina en el climaterio:

- Datos sociodemográficos y de contexto.
- Antecedentes reproductivos y ginecológicos.
- Condiciones clínicas y comorbilidades.

- Síntomas físicos y corporales.
- Aspectos cognitivos subjetivos.
- Aspectos emocionales y afectivos.
- Autoestima y percepción corporal.
- Información y búsqueda de conocimiento.

La estructura completa del cuestionario de autopercepción, con la descripción de los dominios analíticos y ejemplos de ítems, se presenta en el Apéndice.

En el presente estudio, el término *autopercepción cognitiva* se refiere específicamente al autorreporte de las participantes acerca de su funcionamiento cognitivo en la vida cotidiana, incluyendo quejas relacionadas con la atención, la memoria, la lentificación mental y el esfuerzo cognitivo percibido. Este concepto no se confunde con datos sociodemográficos y clínicos, ni con medidas objetivas de desempeño neuropsicológico.

Si bien el instrumento utiliza el término “autopercepción” en su denominación, contempla diferentes bloques de información que incluyen la caracterización sociodemográfica y los datos clínicos y reproductivos, como así también los autorreportes de síntomas físicos, emocionales y cognitivos. La organización en dominios tuvo un carácter exclusivamente analítico, con el objetivo de facilitar la presentación y la interpretación de los resultados, sin presuponer relaciones causales ni asociativas entre las dimensiones investigadas.

Los datos obtenidos mediante el cuestionario fueron analizados utilizando estadísticas descriptivas, incluyendo frecuencias absolutas y relativas como también medidas de tendencia central y de dispersión cuando correspondía. No se realizaron análisis de asociación, correlación ni comparación entre los dominios, en consonancia con el diseño exploratorio y descriptivo del estudio.

Protocolo de Evaluación Neuropsicológica

Considerando el diseño exploratorio y descriptivo de la investigación, se adoptó un protocolo breve de evaluación neuropsicológica, con el objetivo de caracterizar, de manera general, el funcionamiento cognitivo y emocional de las participantes, sin finalidad diagnóstica.

La elección de un protocolo breve tuvo como propósito contemplar dominios cognitivos amplios y clínicamente relevantes, frecuentemente involucrados en las quejas asociadas al climaterio, tales como el tamizaje cognitivo global, la atención, la memoria, las funciones ejecutivas y los aspectos emocionales. Esta decisión metodológica se encuentra alineada con los objetivos del estudio y con las condiciones prácticas de aplicación en el contexto de la investigación. La descripción detallada de los instrumentos utilizados se presenta en la Tabla 2.

Los datos provenientes de la evaluación neuropsicológica fueron analizados exclusivamente mediante estadística descriptiva, con presentación de puntajes brutos, percentiles y distribución por rangos clínicos o categorías de severidad, de acuerdo con las normas de cada instrumento. No se realizaron análisis inferenciales, diagnósticos ni correlacionales, en consonancia con los objetivos del estudio y con el carácter descriptivo de la investigación.

Durante el desarrollo de la investigación, se realizaron ajustes metodológicos puntuales en el conjunto de instrumentos, los cuales fueron debidamente registrados mediante una enmienda ética ante la Plataforma Brasil, sin impacto sobre los objetivos, el diseño del estudio ni los riesgos para las participantes.

Tabla 2

Instrumentos utilizados en la Evaluación Neuropsicológica: dominios evaluados y directrices analíticas adoptadas.

Instrumento	Dominio Evaluado	Tipo de Análisis	Indicadores Descritos	Finalidad Analítica
<i>Mini-Mental State Examination: extended version (MMSE)</i>	Tamizaje cognitivo global.	Cuantitativa. Descriptiva.	Puntaje total; media de la submuestra; porcentaje por debajo del punto de corte.	Caracterización general del funcionamiento cognitivo.
<i>Verbal Fluency Test (FAS)</i>	Fluidez verbal y funciones ejecutivas.	Cuantitativa. Descriptiva	Total de palabras; percentiles; rangos clínicos.	Descripción del funcionamiento ejecutivo verbal.
<i>Rey's Auditory Verbal Learning Test (RAVLT)</i>	Memoria verbal y aprendizaje.	Cuantitativa. Descriptiva	Suma de los ensayos; evocación tardía; percentiles.	Caracterización de la memoria verbal inmediata y tardía.
<i>Trail Making Test – Parts A & B (TMT)</i>	Atención, velocidad de procesamiento y flexibilidad cognitiva.	Cuantitativa. Descriptiva	Tiempo de ejecución; percentiles; porcentaje por encima de lo esperado.	Descripción del desempeño atencional y ejecutivo.
<i>Beck Depression Inventory–II (BDI-II)</i>	Síntomas depresivos.	Cuantitativa. Descriptiva.	Puntaje total; categorías de severidad.	Caracterización del estado de ánimo.
<i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>	Síntomas ansiosos.	Cuantitativa. Descriptiva.	Puntaje total; categorías de severidad.	Caracterización de la ansiedad.
<i>Menopause Rating Scale (MRS)</i>	Síntomas relacionados con la menopausia.	Cuantitativa. Descriptiva.	Puntaje total y subescalas; niveles de severidad.	Descripción de la intensidad sintomática del climaterio.

Nota. Detalles y objetivos de instrumentos utilizados en la evaluación neuropsicológica.

MMSE [*Mini-Examen del Estado Mental: versión extendida*] (Folstein, Folstein y McHugh, 1975); FAS [*Prueba de Fluidez Verbal Fonémica*] (Benton y Hamsher, 1976); RAVLT [*Test de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey*] (Rey, 1964); TMT [*Test de Trazado de Caminos - partes A y B*] (Reitan, 1958); BDI-II [*Manual del Inventario de Depresión de Beck II*] (Beck,

Steer y Brown, 1996); BAI [*Inventario de Ansiedad de Beck*] (Beck et al., 1988), MRS [*Escala Valorativa de la Menopausia*] (Heinemann, Potthoff y Schneider, 2003).

Organización y Tratamiento de los Datos

Base de Datos del Cuestionario

Las respuestas al cuestionario de autopercepción obtenidas en ambos grupos de estudio fueron integradas en una única base de datos, totalizando 395 participantes: 294 correspondientes al Grupo A (autopercepción mediante cuestionario en línea) y 101 al Grupo B (perfil neuropsicológico mediante evaluación neuropsicológica presencial).

Esta unificación fue adoptada debido a la aplicación del mismo instrumento a todas las participantes, lo que aseguró la consistencia de la información recolectada y permitió una visión ampliada de la distribución de los síntomas y percepciones reportadas. La recolección se realizó de manera en línea, a través de una plataforma digital, con completamiento autoadministrado y registro automático de las respuestas en una base electrónica.

Antes del inicio del cuestionario, todas las participantes tuvieron acceso al TCLI, en el cual fueron informadas acerca de los objetivos del estudio, la naturaleza voluntaria de la participación, la garantía de anonimato y la posibilidad de desistir en cualquier momento, sin perjuicio alguno.

Las participantes que posteriormente integraron la muestra neuropsicológica respondieron el cuestionario antes de la realización de la evaluación presencial, utilizando el mismo instrumento aplicado al grupo general.

Base de Datos Neuropsicológica

La evaluación neuropsicológica fue realizada de manera presencial con las participantes de la muestra neuropsicológica, en un ambiente adecuado, silencioso y

organizado, respetando las condiciones éticas y técnicas recomendadas para las evaluaciones psicológicas.

Las evaluaciones fueron realizadas por la investigadora responsable, psicóloga con formación en Neuropsicología, de conformidad con las directrices profesionales y éticas vigentes. Todas las participantes de esta etapa firmaron el consentimiento informado (TCLI) previo a la evaluación.

Los datos obtenidos fueron registrados de manera sistemática y organizados en una base de datos propia. Los puntajes de las pruebas fueron tratados conforme a las normas de cada instrumento, con presentación en puntajes brutos, percentiles y rangos clínicos cuando correspondía.

Estrategia de Análisis Estadístico

La estrategia analítica adoptada fue coherente con el diseño exploratorio y descriptivo del estudio. Los análisis tuvieron como finalidad la organización, sistematización y presentación de los datos sin pretensión de inferencia estadística ni de generalización poblacional.

Tipo y Objetivos del Análisis

Se utilizaron exclusivamente estadísticas descriptivas, incluyendo medias, medianas, desviaciones estándar, frecuencias absolutas y relativas, así como tablas y gráficos descriptivos.

Los análisis tuvieron como objetivos:

- Describir la distribución de las variables provenientes del cuestionario y de las pruebas neuropsicológicas.

- Identificar tendencias y patrones relacionados con el funcionamiento cognitivo, emocional y físico
- Construir perfiles descriptivos de las participantes.

Las comparaciones entre el grupo general y la muestra neuropsicológica se realizaron únicamente de forma descriptiva sin la aplicación de pruebas inferenciales, siendo la submuestra tratada como un segmento independiente de la muestra total.

En el presente estudio, la TRH no constituye una variable de investigación y se discute en este capítulo con el objetivo de contextualizar el debate contemporáneo, delimitando interpretaciones posibles sobre la cognición y el funcionamiento cerebral en la transición menopáusica.

Procedimientos Estadísticos y Software Utilizado

El procesamiento y análisis de los datos se realizaron exclusivamente con el apoyo del *Statistical Package for the Social Sciences [Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS)]*, versión 25. Este software fue utilizado tanto para la construcción de las bases de datos como para el cálculo de las estadísticas descriptivas y la elaboración de tablas y gráficos.

Directrices Específicas Para el Análisis Neuropsicológico

Los resultados de la evaluación neuropsicológica fueron presentados de acuerdo con los dominios funcionales evaluados por cada instrumento, incluyendo el tamizaje cognitivo global, la atención, las funciones ejecutivas, la memoria verbal y los aspectos emocionales.

La organización de los resultados neuropsicológicos se realizó considerando los criterios interpretativos propios de cada instrumento, con la presentación de percentiles,

rangos clínicos y categorías de severidad, cuando correspondía. Este enfoque permitió una interpretación funcional del desempeño cognitivo en relación con los dominios evaluados.

Aspectos éticos

El estudio fue conducido en conformidad con los principios éticos que rigen la investigación con seres humanos, de acuerdo con la *Resolución n° 466/2012* del Consejo Nacional de Salud. Asimismo, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de ISBEM de, São Paulo, Brasil, a través de la Plataforma Brasil, bajo el *Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE)* n° 85907924.7.0000.5470.

Todas las participantes fueron informadas sobre los objetivos del estudio y aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado, garantizando la confidencialidad, el anonimato y el uso exclusivo de los datos con fines científicos.

El estudio fue conducido en conformidad con los principios éticos que rigen la investigación con seres humanos, de acuerdo con la Resolución n° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud.

Resultados

Caracterización Sociodemográfica de la Muestra del Cuestionario de Grupo A - Autopercepción (Cuestionario en Línea)

Con la información obtenida mediante el cuestionario en línea de autorreporte, se realizó la caracterización sociodemográfica de la muestra con el objetivo de situar el perfil de las mujeres participantes del estudio, considerando las variables relacionadas como el rango etario, el nivel educativo, el estado civil, la composición familiar y la región de residencia.

La presentación de estos datos tiene un carácter exclusivamente descriptivo, y su finalidad es contextualizar la investigación en relación con las características de la muestra, sin propósito de inferencia estadística ni de generalización poblacional.

Esta opción metodológica es coherente con el delineamiento exploratorio y de carácter descriptivo, cuyo foco consiste en la caracterización del perfil de las participantes y en la contextualización de la experiencia cognitiva y emocional durante el periodo del climaterio. Los análisis presentados en esta sección se restringen, por lo tanto, al uso de estadísticas de síntesis y descripción de datos.

Se incluyeron en el cuerpo de los resultados únicamente las variables sociodemográficas consideradas centrales para la caracterización de la muestra. Las demás informaciones recolectadas tuvieron finalidad documental y se presentan en los apéndices correspondientes, conforme se describe en el capítulo metodológico.

Distribución Etaria de la Muestra en Relación con la Población Femenina del Municipio de São Paulo

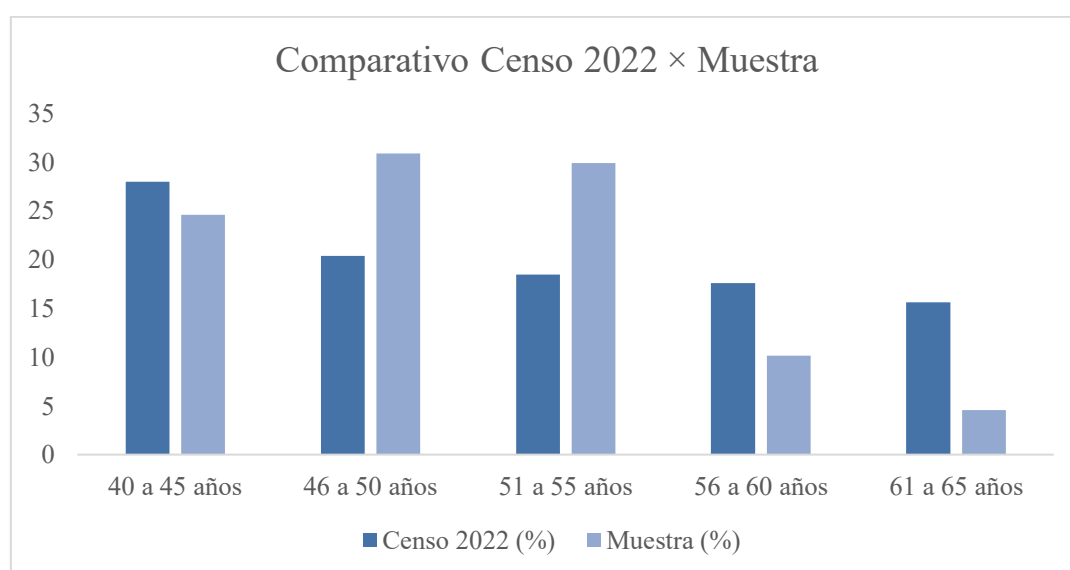
Con el objetivo de contextualizar la composición de la muestra en relación con la población femenina residente en el municipio de São Paulo, de Brasil, la distribución etaria de las participantes fue considerada por mujeres con edades comprendidas entre los 40 y 65

años. Para este propósito, se utilizaron datos del *Censo Demográfico de 2022*, provistos por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), correspondientes a la población femenina residente en el municipio.

La Figura 1 presenta la distribución porcentual de la muestra según grupos etarios quinquenales, así como la distribución correspondiente observada en la población femenina del municipio de São Paulo. Esta presentación tiene un carácter exclusivamente descriptivo y no tiene por objetivo establecer comparaciones inferenciales ni afirmar representatividad estadística de la muestra en relación con la población general.

Figura 1

Distribución porcentual de la muestra y de la población femenina del municipio de São Paulo según grupos etarios (40–65 años)



Nota: Datos del *Censo Demográfico 2022* (IBGE), correspondientes a la población femenina residente en el municipio de São Paulo, con edades entre 40 y 65 años, extraídos del sistema *SIDRA/IBGE*. Los datos de la muestra corresponden a mujeres con edades entre 40 y 65 años, residentes en el municipio de São Paulo, que respondieron el cuestionario en línea.

El análisis descriptivo indica una mayor concentración de participantes en los grupos etarios de 46 a 50 años y de 51 a 55 años en comparación con la distribución poblacional del

municipio, en la cual dichos grupos presentan porcentajes más homogéneos; en contraste, los grupos etarios de mayor edad, especialmente entre 56 y 60 años y entre 61 y 65 años, se mostraron proporcionalmente menos representados en la muestra en relación con los datos censales.

Esta configuración etaria se relaciona con las características del proceso de reclutamiento adoptado en el estudio, realizado mediante cuestionario en línea, así como con patrones de adhesión frecuentemente observados en este tipo de metodología.

Se destaca que la distribución etaria observada no compromete los objetivos del estudio, dado que la propuesta metodológica es de naturaleza exploratoria y descriptiva, orientada a la caracterización de la experiencia cognitiva y emocional de las participantes incluidas, sin pretensión de generalización poblacional.

Caracterización Sociodemográfica de la Muestra del Cuestionario de Autorreporte

El cuestionario de autorreporte permite la caracterización sociodemográfica de la muestra ampliada del estudio, a partir de la información proporcionada por las participantes mediante este instrumento en línea.

Se analizaron variables relacionadas con el rango etario, el nivel educativo, el estado civil, la composición familiar y la región de residencia, con el objetivo de describir el perfil general de las mujeres incluidas en esta fase de la investigación.

La presentación de los datos de la Tabla 3 tiene un carácter exclusivamente descriptivo y no tiene como finalidad establecer inferencias estadísticas ni generalizaciones poblacionales, en consonancia con el delineamiento exploratorio y descriptivo de la investigación.

Tabla 3

Distribución de las características sociodemográficas de la muestra del cuestionario de autorreporte

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Rango etario</i>		
40 a 45 años	97	24.6
46 a 50 años	122	30.9
51 a 55 años	118	29.9
56 a 60 años	40	10.1
61 a 65 años	18	4.6
<i>Nivel educativo</i>		
Educación primaria	5	1.3
Educación secundaria	51	12.9
Educación superior	109	27.6
Posgrado	192	48.6
Maestría o Doctorado	38	9.6
<i>Estado Civil</i>		
Casada (unión estable o convivencia)	282	71.4
Divorciada	67	17.0
Soltera	41	10.4
Viuda	5	1.3
<i>Número de hijos</i>		
Tiene hijos	326	82.5
1 hijo	139	35.2
2 hijo	146	37.0
3 hijos o más	41	10.4
No tiene hijos	69	17.5
<i>Región de residencia</i>		
Zona Este	179	45.3
Zona Oeste	77	19.5
Zona Sur	65	16.5
Zona Norte	42	10.6
Centro	32	8.1
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%) correspondientes a las características sociodemográficas de la muestra participante del cuestionario de autorreporte (*N* = 395). Los porcentajes se calcularon sobre el total de respuestas válidas para cada variable.

El análisis descriptivo indica una concentración predominante de la muestra en los rangos etarios entre 46 y 55 años, que en conjunto corresponden a poco más de la mitad de

las participantes; los rangos etarios de 40 a 45 años y de 56 a 65 años presentaron una menor participación relativa, configurando una muestra compuesta mayoritariamente por mujeres en etapa de mediana edad.

En relación con el nivel educativo, se observa un alto nivel de escolaridad, con predominio de participantes con educación superior completa y posgrado; en cuanto al estado civil, la mayoría de las mujeres se declaran casadas o en unión estable. La mayor parte de las participantes tiene hijos, siendo más frecuente la presencia de uno o dos hijos. Respecto de la región de residencia, se verificó una mayor concentración de participantes residentes en la Zona Este del municipio de São Paulo, seguida por las Zonas Oeste y Sur.

Condiciones de Acceso a los Servicios de Salud

La descripción de las condiciones de acceso a los servicios de salud de las participantes fue realizado a partir de la información obtenida mediante el cuestionario de autorreporte, considerando las diferentes formas de utilización de los servicios públicos y privados de salud, como se presenta en la Tabla 4. Esta caracterización tiene como finalidad contextualizar las trayectorias de atención en salud de las mujeres incluidas en la muestra, en consonancia con la naturaleza descriptiva del estudio, sin propósito inferencial.

Tabla 4

Formas de acceso a los servicios de salud de la muestra del cuestionario de autorreporte

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Formas de acceso a los servicios de salud</i>		
Solo a través del Sistema Único de Salud (SUS)	37	9.4
Solo mediante consultas particulares	31	7.8
Seguro de salud (plan de salud)	327	82.8

Nota. Frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%) correspondientes a las formas de acceso a los servicios de salud de la muestra del cuestionario de autorreporte (*N* = 395).

La distribución demuestra un predominio de participantes con acceso a los servicios de salud a través de un seguro médico, lo que corresponde a la mayor parte de la muestra. Una proporción menor de las mujeres reportó acceso exclusivo mediante consultas particulares o a través del SUS. Esta configuración aporta a la contextualización del perfil de atención en salud de las participantes, sin implicar interpretaciones sobre la calidad, efectividad o resultados de los servicios utilizados.

Condiciones Clínicas y Comorbilidades

La caracterización de las condiciones clínicas y comorbilidades tuvo como objetivo situar el perfil de salud de las participantes en el contexto del climaterio, contribuyendo a la contextualización de los hallazgos relacionados con la experiencia cognitiva, emocional y corporal. Los análisis presentados en esta sección son exclusivamente descriptivos.

A los fines de la presentación de los resultados, se consideró únicamente la presencia o ausencia de diagnóstico autorreportado para cada condición clínica investigada. Fueron clasificadas como *Diagnóstico Presente* todas las participantes que indicaron haber recibido el diagnóstico en cualquier período de la vida, independientemente del tiempo transcurrido desde su emisión, y como *Diagnóstico Ausente* aquellas que señalaron la opción *no tuve este diagnóstico*.

No se realizaron análisis relacionados con el tiempo desde el diagnóstico, la cronicidad, la duración de la condición ni asociaciones con otros dominios evaluados. Las tablas detalladas por tiempo de diagnóstico permanecen como material técnico y podrán ser consultadas en el apéndice cuando corresponda.

Diagnóstico de Enfermedades

En lo que respecta a las condiciones clínicas autorreportadas, la mayoría de las participantes informó haber recibido al menos un diagnóstico médico a lo largo de la vida, detallándose en la Tabla 5.

Tabla 5

Distribución de las condiciones clínicas autorreportadas: presencia versus ausencia de diagnóstico

<i>¿Cuáles de estas condiciones de salud le fueron diagnosticadas?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Ya recibió alguno de los diagnósticos	348	88.1
Depresión o trastornos de ansiedad	187	47.3
Síndrome metabólico	181	45.8
Insomnio crónico u otros trastornos del sueño	160	40.5
Trastornos de la tiroides (hipotiroidismo, hipertiroidismo, etc.)	134	33.9
Artritis u otras enfermedades articulares	92	23.3
Hipertensión arterial	87	22.0
Osteoporosis u osteopenia	82	20.8
Endometriosis o adenomiosis	79	20.0
Diabetes tipo 2	47	11.9
Otros tipos de cáncer o tumores	44	11.1
Enfermedades cardiovasculares	38	9.6
Cáncer de mama	33	8.4
Enfermedad neurológica	31	7.8
Nunca recibió alguno de los diagnósticos	47	11.9
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Las participantes pudieron señalar más de un diagnóstico; por lo tanto, los porcentajes de las condiciones específicas no son mutuamente excluyentes y no totalizan el 100 %.

Entre las participantes, el 88.1 % informó haber recibido al menos un diagnóstico médico, mientras que el 11.9 % declaró no presentar ninguno de los diagnósticos investigados. Considerando el conjunto de diagnósticos autorreportados, se observó una media de 3.0 diagnósticos por participante (desviación estándar [DE] = 2.7); una docena de mujeres informaron el número máximo de 13 diagnósticos a lo largo de la vida.

Entre los diagnósticos referidos con mayor frecuencia se destacan la depresión y/o los trastornos de ansiedad (47.3 %), seguidos por el síndrome metabólico (45.8 %) y el insomnio crónico u otros trastornos del sueño (40.5 %); los trastornos de la tiroides también presentaron una frecuencia relevante, siendo reportados por el 33.9 % de las participantes.

Las condiciones de frecuencia intermedia incluyen la artritis u otras enfermedades articulares (23.3 %), la hipertensión arterial (22.0 %), la osteoporosis u osteopenia (20.8 %) y la endometriosis o adenomiosis (20.0 %). Los diagnósticos menos frecuentes en la muestra fueron la diabetes tipo 2 (11.9 %), otros tipos de cáncer o tumores (11.1 %), las enfermedades cardiovasculares (9.6 %), el cáncer de mama (8.4 %) y enfermedades neurológicas (7.8 %).

Los datos presentados tienen una finalidad exclusivamente descriptiva y buscan caracterizar clínicamente a la muestra, sin pretensión de análisis inferencial ni de establecimiento de relaciones causales.

Antecedentes Reproductivos y Ginecológicos

Este apartado presenta la caracterización de los antecedentes reproductivos y ginecológicos de las participantes, considerando variables relevantes para la comprensión del contexto biológico y de salud en el período del climaterio.

Se incluyen informaciones relacionadas con la historia menstrual, el uso de terapias hormonales, la presencia de síntomas asociados y otros aspectos clínicos, con el objetivo de contextualizar el perfil de las mujeres incluidas en el estudio.

Edad de la Menarca y Situación Menstrual Actual

La Tabla 6 presenta la distribución de la edad de la menarca y la situación menstrual actual de las participantes, permitiendo caracterizar aspectos relevantes del historial reproductivo de la muestra.

Tabla 6*Edad de la menarca de las participantes del cuestionario de autorreporte (N = 395)*

<i>¿Cuál fue la edad de su primera menstruación?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Antes de los 10 años	22	5.6
11 y 13 años	294	74.4
14 años	56	14.2
15 años	16	4.1
Después de los 15 años	7	1.8
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra (N = 395).

La Tabla 7 presenta la distribución de la situación menstrual actual de las participantes y la edad de cese de la menstruación en los casos correspondientes, lo que permite profundizar en la caracterización del perfil reproductivo de la muestra.

Al momento de la recolección de datos, aproximadamente la mitad de las mujeres informó que aún menstruaba, mientras que poco más de la mitad refirió haber cesado el ciclo menstrual. Entre aquellas que ya no menstruaban, predominó la menopausia ocurrida de forma natural, siendo menos frecuente el cese asociado a intervenciones clínicas, como tratamientos hormonales, uso de dispositivo intrauterino con amenorrea o procedimientos quirúrgicos.

Entre las participantes que informaron menopausia espontánea, la edad de cese de la menstruación se situó predominantemente hacia el final de la quinta década de la vida, con variabilidad entre los relatos individuales. En conjunto, estos datos evidencian la coexistencia de diferentes estadios reproductivos en la muestra, lo que refuerza la heterogeneidad de las trayectorias reproductivas y del climaterio entre las mujeres evaluadas.

Tabla 7

Situación menstrual actual y edad de cese de la menstruación entre las participantes del cuestionario de autorreporte (N = 395)

<i>¿Usted aún menstrúa? (SÍ / NO) ¿A qué edad dejó de menstruar?</i>	Frecuencia	Porcentaje
Aún menstrúa	184	46.6
Dejó de menstruar	211	53.4
De forma natural	175	44.3
Antes de los 50 años	83	21.0
Con 50 años o más	92	23.3
Cese quirúrgico / medicamentoso (tratamiento hormonal / DIU / histerectomía / etc.)	36	9.1
<i>Total</i>	395	100,0

Nota. Los porcentajes se calcularon en relación con el total de la muestra (N = 395).

La caracterización de los antecedentes reproductivos de las participantes revela que la mayor parte de la muestra presentó inicio de la menstruación en un rango etario considerado típico. Se observa un predominio de menarca entre los 11 y 13 años, correspondiente a la mayoría de las participantes, seguido por porcentajes menores de inicio a los 14 años y a edades iguales o superiores a los 15 años, configurando un grupo minoritario con menarca más tardía; en menor proporción, también se reportaron casos de menarca antes de los 10 años, lo que indica la presencia de experiencias de inicio precoz del ciclo menstrual. En conjunto, los datos evidencian que, aunque la mayoría de la muestra inició la menstruación dentro de los parámetros fisiológicos esperados, existe diversidad en los antecedentes reproductivos informados por las participantes.

Uso de Terapia Hormonal y Tipo de Indicación

En lo que respecta al uso de terapia hormonal, el análisis se realizó de manera secuencial. Inicialmente, se consideró la realización previa de tratamiento hormonal en cualquier etapa de la vida, categorizada como *Sí* y *No*, en relación con el total de la muestra.

Posteriormente, entre las participantes que informaron uso previo, se describieron las principales indicaciones para dicho tratamiento, conforme al autorreporte.

Tabla 8

Uso previo de terapia hormonal y principales indicaciones referidas por las participantes del cuestionario de autorreporte (N = 395)

<i>¿Ha realizado tratamiento hormonal en alguna etapa de su vida?</i>		
<i>¿Para qué situación lo necesitó?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Ya ha realizado tratamiento hormonal	196	49.6
Terapia de reemplazo hormonal	110	27.8
Métodos anticonceptivos	49	12.4
Tratamiento de endometriosis	18	4.6
Síndrome de ovario poliquístico	12	3.0
Fertilización in vitro	7	1.8
No ha realizado tratamiento hormonal	199	50.4
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Los porcentajes se calcularon en relación con el total de la muestra ($N = 395$). Las participantes que informaron uso previo de terapia hormonal pudieron señalar más de una indicación.

Se ha revelado una proporción similar entre las participantes que informaron haber realizado algún tipo de tratamiento hormonal a lo largo de la vida (49.6 %) y aquellas que afirmaron no haber utilizado nunca este tipo de intervención (50.4 %). Entre las mujeres con antecedentes de uso, la indicación referida con mayor frecuencia fue la terapia de reemplazo hormonal, seguida por el uso de métodos anticonceptivos. Las indicaciones relacionadas con condiciones ginecológicas específicas, como la endometriosis y el síndrome de ovario poliquístico, así como los procedimientos de reproducción asistida, fueron reportadas por proporciones menores de la muestra.

Síntomas Físicos y Corporales

Con el objetivo de describir la experiencia somática de las participantes durante el período del climaterio es que se han analizado los síntomas físicos y corporales. Los análisis presentados en esta sección tienen un carácter exclusivamente descriptivo y consideran el total de la muestra sin comparaciones entre grupos ni realización de análisis inferenciales.

Para el cuerpo de los resultados presentados en la Tabla 9, se priorizaron los síntomas considerados más relevantes para la caracterización clínica y funcional de la muestra. La información complementaria se describe en el apéndice, conforme a lo delineado en el capítulo metodológico.

La Tabla 10 presenta la distribución de los síntomas físicos reportados por las participantes, así como la intensidad percibida de dichas manifestaciones en el momento actual. Se incluyen tanto la frecuencia de los síntomas como indicadores de su intensidad, con el objetivo de caracterizar la experiencia sintomática física en la muestra analizada.

Tabla 9

Distribución de la muestra según los síntomas físicos (N = 395)

<i>En el momento actual de su vida, ¿cuáles son los síntomas físicos que presenta?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Ya ha percibido algún síntoma	376	95.2
Sequedad de la piel	302	76.5
Dolores musculares	287	72.7
Dolores de cabeza	270	68.4
Sofocos	234	59.2
Zumbido en el oído	169	42.8
Otros	179	45.3
Nunca ha percibido síntomas	19	4.8
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra (N = 395).

Tabla 10*Distribución de la muestra según la intensidad de los síntomas físicos*

<i>Intensidad y total de los síntomas percibidos</i>					
	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Total de síntomas	395	0	6	3,6	1.8
Sequedad de la piel	302	0	10	4,0	3.3
Dolores musculares	287	0	10	4,1	3.4
Dolores de cabeza	270	0	10	4,1	3.5
Sofocos	234	0	10	4,2	3.5
Zumbido en el oído	169	0	10	3,9	3.3
Otros	179	0	10	4,7	3.1

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

Los resultados exponen una alta prevalencia de síntomas físicos en la muestra, ya que la gran mayoría de las participantes reportó haber percibido al menos un síntoma en el momento actual. Entre los más frecuentes se destacan la sequedad de la piel, los dolores musculares y los dolores de cabeza, seguidos por los sofocos, lo que sugiere una amplia presencia de manifestaciones físicas asociadas al período del climaterio.

En cuanto a la intensidad de los síntomas, se observa una media moderada en la mayoría de las categorías evaluadas, con valores relativamente homogéneos entre los distintos tipos de síntomas. Estos datos evidencian no solo la presencia, sino también la variabilidad en la intensidad de las manifestaciones físicas reportadas por las participantes. En conjunto, los resultados refuerzan la heterogeneidad de la experiencia sintomática en la muestra analizada.

Intensidad de la Sudoración Nocturna

Se ha realizado la evaluación de la intensidad de la sudoración nocturna mediante una escala categórica conforme a las categorías originales del cuestionario, como se detalla en la

Tabla 11. Para la presentación de los resultados, no se realizó conversión a una escala numérica ni reagrupamiento por puntuación.

Tabla 11

Distribución de la intensidad de la sudoración nocturna autorreportada por las participantes
(N = 395)

<i>¿Cómo evalúa la intensidad de su sudoración nocturna?</i>		
	<i>n</i>	Porcentaje
Leve	118	29.9
Moderada	80	20.3
Intensa	41	10.4
Muy intensa	7	1.8
Ninguna – no presentó sudoración nocturna	149	37.7
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra (N = 395).

La distribución presentada señala que el 62.3 % de las participantes informó experimentar algún grado de sudoración nocturna, mientras que el 37.7 % señaló no presentar este síntoma. Entre aquellas que refirieron sudoración nocturna, predominó la clasificación de intensidad *Leve*, seguida de la intensidad *Moderada*; proporciones menores de participantes describieron la sintomatología como *Intensa* o *Muy intensa*, lo que denota variabilidad en la intensidad de la sudoración nocturna entre las mujeres evaluadas.

Calidad del Sueño

Durante el recuento de los cambios experimentados por las participantes, la calidad del sueño fue evaluada mediante una escala categórica conforme a las opciones originales del cuestionario. Los resultados en la Tabla 12 se presentan de forma exclusivamente descriptiva sin conversión a escala numérica ni reagrupamiento por puntuación.

Tabla 12*Distribución de la calidad del sueño autorreferida*

<i>¿Cómo evalúa la calidad de su sueño durante los cambios que están ocurriendo en su vida?</i>		
	<i>n</i>	Porcentaje
Excelente	33	8.4
Buena	95	24.1
Regular	146	37.0
Mala	95	24.1
Muy mala	26	6.6
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%) correspondientes a la calidad del sueño autorreferida de la muestra (*N* = 395).

En la muestra analizada, la categoría sueño *Regular* fue la más frecuentemente reportada. Las clasificaciones *Buena* y *Mala* presentaron proporciones similares; en menor medida, las participantes evaluaron la calidad del sueño como *excelente* o *Muy mala*.

Dolores Musculares o Articulares

La presencia de dolores musculares o articulares fue analizada de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. La Tabla 13 presenta la distribución de las participantes según el reporte autorreferido de este síntoma, expresada en frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%).

Tabla 13*Reporte de dolores musculares o articulares autorreferidos*

<i>¿Experimentó dolores articulares o musculares?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	282	71.4
No	95	24.1
No percibí cambios	18	4.6
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra (*N* = 395).

La proporción mayoritaria de las participantes informó haber experimentado dolores musculares o articulares durante el período evaluado; en menor medida, se registraron relatos de ausencia del síntoma o de no percepción de cambios relacionados con dolores musculares o articulares.

Aspectos Cognitivos Subjetivos

Con la finalidad de describir la autopercepción de las participantes en relación con el funcionamiento cognitivo durante el período del climaterio se ha decidido analizar los aspectos cognitivos subjetivos, presentados exclusivamente en carácter descriptivo y considerando la totalidad de la muestra, sin la creación de puntajes compuestos ni la realización de análisis inferenciales.

Las preguntas que componen este dominio evalúan dimensiones diferenciadas de la experiencia cognitiva, incluyendo la autoevaluación global del funcionamiento cognitivo, dificultades funcionales específicas, tiempo de procesamiento, nivel de preocupación por el desempeño cognitivo y el impacto percibido en la vida cotidiana. Por esta razón, cada ítem fue analizado de manera independiente y presentado en una tabla específica.

Autoevaluación de los Cambios en la Memoria y en la Capacidad de Concentración

La autoevaluación de los cambios en la memoria y en la capacidad de concentración durante esta etapa de la vida fue analizada de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. La Tabla 14 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%).

Tabla 14*Autoevaluación de los cambios en la memoria o en la capacidad de concentración*

<i>¿Cómo evalúa los cambios en su memoria y/o en su capacidad de concentración durante esta etapa de su vida?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Excelentes	6	1.5
Buenos	75	19.0
Regulares	171	43.3
Malos	92	23.3
Muy malos	51	12.9
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

El resultado Regular de los cambios en la memoria o en la capacidad de concentración fue el más frecuentemente reportado por las participantes; asimismo, una proporción relevante calificó dichos modificadores como *Malos* o *Muy malos*, mientras que una menor proporción las evaluó como *Buenos*, demostrando solamente un número reducido que los considera *excelentes*.

Dificultades para Planificar Actividades o Completar Tareas Diarias

La percepción de las dificultades para planificar actividades o completar tareas diarias, como organizar la agenda o recordar compromisos, fue analizada de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. La Tabla 15 presenta la distribución de las respuestas correspondientes, expresada en frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%).

Tabla 15*Dificultades autorreferidas para planificar actividades o completar tareas diarias*

<i>¿Cómo evalúa las dificultades para planificar actividades o completar tareas diarias, como organizar su agenda o recordar compromisos?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
No tengo ninguna dificultad	55	13.9
Tengo poca dificultad	115	29.1
Tengo alguna dificultad	136	34.4
Tengo bastante dificultad	66	16.7
Tengo mucha dificultad; esto afecta mi rutina diaria	23	5.8
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

Tengo alguna dificultad fue la respuesta más frecuentemente reportada, aunque también se presentó una proporción relevante de las participantes refiriendo *Tengo poca dificultad*; otras informaron *Tengo bastante dificultad* para planificar actividades o completar tareas diarias. Finalmente existieron grupos reducidos que registraron relatos de *Tengo mucha dificultad*, con impacto percibido en la rutina diaria, y otros remarcaron *No tengo ninguna dificultad*.

Dificultad para Tomar Decisiones o Resolver Problemas Simples

La percepción de dificultad para tomar decisiones o resolver problemas simples fue analizada de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. La Tabla 16 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%).

Tabla 16*Dificultad autorreferida para tomar decisiones o resolver problemas simples*

<i>¿Tuvo dificultad para tomar decisiones o resolver problemas simples?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
No tuve ninguna dificultad	110	27.8
Tuve poca dificultad	107	27.1
Tuve alguna dificultad	128	32.4
Tuve bastante dificultad	39	9.9
Tuve mucha dificultad; esto impactó significativamente mi rutina.	11	2.8
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

La categoría *Tuve alguna dificultad* fue la más frecuentemente reportada por las participantes. Asimismo, se registró una proporción relevante de respuestas que indicaron poca dificultad, mientras que otras participantes informaron bastante o mucha dificultad, esta última con impacto significativo en la rutina diaria. Por otro lado, una parte de la muestra manifestó no presentar dificultades para la toma de decisiones o la resolución de problemas simples.

Lentificación Para Comprender o Responder Información

Al tardar más tiempo en comprender o responder preguntas e información —como entender una conversación o tomar decisiones basadas en datos recibidos— fue analizado de manera descriptiva y considerando el total de la muestra. La Tabla 17 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%).

Tabla 17*Lentificación autorreferida para comprender o responder información*

<i>¿Percibió que está tardando más tiempo en comprender o responder preguntas e información? Por ejemplo, para entender una conversación o tomar decisiones basadas en la información recibida.</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
No percibí ningún cambio	131	33.2
Noté alguna dificultad	103	26.1
Percibí un leve cambio	125	31.6
Tengo bastante dificultad	30	7.6
Tengo mucha dificultad	6	1.5
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

La proporción mayoritaria de las participantes informó algún grado de cambio o dificultad en relación con el tiempo necesario para comprender información o responder a demandas cognitivas durante el período evaluado. Quienes reportaron cambios, se observaron principalmente modificaciones leves o la percepción de alguna dificultad, mientras que dificultades más acentuadas fueron referidas por una menor proporción de participantes; por otro lado, una parte de la muestra indicó no haber percibido cambios en la rapidez para comprender información o responder a exigencias cognitivas en la vida cotidiana.

Nivel de Preocupación por Posibles Cambios Cognitivos

El grado de preocupación de las participantes en relación con posibles cambios en su capacidad cognitiva —incluyendo memoria, atención y concentración— fue analizado de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. La Tabla 18 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%).

Tabla 18*Nivel de preocupación por posibles cambios cognitivos*

<i>¿Cuál es su nivel de preocupación en relación con posibles cambios en su capacidad cognitiva, como la memoria, la atención y la concentración?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna preocupación	25	6.3
Poca preocupación	87	22.0
Preocupación moderada	127	32.2
Mucha preocupación	123	31.1
Preocupación extrema; esto afecta mi bienestar	33	8.4
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

La mayoría de las participantes manifestó algún nivel de preocupación respecto a posibles cambios cognitivos durante esta etapa de la vida; dentro de este grupo, se observó una concentración predominante de respuestas en los niveles de *Preocupación moderada* y *Preocupación extrema*, expresando que una proporción relevante de las mujeres percibe estas modificaciones con un grado significativo de inquietud y de impacto percibido en el bienestar. Por otro lado, un subgrupo informó *Poca preocupación* o *Ninguna preocupación*, demostrando una vivencia menos aprensiva frente a posibles cambios en el funcionamiento cognitivo.

Impacto de los Cambios Cognitivos en la Vida Cotidiana

El impacto de los cambios percibidos en la memoria, la atención o el razonamiento sobre la vida cotidiana de las participantes fue analizado de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. La Tabla 19 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%).

Tabla 19*Impacto de los cambios cognitivos en la vida cotidiana*

<i>¿De qué manera los cambios en su memoria, atención o razonamiento afectaron su vida diaria?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Ningún impacto	64	16.2
Poco impacto	137	34.7
Impacto moderado	122	30.9
Gran impacto	57	14.4
Impacto muy grande	15	3.8
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

El mayor número de las participantes informó algún grado de impacto de los cambios cognitivos percibidos en su rutina diaria. Predominaron los reportes de *Poco impacto* y de *Impacto moderado*, lo que sugiere que, para una proporción considerable de las mujeres, dichas modificaciones se manifiestan de forma leve a moderada en el día a día; asimismo, una parte de las participantes describió que estos cambios tuvieron un impacto elevado en su vida cotidiana, indicando repercusiones más significativas en las actividades diarias. Por otro lado, un subgrupo de la muestra señaló *Ningún impacto* en los cambios cognitivos en su rutina, lo que pone de manifiesto la heterogeneidad en la forma en que estas alteraciones son vivenciadas por las mujeres participantes.

Aspectos Emocionales y Afectivos

Los aspectos emocionales y afectivos fueron analizados con el objetivo de describir la experiencia emocional autorreferida por las participantes durante el período del climaterio. Los análisis presentados son exclusivamente descriptivos y consideran el total de la muestra, sin la realización de cruces entre variables ni análisis inferenciales.

Tristeza Persistente o Pérdida de Interés en Actividades Previamente Placenteras

El registro de tristeza persistente o pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras fue investigado mediante el autorreporte, considerando diferentes niveles de intensidad del síntoma. La Tabla 20 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%).

Tabla 20

Tristeza persistente o pérdida de interés en actividades previamente placenteras

<i>Durante este período de su vida, ¿ha sentido tristeza persistente o ha perdido el interés en actividades que solía disfrutar?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Presenté síntomas leves	132	33.4
Presenté síntomas moderados	94	23.8
Presenté síntomas frecuentes	60	15.2
Presenté síntomas muy intensos, que afectaron significativamente mi calidad de vida	33	8.4
No presenté estos síntomas	76	19.2
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

La mayoría de las participantes informó experimentar tristeza persistente o pérdida de interés en actividades previamente placenteras durante el período actual de la vida. De forma global, se observó una alta proporción de relatos que mostraron la presencia de estos síntomas en distintos niveles de intensidad.

Entre las participantes que reportaron sintomatología, predominaron los relatos de *Presenté síntomas leves* y *Presenté síntomas moderados*, mientras que una parte de la muestra refirió *Presenté síntomas frecuentes* y *Presenté síntomas más intensos*, con impacto percibido en la calidad de vida. Finalmente, un subgrupo de participantes indicó *No presenté estos síntomas*.

Síntomas de Ansiedad Autorreferidos

La presencia de síntomas de ansiedad, tales como nerviosismo excesivo, preocupación constante o dificultad para relajarse, fue analizada de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. La Tabla 21 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%).

Tabla 21

Síntomas de ansiedad autorreferidos

<i>Durante este período actual, ¿ha presentado síntomas de ansiedad, como nerviosismo excesivo, preocupación constante o dificultad para relajarse?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Presenté síntomas leves	116	29.4
Presenté síntomas moderados	105	26.6
Presenté síntomas frecuentes	83	21.0
Presenté síntomas muy intensos, que afectaron significativamente mi calidad de vida	38	9.6
No presenté estos síntomas	53	13.4
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

Los resultados reflejan que una proporción significativa de las participantes reportó la presencia de síntomas de ansiedad en el período actual. Se observa una distribución relativamente equilibrada entre síntomas leves, moderados y frecuentes, lo que sugiere una amplia variabilidad en la experiencia de ansiedad dentro de la muestra.

Asimismo, un subgrupo relevante informó síntomas muy intensos con impacto significativo en la calidad de vida, mientras que una menor proporción refirió no haber presentado este tipo de manifestaciones. En conjunto, estos datos evidencian la presencia de síntomas de ansiedad en distintos niveles de intensidad, reflejando la heterogeneidad de la experiencia emocional en las participantes.

Irritabilidad e Impaciencia Autorreferidas

La percepción de cambios en los niveles de irritabilidad e impaciencia durante el período actual de la vida fue analizada de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. La Tabla 22 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%).

Tabla 22***Irritabilidad e impaciencia autorreferidas***

<i>Durante esta etapa de su vida, ¿cómo ha sido su nivel de irritabilidad e impaciencia?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Percibí un leve aumento	102	25.8
Percibí un aumento frecuente	87	22.0
Percibí un aumento moderado	119	30.1
Percibí un aumento muy intenso, que perjudica significativamente mi calidad de vida	32	8.1
No percibí aumento	55	13.9
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

La mayoría de las participantes informó algún grado de aumento en los niveles de irritabilidad o impaciencia durante esta etapa de la vida. De manera general, se observó que estos cambios fueron reportados predominantemente en niveles leves a moderados, mientras que una proporción menor de mujeres refirió incrementos de alta intensidad, con repercusiones significativas en la calidad de vida; por otro lado, un subgrupo de la muestra indicó no haber percibido aumento en estos síntomas

Impacto de los Cambios Emocionales en la Vida Social y Profesional

La percepción de cambios en la vida social o profesional, incluyendo aspectos como la disposición para las interacciones sociales y la concentración en el trabajo, fue analizada de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. La Tabla 23 presenta la distribución

de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%).

Tabla 23

Impacto percibido en la vida social o profesional

<i>En esta etapa de su vida, ¿percibe algún cambio en su vida social o profesional, como en su disposición para las interacciones o en su concentración en el trabajo?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Impacto leve	132	33.4
Impacto moderado	119	30.1
Impacto frecuente	59	14.9
Impacto muy intenso, perjudicando significativamente mi vida social o profesional	33	8.4
No tuvo ningún impacto	52	13.2
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra (*N* = 395).

Se informaron algunos impactos en los cambios emocionales de las participantes, tanto en su vida social como profesional durante esta etapa de la vida. Existe una predominancia de *Impacto leve* a *Impacto moderado*, advirtiendo alteraciones presentes – pero de intensidad variable– en la disposición para las interacciones sociales y en el desempeño laboral; asimismo, una proporción menor, aunque relevante, refirió impactos de elevada intensidad, con repercusiones significativas en la vida social o en el funcionamiento profesional. El subgrupo menos numeroso de la muestra indicó no haber percibido impacto de los cambios emocionales en estos ámbitos

Autoestima y Percepción Corporal

El análisis de la autoestima y la percepción corporal tuvo como objetivo describir la autopercepción de las participantes en relación con los cambios corporales experimentados durante el período del climaterio. Los análisis presentados en esta sección son exclusivamente descriptivos y consideran el total de la muestra.

Cambios en la Autoestima Asociados a Alteraciones Corporales

La percepción de cambios en la autoestima asociados a alteraciones corporales durante esta etapa de la vida fue analizada de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. La Tabla 24 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%).

Tabla 24

Autoestima asociados a alteraciones corporales

<i>¿Percibió algún cambio en su autoestima debido a alteraciones en su cuerpo durante esta etapa de la vida?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Tuve poco impacto	118	29.9
Tuve un impacto moderado	118	29.9
Tuve un gran impacto	70	17.7
Tuve un impacto muy grande, afectando significativamente mi autoestima	30	7.6
No tuve ningún impacto	59	14.9
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%) correspondientes al impacto en la autoestima asociado a alteraciones corporales en la muestra del cuestionario de autorreporte (*N* = 395).

Se ha detectado un significativo impacto en la autoestima, relacionado con los cambios corporales vivenciados durante este período. Se observó una concentración de respuestas en los niveles de impacto leve y moderado, lo que señala que estas modificaciones fueron experimentadas con distinta intensidad por una proporción relevante de la muestra; asimismo, una parte de las participantes refirió impactos de mayor magnitud en la autoestima, mientras que un subgrupo indicó no haber percibido impacto.

Información y Búsqueda de Conocimiento

El dominio de información y la búsqueda de conocimiento fue analizado con el objetivo de describir el acceso, la percepción y el nivel de claridad de las participantes en

relación con la menopausia y los cambios hormonales asociados al climaterio. Los análisis presentados en esta sección son exclusivamente descriptivos y consideran el total de la muestra, salvo indicación específica en contrario.

Autopercepción de la Fase de la Transición Hacia la Menopausia

La autopercepción de las participantes respecto a la fase de la transición menopáusica fue evaluada mediante una pregunta categórica, considerando diferentes estadios del proceso reproductivo. La Tabla 25 presenta la distribución de las respuestas, expresada en frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%).

Tabla 25

Autopercepción de la fase de la transición hacia la menopausia

<i>¿Sabe en qué fase de la transición hacia la menopausia se encuentra? Seleccione la opción que mejor describa su situación actual.</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Todavía menstruo regularmente, pero ya percibo algunos cambios en mi cuerpo (perimenopausia inicial).	89	22.5
Mi menstruación es irregular y, en algunas ocasiones, se ausenta durante meses (transición menopáusica).	69	17.5
Han pasado 12 meses o más desde que mi menstruación se detuvo completamente (menopausia confirmada).	55	13.9
He pasado la menopausia hace más de un año (posmenopausia).	90	22.8
No sé en qué fase me encuentro	92	23.3
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

En la muestra analizada existe una distribución heterogénea en relación con la percepción de la fase de la transición hacia la menopausia. Una parte de las participantes indicó continuar menstruando regularmente, aunque ya percibía cambios corporales compatibles con una etapa inicial de la transición, mientras que otras reportaron irregularidad menstrual, característica de la fase de transición menopáusica. Otras participantes de la muestra refirieron haber alcanzado la menopausia confirmada o encontrarse en etapa

posmenopáusica. Cabe destacar que una proporción relevante de las participantes manifestó no saber en qué fase de la transición se encontraba, lo que pone de relieve la presencia de incertidumbre o dificultad en el reconocimiento del propio estadio reproductivo

Búsqueda de Información Sobre los Signos y Síntomas de la Menopausia

La búsqueda de información relacionada con los signos y síntomas de la menopausia fue analizada de manera descriptiva, considerando el total de la muestra. Esta variable permite caracterizar el comportamiento informativo de las participantes en relación con los cambios hormonales experimentados durante el climaterio. La Tabla 26 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a este ítem, expresada en frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%).

Tabla 26

Información sobre los signos y síntomas de la menopausia

<i>¿Ha buscado información sobre los signos y síntomas de esta etapa de la menopausia?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre busco información.	166	42.0
Frecuentemente busco información.	100	25.3
A veces busco información.	85	21.5
Raramente busco información.	23	5.8
Nunca he buscado información.	21	5.3
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra (*N* = 395).

La mayoría de las participantes informó buscar información con cierta regularidad sobre los signos y síntomas de la menopausia. De manera general, predominaron los relatos de búsqueda activa o frecuente de información, mientras que otra parte de la muestra indicó realizar esta búsqueda de forma ocasional. Por otro lado, un subgrupo de las participantes manifestó bajo involucramiento con la búsqueda de información, refiriendo realizarla raramente o no haberla realizado. En conjunto, los datos demuestran variabilidad en el

comportamiento informativo de las mujeres evaluadas, con predominio de respuestas que señalan una actitud activa frente a la búsqueda de conocimiento sobre la menopausia.

Nivel de Información Percibido Sobre la Menopausia y los Cambios Hormonales

El nivel de información percibido por las participantes en relación con la menopausia y los cambios hormonales asociados a este período fue analizado de manera descriptiva, considerando las categorías de respuesta previstas en el cuestionario. La Tabla 27 presenta la distribución de las participantes según el nivel de información percibido, expresada en frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%).

Tabla 27

Nivel de información percibida sobre la menopausia y los cambios hormonales

<i>¿Siente que tiene información suficiente sobre la menopausia y los cambios que ocurren en este período?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí, tengo bastante información	114	28.9
Tengo alguna información, pero siento que falta mayor esclarecimiento	176	44.6
Tengo poca información y me gustaría aprender más	89	22.5
No tengo ninguna información sobre el tema	16	4.1
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

La manifestación de no sentirse plenamente informada sobre la menopausia y las transformaciones que ocurren durante esta etapa de la vida fue informada por gran parte de las mujeres de la muestra. De manera general, predominaron los relatos de información parcial, acompañados de la percepción de necesidad de mayor esclarecimiento, así como de escaso conocimiento y deseo de aprender más sobre el tema. una proporción menor de la muestra indicó considerar que dispone de información suficiente sobre la menopausia. En conjunto, los datos evidencian que una parte significativa de las mujeres percibe algunas en su nivel de conocimiento respecto a la menopausia y a los cambios hormonales asociados, lo

que señala la necesidad de ampliar el acceso a información clara y adecuada sobre esta etapa de la vida

Fuentes de Información Sobre la Menopausia y los Cambios Hormonales

Las fuentes de información utilizadas por las participantes para buscar conocimiento sobre la menopausia y los cambios hormonales asociados a este período fueron analizadas como una variable de respuesta múltiple. Los porcentajes se calcularon con base en el total de la muestra y, por lo tanto, no totalizan el 100 %. La Tabla 28 presenta la distribución de las fuentes de información reportadas.

Tabla 28

Fuentes de información sobre la menopausia y los cambios hormonales

<i>¿Dónde suele buscar información sobre la menopausia y los cambios hormonales?</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Profesionales de la salud (médico, psicólogo, nutricionista)	278	70.4
Internet y redes sociales	241	61.0
Amigos y familiares	115	29.1
Cursos, mentorías o grupos de apoyo	23	5.8
No suelo buscar información sobre el tema	18	4.6
<i>Total</i>	395	100.0

Nota. Porcentajes calculados en relación con el total de la muestra ($N = 395$).

Síntesis de los Resultados del Grupo A

Los resultados presentados sobre el Grupo A ofrecen una descripción detallada y organizada de las características y experiencias autorreferidas por las participantes durante el climaterio a partir de los análisis exclusivamente descriptivos y en consonancia con los objetivos del estudio.

El recorrido analítico permitió mapear, de manera progresiva, distintos dominios de la experiencia femenina en esta etapa de la vida, abarcando aspectos físicos, cognitivos,

emocionales y relacionados con el acceso y la percepción de la información. Este abordaje descriptivo posibilita una visión amplia y contextualizada de cómo las mujeres identifican, expresan y significan los cambios vivenciados durante la transición menopáusica.

Sin establecer asociaciones ni inferencias entre variables, los hallazgos aquí expuestos constituyen la base empírica para la etapa interpretativa del trabajo. En este sentido, los resultados presentados orientan la discusión posterior en la cual estos datos serán analizados a luz del marco teórico y de la literatura científica, permitiendo una comprensión más profunda de los fenómenos observados.

La información complementaria y las tablas no incluidas en el cuerpo del texto se encuentran disponibles en los apéndices, asegurando la transparencia metodológica y la integridad del material de investigación.

Grupo B: Perfil Neuropsicológico (Evaluación Neuropsicológica Presencial)

La evaluación neuropsicológica se realizó en una submuestra de 101 participantes, seleccionadas a partir del grupo total que respondió previamente al cuestionario de autorreporte. Este procedimiento tuvo como objetivo caracterizar el funcionamiento cognitivo global y el desempeño en dominios específicos frecuentemente asociados a las quejas cognitivas referidas durante el climaterio, conforme se describe en la metodología del estudio.

Los resultados presentados en esta sección tienen un carácter exclusivamente descriptivo y se organizan por dominios cognitivos, respetando la lógica funcional de los instrumentos aplicados. Inicialmente, se presenta la caracterización de la submuestra evaluada neuropsicológicamente, incluyendo variables sociodemográficas, clínicas e información obtenida en la entrevista breve. Posteriormente, se describen los resultados del funcionamiento cognitivo global y, a continuación, el desempeño en los dominios de

memoria y aprendizaje verbal, atención y velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas básicas y fluidez verbal, así como también los aspectos emocionales (ansiedad y depresión) y los síntomas relacionados con la menopausia.

Este protocolo de evaluación neuropsicológica breve no incluyó medidas visoconstructivas ni de memoria visual no verbal (visoespacial), en función de ajustes metodológicos realizados tras la adecuación ética del protocolo. De este modo, los resultados presentados reflejan el desempeño de las participantes en dominios cognitivos verbales, atencionales y ejecutivos básicos de acuerdo con los objetivos propuestos en este estudio.

Los puntajes de las pruebas cognitivas fueron estandarizados en puntuaciones z , calculadas a partir de normas de referencia apropiadas, lo que permite la comparación del desempeño de las participantes en relación con la población normativa. Los valores negativos indican un desempeño por debajo de la media normativa, mientras que los valores positivos señalan un desempeño por encima de la media. En esta etapa no se realizaron cruces entre variables, análisis inferenciales ni interpretaciones clínicas diagnósticas, manteniéndose el foco en la descripción del perfil cognitivo de la submuestra evaluada.

Se destaca que los datos aquí descritos no tienen finalidad diagnóstica sino que buscan contribuir a la comprensión del perfil cognitivo de las participantes durante el período del climaterio, articulando medidas objetivas de desempeño con las quejas subjetivas previamente reportadas.

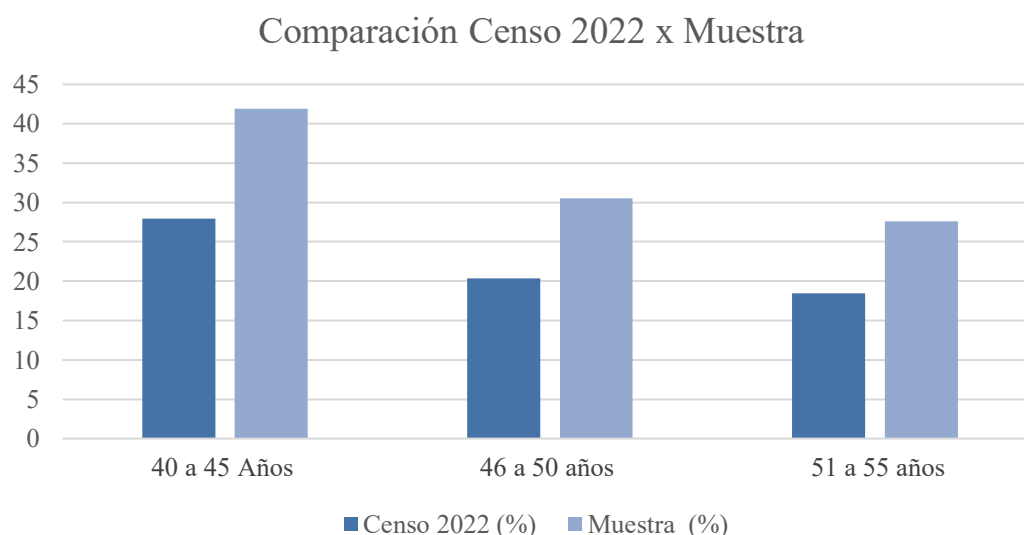
Caracterización de la Submuestra Evaluada Según Datos del Censo Demográfico 2022

La distribución etaria de la muestra sometida a la evaluación neuropsicológica breve fue comparada con la distribución de la población femenina residente en el municipio de São Paulo, conforme a los datos del *Censo Demográfico de 2022 [IBGE]*. Se observa que, en

todos los grupos etarios analizados, la proporción de participantes en la muestra fue superior a la observada en la población general del municipio.

Figura 2

Distribución etaria de la submuestra evaluada en comparación con el Censo Demográfico 2022



Nota. Datos del *Censo Demográfico 2022* (IBGE), correspondientes a la población femenina residente en el municipio de São Paulo, con edades entre 40 y 55 años, extraídos de la *Tabla 9514 – Población residente, por sexo y edad*.

En el grupo etario de 40 a 45 años, la muestra presentó mayor representatividad en relación con el Censo, así como en los grupos de 46 a 50 años y de 51 a 55 años. Estos datos indican una concentración relativamente mayor de mujeres en los grupos etarios más jóvenes del recorte analizado en comparación con la distribución poblacional de referencia.

Esta comparación permite contextualizar el perfil etario de la muestra evaluada en relación con la población femenina del municipio de São Paulo, contribuyendo a la caracterización sociodemográfica del grupo sometido a la evaluación neuropsicológica.

Caracterización Sociodemográfica y Clínica de la Submuestra Evaluada

La submuestra sometida a la evaluación neuropsicológica breve estuvo compuesta por 101 mujeres seleccionadas a partir de la muestra total del estudio. La caracterización sociodemográfica y profesional de estas participantes tiene como objetivo contextualizar el perfil de la submuestra evaluada, proporcionando elementos para la lectura e interpretación de los resultados cognitivos presentados. La información descrita en la Tabla 29 incluye rango etario, estado civil, número de hijos, nivel educativo, área de actuación profesional y estadísticas descriptivas básicas.

Tabla 29

Caracterización sociodemográfica y profesional de la submuestra evaluada neuropsicológicamente (N = 101)

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Rango etario</i>		
40 a 45 años	29	28.7
46 a 50 años	39	38.6
51 a 55 años	33	32.7
<i>Nivel educativo</i>		
Educación primaria	1	1.0
Educación secundaria	9	8.9
Educación superior	44	43.6
Posgrado / MBA	44	43.6
Maestría	2	2.0
Doctorado	1	1.0
<i>Estado Civil</i>		
Casada	80	79.2
Divorciada	11	10.9
Soltera	10	9.9
<i>Número de hijos</i>		
Tiene hijos	91	90.1
1 hijo	46	45.5
2 hijos	36	35.6
3 hijos	7	6.9
4 hijos	1	1.0
5 hijos	1	1.0
No tiene hijos	10	9.9
<i>Profesión</i>		
Comercio y servicios	29	28.7

	Frecuencia	Porcentaje
Bienestar y salud	25	24.8
Educación e investigación	16	15.8
Administración y negocios	15	14.9
Derecho y área jurídica	5	5.0
Técnicas e ingenierías	4	4.0
Comunicación y artes	4	4.0
No informó / no ejerce	3	3.0
<i>Total</i>	101	100.0
<i>Estadísticas descriptivas</i>		
Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad (en años)	48.39	4.11
Número de hijos	1.47	0.88

Nota. *M* = media; *DE* = desviación estándar. Los datos corresponden a 101 participantes. Las estadísticas descriptivas de edad y número de hijos se presentan al final de la tabla, con valores de media y desviación estándar calculados a partir de las respuestas válidas.

Se presenta la caracterización sociodemográfica y profesional de la submuestra compuesta por 101 mujeres sometidas a la evaluación neuropsicológica breve. Las participantes tienen edades comprendidas entre 40 y 55 años, con una media de 48,39 años (*DE* = 4,11). Se observó una mayor concentración en el rango etario de 46 a 50 años (38,6 %), seguido por los rangos de 51 a 55 años (32,7 %) y de 40 a 45 años (28,7 %).

En cuanto al estado civil, la mayoría de las participantes se declaró casada (79,2 %), mientras que el 10,9% era divorciada y el 9,9% soltera. Respecto de la maternidad, el 90,1 % de las mujeres informó tener hijos, con una media de 1,47 hijos (*DE* = 0,88); entre aquellas con hijos, predominó el reporte de uno (45,5 %) o dos hijos (35,6 %), siendo menos frecuente la presencia de tres o más hijos.

En relación con el nivel educativo, la submuestra presentó un alto nivel de escolaridad. La mayor parte de las participantes contaba con educación superior completa (43,6 %) o posgrado/MBA (43,6 %); se observaron porcentajes menores para educación secundaria (8,9 %), maestría (2,0 %), doctorado (1,0 %) y educación primaria (1,0 %).

En cuanto a la actuación profesional, las ocupaciones fueron agrupadas en grandes áreas con fines descriptivos. Se observó una mayor concentración en los sectores de comercio y servicios (28,7 %), bienestar y salud (24,8 %) y educación e investigación (15,8 %); otras áreas incluyeron administración y negocios (14,9 %), derecho y área jurídica (5,0 %), técnicas e ingenierías (4,0 %) y comunicación y artes (4,0 %). Un pequeño grupo de participantes (3,0 %) no informó su profesión o no ejercía actividad profesional al momento de la recolección de datos.

Caracterización Clínica y de Salud Autorreportada de la Submuestra Evaluada

Neuropsicológicamente (N = 101)

La Tabla 30 presenta información clínica y de salud autorreportada obtenida durante la entrevista breve realizada previamente a la evaluación neuropsicológica.

Tabla 30

Caracterización clínica y de salud autorreportada de la submuestra evaluada

neuropsicológicamente (N = 101)

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Uso de terapia hormonal</i>	Confusión mental	
Sí	38	37.6
No	63	62.4
<i>Quejas cognitivas</i>		
Memoria	66	65.3
Atencional	8	7.9
Depresión	8	7.9
Irritabilidad	7	6.9
Ansiedad	5	5.0
Fatiga	3	3.0
Insomnio	2	2.0
Confusión mental	1	1.0
Lentitud	1	1.0
<i>Acceso a la atención de salud</i>		
Atención privada	92	91.1
SUS	9	8.9
Total	101	100.0
<i>Enfermedad crónica</i>		

	Frecuencia	Porcentaje
Reportó enfermedad crónica	64	63.4
Hipertensión	14	13.9
Disfunción tiroidea	10	9.9
Endometriosis	7	6.9
Diabetes	6	5.9
Asma	5	5.0
Tiroiditis de Hashimoto	5	5.0
Obesidad	4	4.0
Ansiedad	2	2.0
Artritis	1	1.0
Artrosis	1	1.0
Cáncer de tiroides	1	1.0
Colitis	1	1.0
Depresión	1	1.0
Enfermedad renal	1	1.0
Lipedema	1	1.0
Mioma uterino	1	1.0
Osteoporosis	1	1.0
Ostopenia	1	1.0
Trombosis	1	1.0
No reportó enfermedad crónica	37	36.6
<i>Actividad física</i>		
Sí	61	60.4
No	40	39.6
<i>¿Tuvo COVID-19?</i>		
Sí	79	78.2
No	22	21.8
<i>Total</i>	101	100.0

Nota. Datos clínicos y de salud autorreportados obtenidos en la entrevista breve realizada previamente a la evaluación neuropsicológica ($N = 101$). *Uso de terapia hormonal* se refiere a la terapia de reemplazo hormonal prescrita durante la transición menopáusica. *Acceso a la atención de salud* indica el tipo de atención predominante informado por las participantes. En el apartado de enfermedad crónica, las participantes pudieron informar más de una condición.

En relación con el uso de terapia hormonal, poco más de un tercio de las participantes informó utilizar este tipo de tratamiento, mientras que la mayoría señaló no utilizarlo al momento de la evaluación.

En cuanto a las quejas cognitivas iniciales, la queja relacionada con la memoria fue la más frecuentemente mencionada, reportada por aproximadamente dos tercios de la submuestra, mientras que otras quejas cognitivas y emocionales fueron referidas en menor proporción.

Respecto de las condiciones clínicas generales, se observó que más de la mitad de las participantes informó la presencia de al menos una enfermedad crónica diagnosticada, mientras que una proporción menor no reportó condiciones crónicas.

En relación con el acceso a los servicios de salud, se verificó un predominio del uso de atención privada, con una menor proporción de participantes que informó atención exclusiva a través del SUS.

Estas informaciones se presentan con finalidad descriptiva y contextual, con el objetivo de subsidiar la interpretación de los resultados neuropsicológicos presentados en las secciones subsiguientes.

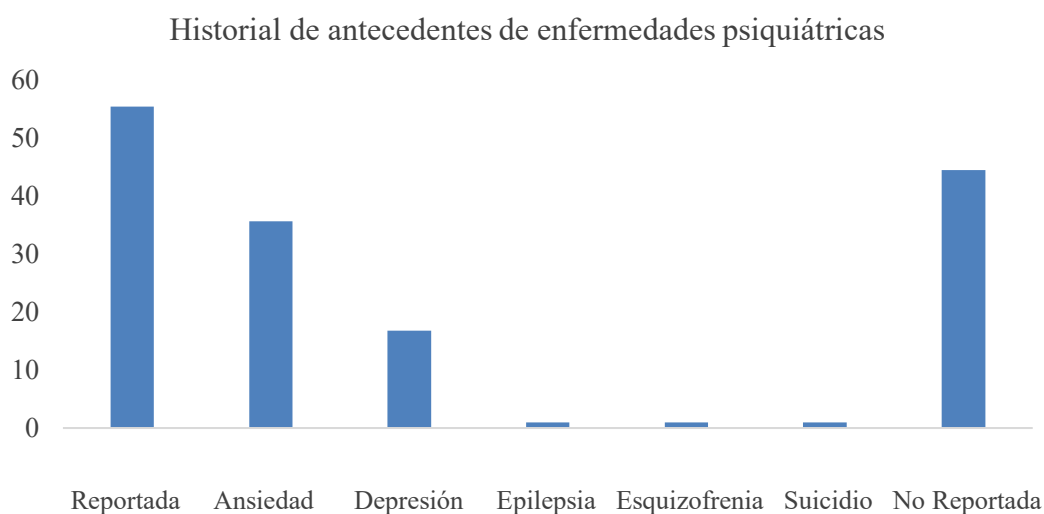
Caracterización Clínica y Antecedentes Familiares de la Submuestra Evaluada

Este apartado presenta la caracterización clínica y los antecedentes familiares de la submuestra evaluada, considerando variables relevantes para la comprensión del contexto psicopatológico de las participantes. Se incluyen informaciones relacionadas con antecedentes personales y familiares, con el objetivo de contextualizar el perfil clínico de este grupo específico dentro del estudio.

Antecedentes Familiares Psiquiátricos. La distribución de los antecedentes familiares psiquiátricos autorreportados por las participantes de la submuestra evaluada se presentan en la Figura 3, con el objetivo de caracterizar posibles factores asociados al ámbito clínico y familiar.

Figura 3

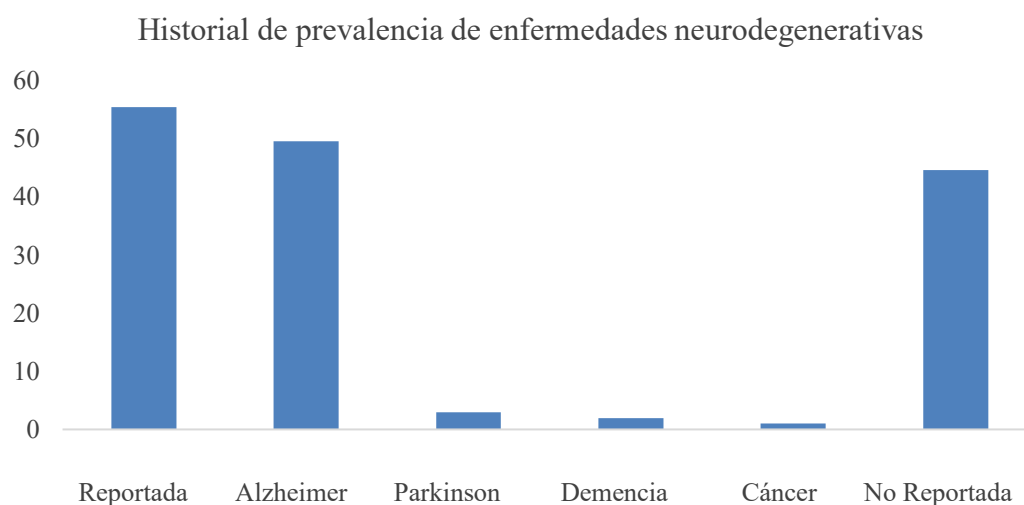
Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos autorreportados (N = 101)



Nota. En la Evaluación Neuropsicológica las participantes pudieron informar más de un antecedente familiar. Los porcentajes se calcularon en relación con el total de la muestra.

Se observó que más de la mitad de las participantes (55.4 %) reportó antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos. Entre los antecedentes mencionados, se destacan los trastornos de ansiedad (35.6 %) y la depresión (16.8 %); otros reportes fueron puntuales, incluyendo epilepsia, esquizofrenia y suicidio (1.0 % cada uno). Casi la mitad de la muestra (44.6 %) no informó antecedentes psiquiátricos familiares.

Antecedentes Familiares de Enfermedades Neurodegenerativas. Este subapartado presenta la distribución de los antecedentes familiares de enfermedades neurodegenerativas autorreportados por las participantes de la submuestra evaluada, como se grafica en la Figura 4, con el objetivo de caracterizar posibles factores de riesgo en el ambiente familiar.

Figura 4*Antecedentes familiares de enfermedades neurodegenerativas autorreportados (N = 101)*

Nota. Datos autorreportados obtenidos durante la entrevista clínica breve. Los porcentajes se calcularon en relación con el total de la muestra. Las categorías reflejan el reporte espontáneo de las participantes.

En relación con los antecedentes familiares de enfermedades neurodegenerativas, el 55.4 % de las participantes informó algún tipo de antecedente. Entre estos, la enfermedad de Alzheimer fue ampliamente predominante, mencionada por el 49.5 % de la muestra; los reportes de enfermedad de Parkinson (3.0 %), demencia no especificada (2.0 %) y cáncer (1.0 %) fueron menos frecuentes. Un total del 44.6 % de las participantes no informó antecedentes familiares de enfermedades neurodegenerativas.

Funcionamiento Cognitivo Global

El funcionamiento cognitivo global de las participantes fue evaluado mediante el *MMSE*, versión extendida, con puntuaciones estandarizadas en *z*, conforme a normas de referencia. La Tabla 31 presenta la distribución de las participantes según la clasificación del desempeño cognitivo global, así como las estadísticas descriptivas de los puntajes obtenidos.

Tabla 31

Funcionamiento cognitivo global de las participantes y estadísticas descriptivas del puntaje del MMSE (puntuación z)

Clasificación del Funcionamiento Cognitivo	Frecuencia	Porcentaje	Estadística MMSE (Puntuación z)	Valor
Media Superior	13	12.9	<i>N</i>	101
Media	76	75.2	Mínimo	-1,90
Media Inferior	10	9.9	Máximo	1.10
Limítrofe	2	2.0	<i>M</i>	-0.03
<i>Total</i>	101	100.0	DE	0.57

Nota. Prueba MMSE, versión extendida. Los puntajes se encuentran estandarizados en puntuación z. Los valores negativos expresan un desempeño por debajo de la media normativa.

Se presenta el desempeño de las participantes en el funcionamiento cognitivo global, evaluado mediante el MMSE, con puntajes estandarizados en puntuaciones z; la mayor parte de la submuestra (75.2 %) presentó un desempeño dentro de la media esperada para la población normativa, mientras que el 12.9 % mostró un desempeño por encima de la media. Una proporción menor fue clasificada con desempeño por debajo de la media (9.9 %) y solo el 2.0 % de las participantes presentó un desempeño limítrofe.

Los puntajes estandarizados del MMSE variaron entre -1.90 y 1.10 , con una media próxima a cero ($M = -0.03$) y una desviación estándar reducida ($DE = 0.57$), lo que indica una baja variabilidad del desempeño cognitivo global en la submuestra evaluada. Este patrón propone un perfil cognitivo relativamente homogéneo, compatible con una muestra comunitaria, sin finalidad diagnóstica, y con predominio de desempeños dentro de los parámetros normativos esperados.

Memoria y Aprendizaje Verbal

La memoria y el aprendizaje verbal de las participantes fueron evaluados mediante el *Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey [RAVLT]*, utilizando puntajes estandarizados en puntuaciones z , como se demuestra en la Tabla 32. Los análisis presentados en esta sección son exclusivamente descriptivos y consideran el desempeño de las participantes en las diferentes etapas de la tarea, incluyendo evocación inicial, interferencia, reconocimiento, aprendizaje a lo largo de los ensayos y retención tras un intervalo.

Tabla 32

Estadística descriptiva de los puntajes z de las variables de memoria y aprendizaje verbal

<i>Estadística descriptiva de los puntajes z de las variables de memoria y aprendizaje verbal</i>					
Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Ensayo A1	101	-2.5	1.8	-0.29	0.89
Ensayo B1	101	-1.8	2.4	-0.46	0.79
Reconocimiento	101	-1.1	0.9	0.48	0.30
Puntaje total	101	-1.9	1.2	-0.42	0.68
Aprendizaje a lo largo de los ensayos	101	-2.80	2.90	-0.15	0.78
Índice de retención	101	-1.5	1.2	-0.07	0.56

Nota. RAVLT. Los puntajes se encuentran estandarizados en puntuación z . Los valores negativos significan un desempeño por debajo de la media normativa. *Aprendizaje a lo largo de los ensayos* se refiere a la diferencia de desempeño entre ensayos sucesivos; el *Índice de retención* mide la retención de la información tras un intervalo.

Las estadísticas descriptivas de los puntajes estandarizados (z) de las variables de memoria y aprendizaje verbal son presentadas y evaluadas mediante el RAVLT. En términos generales, se observa que el desempeño de las participantes se ubicó predominantemente dentro del rango medio normativo a lo largo de las diferentes etapas de la tarea.

En la evocación inicial (*Ensayo A1*), la media fue de $z = -0.29$ (DE = 0.89), mientras que el *Ensayo B1* presentó una media de $z = -0.46$ (DE = 0.79), ambos compatibles con un desempeño medio, aunque la evocación bajo interferencia se aproximó más al límite inferior

del rango normativo. El puntaje total de evocación libre también se mantuvo dentro de la media esperada ($M = -0.42$; $DE = 0.68$), lo que sugiere consistencia del desempeño a lo largo de los ensayos.

En contraste, la tarea de reconocimiento presentó una media positiva ($M = 0.48$; $DE = 0.30$), lo que indica un desempeño relativamente más preservado en esta modalidad. El aprendizaje a lo largo de los ensayos mostró una media próxima a cero ($M = -0.15$; $DE = 0.78$), al igual que el índice de retención ($M = -0.07$; $DE = 0.56$), lo que apunta a una adecuada adquisición y mantenimiento de la información verbal tras el intervalo.

De forma integrada, los resultados reflejan un perfil de memoria verbal globalmente preservada en la submuestra evaluada con variaciones individuales esperable y sin indicios de compromiso significativo en las medidas analizadas.

Atención y Velocidad de Procesamiento

El dominio de atención y velocidad de procesamiento fue evaluado con el objetivo de describir el desempeño de las participantes en procesos cognitivos básicos relacionados con la atención sostenida, la atención alternante y la velocidad de procesamiento de la información. En la Tabla 33 se presentan los análisis presentados de carácter exclusivamente descriptivos, considerando los puntajes estandarizados (puntuaciones z) obtenidos en los instrumentos neuropsicológicos aplicados sin realización de análisis inferenciales

Tabla 33

Estadística descriptiva de los puntajes z de las variables de atención y velocidad de procesamiento

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	Media	DE
<i>Trail Making Test - Parte A (TMT-A)</i>	101	-3.2	1.5	-0.96	0.95
<i>Trail Making Test - Parte B (TMT-B)</i>	101	-3.0	1.4	-0.09	0.97

Nota. Los valores presentados corresponden a puntajes estandarizados (puntuaciones z), calculados a partir de normas de referencia. Los valores negativos indican un desempeño por debajo de la media normativa, mientras que los valores positivos muestran un desempeño por encima de la media. El TMT-A evalúa atención y velocidad de procesamiento, mientras que el TMT-B involucra atención alternante, flexibilidad cognitiva y velocidad de procesamiento.

Las estadísticas descriptivas de los puntajes estandarizados (z) de las variables de atención y velocidad de procesamiento fueron evaluadas mediante TMT-A y TMT-B, en una muestra compuesta por 101 participantes.

En el TMT-A, que evalúa atención sostenida y velocidad de procesamiento, los puntajes variaron entre -3.2 y 1.5 , con una media de -0.96 ($DE = 0.95$). Este resultado demuestra que, en promedio, el desempeño de las participantes se situó por debajo de la media normativa, con una variabilidad compatible con la esperada para este tipo de tarea.

En el TMT-B, que implica una mayor demanda de atención alternante, flexibilidad cognitiva y velocidad de procesamiento, los puntajes oscilaron entre -3.0 y 1.4 , con una media próxima a cero ($M = -0.09$; $DE = 0.97$), lo que indica un desempeño globalmente alineado con la media normativa.

De forma comparativa, se observa que el desempeño medio fue inferior en el TMT-A en relación con el TMT-B, lo que denota un patrón diferenciado entre las tareas, aunque ambas presentaron una dispersión similar y puntajes concentrados en torno a la media estandarizada.

Funciones Ejecutivas y Fluidez Verbal

El dominio de funciones ejecutivas y fluidez verbal fue evaluado con el objetivo de describir el desempeño de las participantes en tareas que implican acceso léxico, organización de la respuesta verbal, control inhibitorio y estrategias de búsqueda, tanto en

contextos fonémicos como semánticos. Los análisis presentados en la Tabla 34 son exclusivamente descriptivos y se basan en puntajes estandarizados (z), calculados a partir de normas de referencia sin realización de análisis inferenciales.

Tabla 34

Estadística descriptiva de los puntajes z de las variables de funciones ejecutivas y fluidez verbal

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
<i>Prueba de Fluidez Verbal - Fonémica (FAS)</i>	101	-1.7	2.5	0.12	0.68
<i>Prueba de Fluidez Verbal – Animales</i>	101	-2.8	1.8	-1.01	0.86

Nota. Estadísticas descriptivas basadas en puntajes z estandarizados en relación con la población normativa. La FAS evalúa la fluidez fonémica (producción de palabras iniciadas con letras específicas), mientras que la *Tarea de Fluidez Verbal – Animales* evalúa la fluidez semántica (producción de nombres de animales). Los valores negativos indican un desempeño por debajo de la media normativa. $N = 101$ participantes.

En la FAS (fluidez fonémica), los puntajes variaron entre -1.7 y 2.5 , con una media de 0.12 ($DE = 0.68$), lo que expresa un desempeño globalmente alineado con la media normativa de la población de referencia. Estos resultados sugieren que, en general, las participantes presentaron un desempeño preservado en tareas que involucran recuperación léxica guiada por criterios fonológicos con una adecuada movilización de estrategias ejecutivas básicas, como la organización de la respuesta verbal y el control inhibitorio.

En la *Tarea de Fluidez Verbal – Animales* (fluidez semántica), los puntajes oscilaron entre -2.8 y 1.8 , con una media de -1.01 ($DE = 0.86$), indicando un desempeño medio situado por debajo de la media normativa. Se observa, de este modo, una tendencia a un desempeño inferior en esta tarea en comparación con la fluidez fonémica, lo que refleja una

mayor exigencia de acceso al léxico semántico y de evocación rápida de categorías conceptuales.

Cabe destacar que ambas tareas presentaron una variabilidad moderada, con dispersiones similares, lo que indica heterogeneidad en el desempeño individual de las participantes a pesar de las diferencias observadas entre las medias de los dos tipos de fluidez verbal.

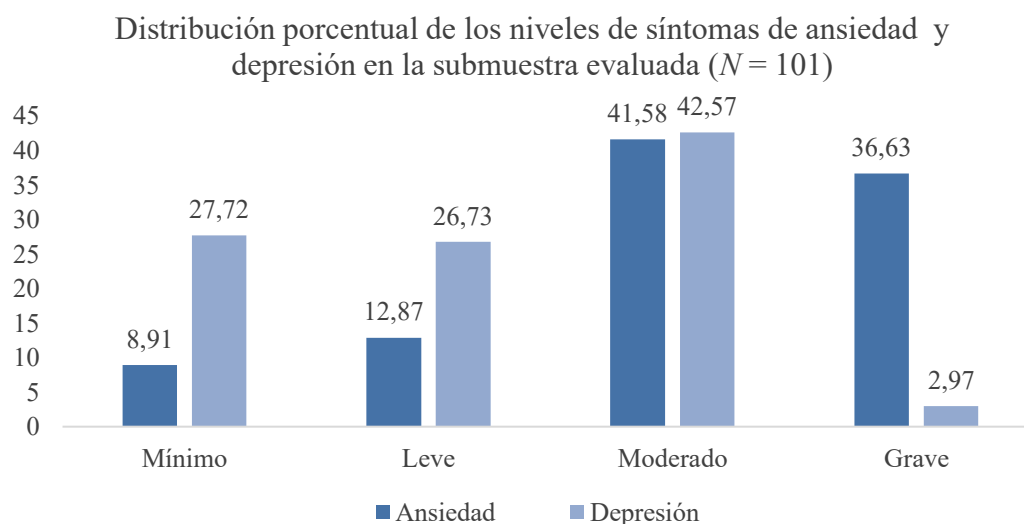
Aspectos Emocionales: Síntomas de Ansiedad y Depresión

El análisis de los aspectos emocionales de las participantes evaluadas neuropsicológicamente se realizó con el objetivo de describir la presencia y la intensidad de síntomas de ansiedad y depresión en las etapas del climaterio. Este análisis tuvo un carácter exclusivamente descriptivo y consideró el total de la submuestra sometida a la evaluación neuropsicológica breve ($N = 101$), sin realización de comparaciones entre grupos ni análisis inferenciales.

Los síntomas de ansiedad fueron evaluados mediante el *Beck Anxiety Inventory (BAI)*, mientras que los síntomas depresivos fueron medidos por el *Beck Depression Inventory–II (BDI-II)*, con la clasificación de los puntajes en niveles de gravedad conforme a los criterios normativos de cada instrumento, demostrados en la Figura 5. Los resultados se presentan en términos de frecuencias absolutas y porcentajes, lo que permite caracterizar el perfil emocional de la muestra y contextualizarlas en relación con los demás dominios evaluados.

Figura 5

Distribución de los niveles de síntomas depresivos según el BDI-II en la submuestra evaluada (N = 101)



Nota. Los síntomas de ansiedad fueron evaluados mediante el BAI y los síntomas depresivos mediante el *BDI-II*. Los porcentajes se calcularon dentro de cada instrumento, conforme a sus criterios normativos de clasificación por niveles de gravedad.

La distribución de los síntomas depresivos, evaluados mediante el *BDI-II*, revela que la mayor proporción de la submuestra se ubicó en el nivel *Moderado* de depresión (42.6 %), seguida por los niveles mínimo (27.7 %) y leve (26.7 %). Un porcentaje reducido de las participantes (3.0 %) presentó síntomas clasificados como *Grave*.

En relación con los síntomas de ansiedad, evaluados mediante el BAI, se observó una distribución distinta, con predominio de los niveles *Moderado* (41.6 %) y *Grave* (36.6 %). Los niveles *Mínimo* (8.9 %) y *Leve* (12.9 %) fueron menos frecuentes en comparación con los niveles de mayor intensidad.

En conjunto, estos resultados describen un perfil emocional caracterizado por una mayor carga de síntomas ansiosos en relación con los síntomas depresivos en la submuestra evaluada, sin finalidad diagnóstica y con carácter exclusivamente descriptivo, en consonancia con el delineamiento metodológico del estudio.

Síntomas Relacionados con la Menopausia

El análisis de los síntomas relacionados con la menopausia tuvo como objetivo describir la intensidad y la distribución de los síntomas autorreportados por las participantes de la submuestra sometida a la evaluación neuropsicológica breve ($N = 101$). Dicho análisis tuvo un carácter exclusivamente descriptivo y se realizó mediante la *Menopause Rating Scale* (MRS), instrumento ampliamente utilizado para el cribado de la severidad de los síntomas asociados al climaterio y a la menopausia.

La MRS evalúa tres dominios sintomáticos —psicológicos, somáticos y urogenitales— además de un puntaje total, permitiendo una caracterización global de la experiencia sintomática de las participantes. Los resultados se presentan en la Tabla 35, a través de estadísticas descriptivas (frecuencias, medias y medidas de dispersión), conforme a los criterios normativos de la escala, sin realización de análisis inferenciales ni comparaciones entre grupos. Esta presentación tiene como finalidad contextualizar el perfil sintomático de la muestra y complementar los hallazgos cognitivos y emocionales descritos anteriormente.

Tabla 35

Estadística descriptiva de los puntajes de las variables de síntomas relacionados con la menopausia

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
MRS - Total	101	5	44	20.63	7.21
Síntomas Psicológicos	101	1	16	9.30	3.12
Síntomas Somáticos	101	0	16	6.52	3.14
Síntomas urogenitales	101	0	12	4.79	2.73

Nota. La MRS está compuesta por 11 ítems distribuidos en tres dominios: síntomas psicológicos (4 ítems; puntaje máximo = 16), somáticos (4 ítems; puntaje máximo = 16) y urogenitales (3 ítems; puntaje máximo = 12). Cada ítem se evalúa en una escala de 0 (*Ausencia*) a 4 (*Muy grave*). Puntajes más elevados expresan mayor severidad sintomática.

Presentación de los datos descriptivos de la MRS aplicados a las 101 participantes de la submuestra sometida a la evaluación neuropsicológica breve. El puntaje total de la escala varió entre 5 y 44 puntos, con una media de 20.63 ($DE = 7.21$), lo que evidencia una variabilidad moderada en la intensidad de los síntomas autorreportados relacionados con la menopausia.

En el análisis por dominios, los síntomas psicológicos presentaron la media más elevada ($M = 9.30$; $DE = 3.12$), seguidos por los síntomas somáticos ($M = 6.52$; $DE = 3.14$). Los síntomas urogenitales mostraron la media más baja entre los dominios evaluados ($M = 4.79$; $DE = 2.73$). Estos resultados describen un perfil sintomático heterogéneo, con mayor intensidad media en los aspectos psicológicos en comparación con los demás dominios de la escala.

Síntesis de los Resultados del Grupo B

Los resultados expuestos sobre el Grupo B permitieron una caracterización amplia de la muestra, contemplando tanto la autopercepción de las participantes respecto de aspectos sociodemográficos, clínicos, emocionales y cognitivos, como el desempeño obtenido en una evaluación neuropsicológica breve. Inicialmente, los datos provenientes del cuestionario de autorreporte describieron la experiencia subjetiva de las mujeres durante el climaterio, incluyendo síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales, así como la forma en que estos cambios fueron percibidos y vivenciados en la vida cotidiana.

Posteriormente, los resultados de la evaluación neuropsicológica breve posibilitaron la descripción objetiva del funcionamiento cognitivo global y de dominios específicos, además de los aspectos emocionales y de los síntomas relacionados con la menopausia, mediante instrumentos estandarizados. La presentación conjunta de estos hallazgos ofrece un panorama

descriptivo integrado en el que coexisten medidas subjetivas y objetivas, en consonancia con el delineamiento exploratorio y no inferencial del estudio.

Estos resultados proporcionan la base empírica necesaria para la etapa subsiguiente de discusión, en la cual los hallazgos serán analizados a la luz del marco teórico, considerando sus implicaciones clínicas, científicas y contextuales.

Discusión

Consideraciones Iniciales Sobre el Perfil de la Muestra e Implicaciones Interpretativas

La presente discusión tiene como objetivo integrar los hallazgos descriptivos del estudio con el marco conceptual adoptado y con el delineamiento metodológico que lo sustenta, retomando el propósito central de investigar la experiencia cognitiva de mujeres entre 40 y 65 años de edad durante el período del climaterio, a partir de una muestra reclutada en el contexto brasileño. En consonancia con el carácter exploratorio y descriptivo de la investigación, la interpretación de los resultados no se orienta a la realización de inferencias estadísticas ni a la proposición de relaciones causales sino a la identificación de patrones, variaciones y posibles tensiones entre la autopercepción cognitiva, el desempeño neuropsicológico objetivo y los síntomas emocionales autorreferidos. Desde esta perspectiva, los datos se analizan a la luz de modelos que comprenden el climaterio como un proceso multifactorial, heterogéneo y dinámico, lo que fundamenta una lectura conceptual de los hallazgos y la organización de la discusión en ejes interpretativos, independientemente de valores numéricos específicos.

Los resultados que se discuten a continuación derivan de dos estrategias metodológicas independientes y complementarias: un cuestionario de autorreporte aplicado a una muestra ampliada y una evaluación neuropsicológica breve realizada en una submuestra específica, compuesta por mujeres residentes en el municipio de São Paulo de São Paulo. Estas estrategias fueron concebidas con finalidades distintas dentro del delineamiento del estudio, sin tener como objetivo el establecimiento de correlaciones estadísticas entre las medidas ni la comparación directa de desempeños individuales entre los grupos evaluados. El análisis propuesto busca, por lo tanto, explorar de manera descriptiva e interpretativa diferentes dimensiones de la experiencia cognitiva, emocional y funcional de mujeres en el climaterio, comprendiendo los hallazgos como expresiones complementarias de un fenómeno

complejo y respetando la independencia de las muestras y los límites metodológicos inherentes al estudio.

Antes de profundizar la discusión de los hallazgos relacionados con las alteraciones cognitivas, emocionales y funcionales, resulta necesario contextualizar el perfil sociodemográfico de la muestra investigada, dado que estas características modulan la forma en que los síntomas son percibidos, nombrados y reportados. La muestra del estudio estuvo compuesta por mujeres entre 40 y 65 años; no obstante, se observó una mayor concentración etaria entre los 40 y 55 años, franja que correspondió a aproximadamente el 86 % de las participantes, reflejando la predominancia de mujeres en fases más activas de la transición menopáusica desde el punto de vista sintomático.

La distribución etaria observada debe interpretarse a la luz del ámbito demográfico del municipio de São Paulo. Los datos del *Censo Demográfico de 2022* se utilizaron como referencia descriptiva para contextualizar la organización etaria de la población femenina local, indicando una distribución relativamente homogénea entre estos grupos de edad; en este sentido, la mayor concentración de participantes entre los 46 y 55 años del presente estudio sugiere que dicho perfil refleja características del proceso de reclutamiento y del interés de las mujeres por la temática del climaterio, y no una representación proporcional de la población femenina del municipio. Este encuadre contribuye a la lectura de los hallazgos cognitivos y emocionales al situar los resultados predominantemente en mujeres que atraviesan fases más sintomáticas de la transición menopáusica.

Se observa, asimismo, un perfil educativo elevado, con cerca del 85 % de las participantes con educación superior completa o formación de posgrado, y aproximadamente el 58 % con estudios de posgrado, maestría o doctorado. Este dato caracteriza a un grupo con alto nivel de alfabetización en salud, mayor familiaridad con procesos de autorreflexión y

mayor sensibilidad para identificar y verbalizar cambios corporales, emocionales y cognitivos.

En lo que respecta al acceso a los servicios de salud, la mayoría de las participantes (82.8 %) refirió utilizar predominantemente servicios de salud suplementarios o atención privada, lo que demuestra un mayor acceso a consultas especializadas, estudios diagnósticos e información relacionada con el climaterio. Adicionalmente, una proporción significativa de la muestra se encuentra inserta en actividades profesionales calificadas, con predominio de áreas como salud, educación, administración, negocios y servicios, y aproximadamente el 31.6 % se desempeña directamente en campos vinculados al cuidado, al bienestar y a la salud.

Este conjunto de características indica que la muestra investigada no representa el perfil global de la población brasileña de mujeres en el climaterio, sino un subgrupo específico marcado por un mayor capital educativo, informacional y funcional. Dicho perfil debe ser considerado cuidadosamente en la interpretación de los hallazgos, especialmente en lo que respecta a la autopercepción cognitiva, a la capacidad de identificar cambios sutiles en el funcionamiento mental y a la adhesión a instrumentos extensos de autorreporte.

Asimismo, este recorte muestral refleja, de manera indirecta, desigualdades estructurales en el acceso a la salud, a la información y a servicios especializados que caracterizan la realidad brasileña. Una proporción significativa de las mujeres en el climaterio atraviesa esta etapa de la vida en condiciones de mayor vulnerabilidad social, con acceso limitado a cuidados de salud, evaluaciones especializadas y espacios de escucha calificada, lo que puede influir tanto en la percepción como en la expresión de las quejas cognitivas y emocionales. En este sentido, los hallazgos del presente estudio describen la experiencia de un segmento específico de la población femenina y no pueden extrapolarse a mujeres que viven en situaciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Así, las quejas cognitivas y emocionales observadas deben comprenderse como expresiones de una experiencia vivida en un contexto de mayor conciencia corporal y cognitiva, sin que ello implique necesariamente la presencia de un compromiso cognitivo objetivo.

Heterogeneidad de la Experiencia en el Climaterio

La heterogeneidad de la experiencia en el climaterio se manifiesta ya en la forma en que las propias participantes identifican —o no— su etapa dentro del proceso de transición menopáusica. En el cuestionario de autorreporte, al ser consultadas acerca de la fase del climaterio en la que se encontraban, se observó una distribución relativamente equilibrada entre mujeres que se reconocieron en perimenopausia inicial, transición menopáusica, menopausia confirmada y posmenopausia, además de una proporción significativa de participantes que refirieron no saber en qué fase se encontraban (23.3 %). Este resultado señala no sólo la diversidad y fluidez a lo largo del curso de vida, sino también posibles brechas en el reconocimiento y la nominación de esta transición.

La literatura describe el climaterio como un período de elevada variabilidad interindividual, tanto en la expresión sintomática como en el impacto funcional percibido. Evidencias provenientes de estudios poblacionales y longitudinales denotan que las alteraciones cognitivas, emocionales y físicas asociadas a la transición menopáusica no se distribuyen de manera uniforme; por el contrario, tienden a conformar combinaciones distintas de intensidad, duración y repercusión en la vida cotidiana, lo que aleja interpretaciones deterministas de este período (Greendale, Derby y Maki, 2011).

Esta variabilidad no se limita a la presencia o ausencia de síntomas específicos. Involucra trayectorias singulares moduladas por factores biológicos, hormonales, psicosociales y contextuales. Diferencias en el estado menopáusico, en la intensidad de los

síntomas, en la historia reproductiva y en las condiciones clínicas concomitantes pueden contribuir a perfiles diferenciados de experiencia cognitiva durante el climaterio, con repercusiones tanto en la autopercepción como en el funcionamiento observado en evaluaciones objetivas (Maki y Henderson, 2016).

Comprender el climaterio como un proceso multifactorial y heterogéneo tiene implicaciones directas para la lectura de los hallazgos del presente estudio. Al adoptar un delineamiento exploratorio y descriptivo, se considera que la variabilidad entre las participantes constituye una parte intrínseca del fenómeno investigado y no un ruido metodológico. De este modo, el análisis privilegia la descripción de patrones, contrastes y configuraciones posibles de experiencias respetando la diversidad de las vivencias cognitivas en este período, sin pretensión de establecer relaciones causales ni inferencias poblacionales.

Este encuadre también contribuye a evitar lecturas patologizantes o reduccionistas de las quejas cognitivas asociadas al climaterio. Las alteraciones percibidas deben situarse dentro de un espectro de variaciones funcionales esperables y de reorganizaciones asociadas a la transición menopáusica, y no interpretarse automáticamente como indicativas de un deterioro cognitivo homogéneo. Estudios que describen perfiles cognitivos en la perimenopausia refuerzan la existencia de patrones diferenciados de funcionamiento, modulados por los síntomas menopáusicos y por factores hormonales, sin caracterizar un curso cognitivo único para todas las mujeres (Greendale, Derby y Maki, 2011).

Además de la variabilidad sintomática y funcional, la literatura ha destacado que la cognición constituye un dominio legítimo y sensible de la experiencia en el climaterio. Estudios contemporáneos señalan que la transición menopáusica implica reorganizaciones neuroendocrinas que afectan directamente el funcionamiento cerebral, incluyendo procesos vinculados a la atención, la memoria, la velocidad de procesamiento y la regulación emocional, aún en ausencia de un compromiso cognitivo estructural. En este marco, las

alteraciones cognitivas percibidas durante el climaterio no pueden comprenderse como hallazgos periféricos ni exclusivamente secundarios a factores emocionales, sino como parte de un proceso integrado de adaptación cerebral a un nuevo entorno hormonal (Brinton et al., 2015; Greendale, Derby y Maki, 2011; Santoro, Epperson y Mathews, 2021).

En este sentido, la heterogeneidad de la experiencia en el climaterio constituye un eje conceptual central para la interpretación de los datos presentados, orientando los análisis subsiguientes (especialmente en lo que respecta a la articulación entre la autopercepción cognitiva), el desempeño neuropsicológico objetivo y los síntomas emocionales.

Alteraciones Cognitivas en el Climaterio

Las alteraciones cognitivas asociadas al climaterio han sido descritas predominantemente como cambios sutiles en el funcionamiento cognitivo que, por lo general, no configuran un compromiso cognitivo global, pero pueden impactar la eficiencia cognitiva percibida y el desempeño en tareas específicas. Durante la transición menopáusica, las mujeres refieren con frecuencia dificultades relacionadas con la atención, la memoria — especialmente la memoria verbal—, la velocidad de procesamiento y la sensación subjetiva de enlentecimiento cognitivo, comúnmente denominada *brain fog* [*niebla mental*] (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016). Estos reportes reflejan experiencias vividas en la vida cotidiana y han sido ampliamente documentados en estudios que investigan la interfaz entre cognición, síntomas menopáusicos y funcionamiento cotidiano en esta etapa de la vida.

En el presente estudio, los datos provenientes del cuestionario de autorreporte indican una elevada frecuencia de quejas cognitivas subjetivas. Una proporción significativa de las participantes evaluó su memoria y su capacidad de concentración como regular, mala o muy mala (79,5 %), lo que sugiere un impacto funcional percibido en el desempeño cognitivo

cotidiano; de manera convergente, muchas participantes refirieron algún o elevado grado de dificultad para planificar actividades, organizar la rutina diaria y recordar compromisos, evidenciando desafíos asociados a la gestión cognitiva de la vida diaria, especialmente en procesos vinculados a la atención sostenida, la planificación y la organización de tareas.

Estas quejas cognitivas coexisten en el autorreporte con la presencia frecuente de síntomas físicos y emocionales asociados al climaterio, tales como alteraciones del sueño, fatiga, dolores corporales y síntomas vasomotores ampliamente descritos en la literatura como factores moduladores de la experiencia cognitiva en este período. La superposición entre síntomas físicos, emocionales y cognitivos refuerza la comprensión de que las dificultades percibidas no se distribuyen de manera homogénea, sino que emergen en perfiles variados, modulados por factores como la etapa de la transición menopáusica, la intensidad de los síntomas, el estado emocional y las demandas funcionales de la vida cotidiana sin configurar un curso cognitivo único, lineal o predecible para todas las mujeres (Greendale, Derby y Maki, 2011).

En contraste con las quejas subjetivas reportadas en el cuestionario, los datos obtenidos en la submuestra sometida a la evaluación neuropsicológica breve advierten una preservación global del funcionamiento cognitivo. En esta submuestra, el 75.2 % de las participantes presentó un desempeño cognitivo global dentro de la media normativa, según lo indicado por el puntaje estandarizado del *Mini Examen del Estado Mental (MMT)*, instrumento de cribado cognitivo ampliamente utilizado, con baja dispersión de los resultados. Estos hallazgos demuestran la ausencia de un compromiso cognitivo global mensurable, en consonancia con la literatura que describe el climaterio como un período de adaptaciones cognitivas sutiles y no de un deterioro cognitivo estructural.

Este patrón —caracterizado por la coexistencia de un desempeño cognitivo global preservado y una elevada frecuencia de quejas cognitivas subjetivas— refuerza la

comprensión de que, en el climaterio, las dificultades cognitivas reflejan con frecuencia alteraciones en la eficiencia funcional percibida y en la vivencia subjetiva del desempeño mental, más que déficits cognitivos globales mensurables mediante instrumentos de cribado. En este sentido, estas experiencias se sitúan en el campo de las adaptaciones cognitivas y emocionales propias de esta etapa del curso de vida y deben interpretarse a la luz de la interacción entre los síntomas físicos, el estado emocional y las demandas funcionales, y no de manera aislada ni patologizante.

Atención y Velocidad de Procesamiento: Sensibilidad Funcional en el Climaterio

Los dominios de atención y velocidad de procesamiento se encuentran entre los componentes cognitivos más sensibles a los cambios observados durante el climaterio. A diferencia de los cuadros neurodegenerativos, en los que se verifica una pérdida progresiva y estructural de las funciones cognitivas, las alteraciones descritas en este período tienden a manifestarse como fluctuaciones funcionales frecuentemente moduladas por factores emocionales, hormonales, metabólicos y contextuales, sin comprometer la integridad global del funcionamiento cognitivo (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016).

Esta sensibilidad funcional pudo observarse de manera objetiva a través de la evaluación neuropsicológica breve. En el dominio de atención y velocidad de procesamiento, evaluado mediante el *Trail Making Test – Parte A (TMT-A)*, los puntajes medios se situaron levemente por debajo de la media normativa, con baja variabilidad entre las participantes. Este patrón sugiere una reducción de la eficiencia temporal del procesamiento, más vinculada al ritmo cognitivo que a un deterioro de la capacidad atencional propiamente dicha.

En contraste, en el *Trail Making Test – Parte B (TMT-B)*, que implica atención alternante, flexibilidad cognitiva y una mayor demanda ejecutiva, los puntajes medios se mantuvieron próximos a la media normativa, también con baja dispersión. Este hallazgo

indica preservación de las funciones ejecutivas centrales, incluso en tareas que requieren mayor complejidad cognitiva, reforzando la ausencia de un compromiso estructural del funcionamiento cognitivo.

El patrón diferencial observado entre ambas tareas —con un mayor impacto en las demandas de velocidad simple en comparación con tareas ejecutivas más complejas— puede comprenderse como la expresión de un funcionamiento cognitivo que permanece organizado y preservado desde el punto de vista estructural, aunque operando a un ritmo menos ágil. Esta desaceleración funcional encuentra correspondencia con la sensación subjetiva de enlentecimiento mental frecuentemente referida por mujeres durante el climaterio, sin que ello configure un declive cognitivo global.

Cuando se analizan a la luz del contexto clínico y emocional, estos hallazgos se inscriben en un proceso adaptativo en el cual factores como las alteraciones del sueño, el estrés persistente y el aumento de la carga emocional pueden influir en el desempeño en tareas dependientes de la velocidad y de la atención sostenida. Desde esta perspectiva, la lentificación observada refleja un mayor costo cognitivo para la mantención del desempeño habitual, y no una falla de los sistemas atencionales.

De este modo, los datos del presente estudio sostienen la comprensión de que, en el climaterio, la atención y la velocidad de procesamiento constituyen dominios particularmente sensibles a las condiciones contextuales y emocionales, expresando alteraciones funcionales sutiles y heterogéneas sin evidencia de un compromiso cognitivo global ni de un proceso patológico subyacente.

Funciones Ejecutivas y Fluencia Verbal: Organización Preservada y Vulnerabilidad Funcional Específica

Las funciones ejecutivas y la fluencia verbal constituyen dominios centrales para la organización del pensamiento, la planificación, el acceso léxico y el monitoreo cognitivo en la vida cotidiana. Durante el climaterio se han descrito alteraciones sutiles en estos dominios, no como pérdidas estructurales sino como variaciones funcionales asociadas a la inestabilidad neuroendocrina, al incremento de la carga emocional y a las demandas contextuales, coexistiendo con una preservación global de las capacidades ejecutivas (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016).

Este patrón se observó de manera diferenciada entre los tipos de fluencia verbal evaluados. En la *Prueba de Fluidez Verbal (FAS)*, tarea que exige planificación estratégica, control inhibitorio y recuperación léxica guiada por reglas fonológicas, los puntajes oscilaron entre -1.7 y 2.5 , con una media de 0.12 y baja dispersión. Este desempeño dentro de la media normativa sugiere preservación de las funciones ejecutivas centrales, en particular de la capacidad de organizar la búsqueda léxica de manera estructurada y bajo reglas explícitas.

En contraste, en la fluencia semántica (categoría animales), los puntajes variaron entre -2.8 y 1.8 , con una media de -1.01 , lo que demuestra un desempeño promedio inferior a la media normativa. La fluencia semántica depende de redes asociativas amplias, de un acceso léxico más automatizado y de la velocidad de recuperación de información semánticamente organizada, configurándose como un dominio sensible a la fatiga, al estrés persistente, a las alteraciones del sueño y al aumento de la carga emocional, factores frecuentes del climaterio.

La disociación entre una fluencia fonémica preservada y una fluencia semántica reducida advierte un perfil de vulnerabilidad funcional específica, en el cual los mecanismos ejecutivos de organización, control y monitoreo permanecen íntegros, mientras que los procesos más automatizados de acceso léxico se tornan menos eficientes. Este patrón es

compatible con descripciones del funcionamiento cognitivo en el climaterio, en las que la estructura del pensamiento se mantiene preservada, pero el acceso espontáneo a la información comienza a requerir mayor esfuerzo y tiempo de recuperación, especialmente en circunstancias de estrés crónico y sobrecarga emocional, frecuentemente asociados a la experiencia subjetiva de *brain fog* (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016).

Cuando estos hallazgos objetivos se consideran en conjunto con los datos de autopercepción, se observa una coherencia conceptual. Las participantes refirieron dificultades relacionadas con la organización del pensamiento, la concentración y la sensación de enlentecimiento cognitivo en la vida cotidiana. Si bien tales quejas no se traducen, en la mayoría de los casos, en déficits ejecutivos globales mensurables, expresan un impacto funcional percibido especialmente en situaciones que exigen rapidez, fluidez verbal espontánea y el manejo simultáneo de múltiples demandas.

Este desajuste entre un desempeño ejecutivo preservado y la vivencia subjetiva de un mayor esfuerzo cognitivo puede comprenderse en el marco del *brain fog*, caracterizado por enlentecimiento del pensamiento y aumento del costo cognitivo para sostener el desempeño habitual (Maki y Henderson, 2016). Se trata, por lo tanto, menos de un proceso de pérdida cognitiva y más de reorganizaciones funcionales en un período marcado por la inestabilidad neuroendocrina y una mayor carga emocional.

De manera convergente, los datos de autorreporte reflejaron que el 57.7 % de las participantes percibió alguna dificultad o un leve cambio en el tiempo necesario para comprender o responder a la información en la vida cotidiana, mientras que el 9.1 % refirió una dificultad acentuada. Este patrón refuerza la presencia de alteraciones predominantemente sutiles y heterogéneas en la experiencia cognitiva, compatibles con

variaciones en la eficiencia y en el ritmo de procesamiento, sin configurar una relación causal ni una inferencia diagnóstica.

Memoria y Aprendizaje Verbal: Desempeño Preservado con Variaciones Funcionales en la Adquisición

En el dominio de la memoria y del aprendizaje verbal, la evaluación mediante el *Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT)* indicó, de manera general, un desempeño medio cercano a los parámetros normativos, con variaciones puntuales a lo largo de las diferentes etapas de la prueba. Este patrón es compatible con la comprensión de las alteraciones cognitivas en el climaterio como fenómenos predominantemente sutiles y heterogéneos, en los cuales la preservación global del funcionamiento puede coexistir con fluctuaciones funcionales en procesos específicos (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016).

En las medidas de evocación inicial, se observó una media levemente inferior a la referencia normativa en el *Intento A1* ($M = -0.29$; valores entre -2.5 y 1.8) y un desempeño inferior en el *Intento B1* ($M = -0.46$; valores entre -1.8 y 2.4). Estos resultados sugieren una menor eficiencia promedio en la evocación espontánea inmediata, con una amplitud de puntajes que apunta una variabilidad interindividual relevante, particularmente en las fases iniciales del proceso de aprendizaje verbal. En el puntaje total de la tarea, la media también se mantuvo discretamente por debajo de la referencia normativa ($M = -0.42$; valores entre -1.9 y 1.2), reforzando la presencia de una leve tendencia negativa en el desempeño agregado sin caracterizar un descenso global significativo.

En contraste, las medidas relacionadas con la preservación de la información presentaron un perfil más estable. El desempeño en *Reconocimiento* mostró una media positiva ($M = 0.48$; valores entre -1.1 y 0.9), lo que sugiere una preservación relativa en esta

etapa, con menor dispersión en comparación con las medidas de evocación espontánea. De manera convergente, el *Índice de Retención* presentó una media cercana a la referencia normativa ($M = -0.07$; valores entre -1.5 y 1.2), indicando un mantenimiento adecuado de la información tras el intervalo. En conjunto, la combinación de reconocimiento preservado y retención cercana a la norma señala una preservación de los procesos de almacenamiento y mantenimiento de la información verbal, aun frente a las variaciones observadas en las etapas iniciales de evocación.

La medida de aprendizaje a lo largo de los intentos presentó una media discretamente negativa ($M = -0.15$), asociada a una amplia variabilidad de puntajes (de puntajes $(-2.80$ a $2.90)$), lo que da a entender una heterogeneidad significativa en la eficiencia de adquisición progresiva del material verbal. Este hallazgo señala diferencias individuales relevantes en el ritmo y en la organización del aprendizaje, compatibles con la noción de que, en el climaterio, parte de las dificultades percibidas puede estar relacionada con un mayor costo cognitivo para adquirir y organizar información nueva, y no con un compromiso mnésico estructural. Cabe destacar que este patrón se interpreta de manera estrictamente descriptiva, sin inferencias causales, y debe comprenderse dentro del marco más amplio de los factores moduladores discutidos en secciones anteriores, como las alteraciones del sueño, la carga emocional y las demandas funcionales de la vida cotidiana.

Cuando estos hallazgos objetivos se analizan en paralelo con los datos de autorreporte, se observa una coherencia conceptual con la experiencia subjetiva frecuentemente descrita como *brain fog*, caracterizada por lapsos cotidianos, la sensación de una “memoria menos eficiente” y un mayor esfuerzo para sostener el desempeño habitual (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016). El patrón de preservación global del reconocimiento y de la retención, coexistiendo con variaciones en la evocación inicial y en la eficiencia del aprendizaje, sostiene la comprensión de que las quejas de memoria

reportadas en el climaterio reflejan alteraciones funcionales y heterogéneas en la experiencia del desempeño cognitivo, sin indicar necesariamente un compromiso mnésico estructural.

Síntomas Emocionales y Experiencia Cognitiva

Los síntomas emocionales constituyen un componente central para la comprensión de la experiencia cognitiva en el climaterio, dado que las manifestaciones de ansiedad, las alteraciones del estado de ánimo y el estrés son ampliamente reconocidas como frecuentes e interrelacionadas en esta etapa de la vida. Estas manifestaciones tienden a presentarse de manera superpuesta a los dominios físicos y cognitivos con repercusiones en el funcionamiento cotidiano, la calidad del sueño, la regulación emocional y la percepción de la eficiencia cognitiva. En este sentido, los síntomas emocionales no se configuran como eventos aislados, sino como parte de una vivencia integrada que influye en la forma en que las mujeres perciben, interpretan y atribuyen significado a los cambios cognitivos a lo largo del climaterio.

Los síntomas emocionales fueron investigados mediante dos estrategias complementarias: instrumentos estandarizados aplicados en la evaluación neuropsicológica breve y preguntas de autorreporte incluidas en el cuestionario de autopercepción. En la submuestra sometida a la evaluación neuropsicológica ($N = 101$), los datos del *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)* indicaron una predominancia de niveles moderados (41.6 %) y graves (36.6 %) de ansiedad, mientras que los puntajes del *Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)* mostraron una mayor concentración en los rangos leve (26.7 %) y moderado (42.6 %), con una baja proporción de síntomas graves. Estos hallazgos exponen la presencia de síntomas emocionales relevantes en una parte de la muestra evaluada, aunque con distintos grados de intensidad.

De manera convergente, los datos de autorreporte obtenidos a través del cuestionario evidenciaron una elevada frecuencia de síntomas emocionales percibidos en la vida cotidiana. Más de dos tercios de las participantes refirieron síntomas de ansiedad de intensidad al menos moderada, incluyendo nerviosismo persistente, preocupación constante o dificultad para relajarse, mientras que aproximadamente la mitad reportó síntomas depresivos frecuentes o intensos, con impacto percibido en la calidad de vida, fueron frecuentes los reportes de irritabilidad, impaciencia y cambios en la autoestima, así como la percepción de repercusiones emocionales en la vida social y profesional.

El estrés emerge como un elemento organizador de la vivencia emocional en el climaterio, articulando factores individuales, sociales y contextuales. Estudios realizados con mujeres brasileñas señalan que la sobrecarga asociada a la multiplicidad de roles, a las demandas familiares y a las exigencias profesionales contribuye al mantenimiento de estados de estrés persistente, ampliando la carga subjetiva vivenciada durante este período y modulando la forma en que los síntomas emocionales y las quejas cognitivas son percibidos y reportados (de Souza et al., 2017).

Además de las escalas específicas de ansiedad y depresión, los datos de la *Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS)* refuerzan la centralidad del dominio emocional en la experiencia del climaterio observada en esta muestra. En la submuestra sometida a la evaluación neuropsicológica ($N = 101$), el dominio psicológico de la MRS presentó una media superior en comparación con los dominios somático y urogenital, lo que denota una mayor intensidad relativa de los síntomas emocionales autorreferidos. Este patrón descriptivo sugiere que las alteraciones del estado de ánimo, la irritabilidad, la tensión emocional y las manifestaciones asociadas constituyen componentes relevantes del escenario subjetivo en el que las quejas cognitivas son percibidas e interpretadas.

La lectura integrada de estos hallazgos indica que la experiencia emocional observada debe comprenderse como parte de un sistema complejo, en el cual los síntomas emocionales, las condiciones somáticas y las quejas cognitivas coexisten y se afectan mutuamente. Esta configuración no implica necesariamente un compromiso cognitivo estructural ni un deterioro global mensurable, pero ofrece un marco interpretativo fundamental para comprender la intensidad de las quejas cognitivas autorreferidas y la discrepancia observada entre la percepción subjetiva y el desempeño cognitivo objetivo en evaluaciones formales.

Alteraciones del Sueño y Síntomas Vasomotores Como Mediadores Funcionales

Las alteraciones del sueño y los síntomas vasomotores constituyen manifestaciones clínicas centrales durante la transición menopáusica y son ampliamente reconocidos como factores que modulan la experiencia emocional y cognitiva en esta etapa del curso de vida. Los sofocos, la sudoración nocturna y los despertares frecuentes tienden a repercutir negativamente en la calidad del sueño, la regulación emocional y la capacidad de concentración, con impacto directo en el funcionamiento cotidiano y en la percepción de bienestar.

Desde una perspectiva clínico-funcional, estos síntomas suelen presentarse de manera superpuesta, conformando un cuadro integrado en el cual las alteraciones del sueño actúan como mediadoras entre los cambios biológicos propios del climaterio y la vivencia subjetiva de dificultades cognitivas. La fragmentación del sueño, la reducción del sueño reparador y la dificultad para mantener el reposo nocturno pueden intensificar la sensación de fatiga mental y la percepción de enlentecimiento cognitivo, incluso en ausencia de un compromiso cognitivo global mensurable (Greendale, Derby y Maki, 2011; Maki y Henderson, 2016).

Los aspectos relacionados con la calidad del sueño y la presencia de síntomas vasomotores fueron investigados mediante preguntas específicas del cuestionario de

autorreporte. Se observó que una proporción significativa de las participantes evaluó la calidad del sueño como regular o mala (61.1 %), mientras que el 32.5 % refirió un sueño bueno o muy bueno. Adicionalmente, el 6.6 % clasificó su sueño como muy malo, lo que advierte un impacto relevante para una parte de las mujeres evaluadas.

Este conjunto de hallazgos sugiere que la percepción de un sueño insuficiente o no reparador constituye un componente importante de la carga subjetiva asociada al climaterio, articulándose de manera convergente con los síntomas emocionales y las quejas cognitivas. La experiencia persistente de alteraciones del sueño tiende a amplificar el impacto funcional de estas quejas, influyendo en la forma en que las mujeres evalúan su propio funcionamiento mental a lo largo de esta etapa de la vida. Esta configuración no implica necesariamente la presencia de un deterioro cognitivo estructural, pero ofrece un marco interpretativo fundamental para comprender la intensidad de las quejas cognitivas autorreferidas y su relación con factores clínicos y experienciales propios del climaterio.

Envejecimiento Femenino y Cognición: Distinciones Necesarias

La transición menopáusica ocurre en un momento del curso de vida en el que los cambios hormonales, emocionales y contextuales se articulan con procesos propios del envejecimiento femenino, exigiendo distinciones conceptuales cuidadosas en la interpretación de las quejas cognitivas observadas en este período. Las alteraciones cognitivas y emocionales no pueden comprenderse de manera aislada, sino que deben situarse en un panorama más amplio de transformaciones biológicas y clínicas asociadas al avance de la edad sin que ello implique necesariamente la presencia de un proceso patológico en curso.

Los estudios contemporáneos sobre salud cerebral en el envejecimiento femenino han destacado la menopausia como un período sensible caracterizado por reorganizaciones neuroendocrinas y metabólicas, en el cual las fluctuaciones hormonales coexisten con la

acumulación gradual de factores de riesgo cardiovasculares, inflamatorios y metabólicos. Estos procesos pueden influir en la experiencia cognitiva a lo largo del tiempo y modular la percepción subjetiva del funcionamiento mental, sin configurar, por sí mismos, un curso inevitable de deterioro cognitivo ni el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas (Brinton et al., 2015; Mosconi, 2020; Mosconi et al., 2021).

Los aspectos relacionados con el ámbito clínico y los antecedentes familiares fueron investigados con el objetivo de caracterizar el contexto de salud en el que las participantes vivencian el climaterio, y no de establecer asociaciones con el desempeño cognitivo observado. Entre las mujeres sometidas a la evaluación neuropsicológica breve, el 55.4 % refirió antecedentes familiares de enfermedades neurodegenerativas, siendo la enfermedad de Alzheimer la condición más frecuentemente mencionada (49.5 %), seguida por reportes menos frecuentes de enfermedad de Parkinson (3.0 %), demencia no especificada (2.0 %) y cáncer (1.0 %), mientras que el 44.6 % no reportó este tipo de antecedente.

Estos datos deben interpretarse de manera estrictamente descriptiva, como indicadores del escenario experiencial y de las referencias clínicas presentes en el universo subjetivo de las participantes. La presencia de antecedentes familiares puede influir en la forma en que las mujeres en esta etapa de la vida perciben, interpretan y atribuyen significado a los cambios cognitivos y emocionales, sin que ello autorice extrapolaciones sobre riesgo individual, desempeño cognitivo actual o trayectorias futuras del funcionamiento cerebral.

De manera independiente, los resultados de la evaluación neuropsicológica breve indicaron, en la mayoría de los casos, un desempeño cognitivo global compatible con los parámetros normativos esperados para la franja etaria y el nivel educativo de la muestra. La presentación paralela de estos hallazgos —antecedentes familiares y desempeño cognitivo— no presupone relación entre las variables ni permite interpretaciones causales o predictivas,

siendo fundamental respetar los límites impuestos por el delineamiento exploratorio y descriptivo del estudio.

Así, al abordar el envejecimiento femenino y la cognición en el climaterio, resulta esencial diferenciar las reorganizaciones neurobiológicas esperables, las experiencias subjetivas influenciadas por contextos familiares y culturales, y los indicadores objetivos del funcionamiento cognitivo. Esta distinción contribuye a evitar lecturas patologizantes de las quejas cognitivas y sustenta una comprensión más precisa, ética y clínicamente responsable de la experiencia femenina en esta etapa de la vida.

Comorbilidades Clínicas y Concomitancia Sintomática

En el cuestionario de autorreporte se observó una elevada frecuencia de síntomas físicos referidos por las participantes, revelando que la experiencia del climaterio ocurre generalmente en un marco de múltiples manifestaciones somáticas concomitantes. La gran mayoría de las mujeres (95.2 %) refirió percibir al menos un síntoma físico en el momento actual de su vida, lo que evidencia un marco de alta concomitancia sintomática.

Entre las manifestaciones más frecuentemente reportadas se destacaron los síntomas musculoesqueléticos, como dolores musculares (72.7 %), dolores articulares (71.4 %) y cefalea (68.4 %), además de síntomas cutáneos, como sequedad de la piel (76.5 %). Los síntomas vasomotores también fueron ampliamente referidos, con un 59.2 % de las participantes reportando sofocos y cerca de un tercio describiendo sudoración nocturna de intensidad moderada a muy intensa. Alteraciones autonómicas y sensoriales, como el acúfeno, estuvieron presentes en una proporción relevante de la muestra.

Las alteraciones relacionadas con el sueño se mostraron igualmente frecuentes, con aproximadamente dos tercios de las participantes evaluando la calidad del sueño como Regular, Mala o Muy mala, lo que refuerza la presencia de perturbaciones del ritmo sueño–

vigilia en este período. Adicionalmente, el aumento de peso fue reportado por el 77.7 % de las mujeres, componiendo un cuadro corporal frecuentemente descrito como parte de la transición menopáusica. Los cambios en la sexualidad también fueron ampliamente referidos, con un 72.9 % de las participantes indicando alteraciones en el deseo sexual, principalmente en la disminución de la libido, malestar sexual e impacto en la autoimagen y en la autoestima.

Al ser consultadas sobre la posible relación entre estos síntomas físicos y los cambios hormonales, el 60.0 % de las participantes manifestó creer que dichas manifestaciones estarían asociadas a alteraciones hormonales, mientras que el 29.6 % expresó incertidumbre respecto de esta relación. Estos datos reflejan la manera en que las propias mujeres interpretan y organizan su experiencia corporal durante el climaterio sin que ello autorice interpretaciones causales o fisiológicas directas a partir del delineamiento adoptado.

La presencia simultánea de estos síntomas corporales no debe interpretarse como un factor causal de las quejas cognitivas observadas sino como parte de un encuadre clínico ampliado, en el cual las manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas coexisten y se influyen mutuamente en la experiencia funcional cotidiana. La concomitancia entre síntomas físicos, alteraciones del sueño, condiciones clínicas autorreferidas y demandas propias de la mediana edad refuerza la complejidad de la experiencia femenina en este período del curso de vida.

La comprensión de la experiencia cognitiva y emocional en el climaterio exige considerar el espacio clínico más amplio en el que las mujeres se encuentran insertas. En esta etapa, es frecuente la coexistencia de múltiples condiciones crónicas, metabólicas y hormonales, que pueden compartir manifestaciones sintomáticas similares a aquellas atribuidas al climaterio, tales como fatiga, alteraciones del sueño, dificultades de concentración, variaciones del estado de ánimo y reducción de la disposición funcional. Esta

concomitancia sintomática impone límites interpretativos relevantes, especialmente en estudios con delineamiento exploratorio y descriptivo.

La presencia de comorbilidades clínicas fue investigada mediante el autorreporte, con el objetivo de caracterizar el panorama de salud de las participantes, sin la pretensión de establecer relaciones causales con los desenlaces cognitivos o emocionales. Se observó que la mayoría de las mujeres (88.1 %) refirió haber recibido al menos un diagnóstico clínico a lo largo de la vida, lo que evidencia un ámbito de salud marcado por múltiples condiciones coexistentes. Entre los diagnósticos más frecuentemente mencionados se destacaron la depresión o los trastornos de ansiedad (47.3 %), el síndrome metabólico (45.8 %), el insomnio crónico u otros trastornos del sueño (40.5 %) y los trastornos tiroideos (33.9 %), seguidos por condiciones musculoesqueléticas, cardiovasculares, metabólicas y ginecológicas.

Este perfil es compatible con datos epidemiológicos que señalan una elevada prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres de mediana edad, particularmente durante el climaterio, cuando los factores hormonales, metabólicos y psicosociales se articulan de manera compleja (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Estudios nacionales también expusieron que la presencia simultánea de múltiples condiciones clínicas se asocia a un mayor impacto en la calidad de vida y en el funcionamiento cotidiano, sin que sea posible atribuir dicho impacto a una condición aislada (da Silva Assunção et al., 2017).

Desde el punto de vista interpretativo, la coexistencia de comorbilidades clínicas refuerza la necesidad de cautela en la lectura de las quejas cognitivas y emocionales autorreferidas. Síntomas como dificultades de memoria, enlentecimiento cognitivo percibido, irritabilidad y alteraciones atencionales pueden emerger en distintos problemas clínicos — incluyendo trastornos del sueño, alteraciones tiroideas, condiciones metabólicas y trastornos

del estado de ánimo—, lo que invisibiliza interpretaciones lineales o unidimensionales de estos hallazgos. En este sentido, el climaterio debe comprenderse como parte de un proceso ampliado de salud de la mujer, tal como lo reconocen las directrices nacionales que enfatizan la multiplicidad de factores involucrados en esta etapa de la vida (Ministerio de Salud [MS], 2008).

Así, los datos presentados no permiten inferir relaciones de causalidad entre las comorbilidades clínicas y el desempeño cognitivo o emocional, ni establecer jerarquías explicativas entre diagnóstico y síntoma. Su contribución radica en la descripción del contexto clínico en el que las mujeres experimentan el climaterio, evidenciando la complejidad y la superposición de condiciones que atraviesan esta fase. Este enfoque sustenta la necesidad de lecturas integrativas y no reduccionistas de los hallazgos, respetando los límites del delineamiento metodológico y evitando interpretaciones simplistas o patologizantes de la experiencia femenina en el climaterio.

Climaterio, Cognición y Riesgo Neurodegenerativo: lo que los Datos no Indican

El debate contemporáneo sobre la cognición femenina en el climaterio ha incorporado de manera creciente discusiones relacionadas con el riesgo neurodegenerativo, especialmente en función del aumento de la expectativa de vida de las mujeres y de la mayor prevalencia de enfermedades, como la enfermedad de Alzheimer, en edades más avanzadas; no obstante, la transposición directa de este debate a la experiencia cognitiva de la transición menopáusica exige cautela conceptual y rigor interpretativo con el fin de evitar lecturas patologizantes de un proceso que, en gran medida, involucra adaptaciones neurobiológicas y funcionales propias de esta etapa del curso de vida.

Desde una perspectiva neurocientífica, la evidencia afirma que la transición menopáusica se acompaña de cambios en el metabolismo cerebral, en la utilización de

glucosa y en la conectividad funcional, configurando un período de reorganización y adaptación del sistema nervioso central y no necesariamente de degeneración estructural progresiva (Brinton et al., 2015; Mosconi, 2020; Mosconi et al., 2021). Estas reorganizaciones pueden expresarse subjetivamente como dificultades cognitivas transitorias —especialmente en dominios como la atención, la memoria operativa y la velocidad de procesamiento— sin que ello corresponda a un cuadro neurodegenerativo establecido.

Si bien una parte de las participantes refirió antecedentes familiares de enfermedades neurodegenerativas, particularmente la enfermedad de Alzheimer, los datos empíricos no sustentan la presencia de un compromiso cognitivo global compatible con procesos patológicos. En la submuestra sometida a la evaluación neuropsicológica breve, la mayoría de las mujeres presentó un desempeño cognitivo dentro de los parámetros normativos esperados para la franja etaria y el nivel educativo, con baja dispersión de los puntajes y ausencia de patrones sugestivos de un deterioro cognitivo progresivo. Estos hallazgos demuestran preservación del funcionamiento cognitivo global en el momento de la evaluación, aun frente a la elevada frecuencia de quejas cognitivas autorreferidas.

Cabe señalar que los antecedentes familiares de enfermedades neurodegenerativas constituyen factores de riesgo poblacional y probabilístico, y no marcadores clínicos individuales de enfermedad. De este modo, la coexistencia entre historia familiar de demencia y desempeño cognitivo preservado refuerza la necesidad de distinguir entre riesgo teórico y manifestación clínica. Esta distinción resulta particularmente relevante en el campo de la salud de la mujer, en el cual las asociaciones entre menopausia y deterioro cognitivo han sido, en ocasiones, interpretadas de manera alarmista y disociada de la evidencia empírica disponible.

Por lo tanto, los datos presentados no permiten inferir un riesgo neurodegenerativo inminente ni caracterizar las alteraciones cognitivas reportadas como indicativas de procesos

patológicos; por el contrario, los resultados señalan un cuadro en el que las quejas cognitivas subjetivas coexisten con un desempeño objetivo preservado, en consonancia con modelos que comprenden el climaterio como un período de adaptación neurofuncional influido por factores hormonales, emocionales, contextuales y clínicos, y no como una etapa inicial de enfermedad neurodegenerativa.

En este marco, la evaluación neuropsicológica asume un papel relevante no como instrumento de predicción diagnóstica de riesgo futuro, sino como un recurso preventivo y de monitoreo del funcionamiento cognitivo a lo largo del tiempo. Su aplicación permite establecer parámetros individuales de desempeño, identificar variaciones funcionales y aportar elementos para la comprensión de la experiencia cognitiva de la mujer en el climaterio, sin atribuir carácter patológico a alteraciones sutiles o transitorias.

Así, la interpretación de los hallazgos debe orientarse por una postura científica prudente, que reconozca la complejidad del envejecimiento femenino sin reducir la experiencia del climaterio a una condición de riesgo patológico. Este posicionamiento es coherente con la evidencia actual de la neurociencia del envejecimiento y sustenta una aproximación ética, clínica e investigativa orientada a evitar la medicalización excesiva y la patologización de procesos normativos de la vida reproductiva y cognitiva de la mujer.

Información, Incertidumbre Reproductiva y Construcción de la Experiencia Subjetiva en el Climaterio

Además de los síntomas cognitivos, emocionales y físicos, en la investigación se incluyó un conjunto de variables destinadas a caracterizar cómo las participantes perciben, buscan y evalúan la información sobre la menopausia y los cambios hormonales asociados al climaterio. La inclusión de este dominio permite ampliar la comprensión de la experiencia

subjetiva observada, situando las quejas cognitivas dentro de un marco informacional e interpretativo más amplio.

Los resultados presentan a una proporción significativa de las participantes con incertidumbre respecto de su propio estadio dentro de la transición menopáusica, incluso en un grupo que refiere vivenciar cambios corporales, emocionales y funcionales compatibles con este período. La coexistencia entre señales percibidas y la dificultad para ubicarse en una fase específica del proceso reproductivo sugiere la presencia de vacíos en la comprensión del climaterio como un continuo, lo que puede favorecer interpretaciones fragmentadas o ambiguas de los cambios experimentados.

De manera paralela, se observó una elevada frecuencia de búsqueda de información sobre los signos y síntomas de la menopausia, con predominio de actitudes activas orientadas al esclarecimiento; sin embargo, esta búsqueda no se traduce, en la mayoría de los casos, en una sensación de conocimiento suficiente. Predominaron los reportes de mujeres que afirmaron contar solo con información parcial o que percibieron la necesidad de un mayor esclarecimiento, lo que indica un desajuste entre el acceso a la información y la sensación de comprensión efectiva del propio proceso de cambio.

Este patrón —caracterizado por una intensa búsqueda informacional asociada a la percepción de insuficiencia de esclarecimiento— demuestra un contexto de vigilancia corporal y cognitiva incrementada. Las señales físicas, emocionales y cognitivas tienden a ser monitoreadas con mayor atención, mientras que la ausencia de referentes claros puede intensificar las dudas, la inseguridad interpretativa y la preocupación en relación con el significado de estas alteraciones.

Las fuentes de información reportadas por las participantes revelan un comportamiento informacional diverso con el uso concomitante de profesionales de la salud, internet, redes sociales y círculos personales. Si bien esta multiplicidad puede ampliar el

acceso al conocimiento, también puede contribuir a la exposición a informaciones heterogéneas y, en ocasiones, contradictorias, dificultando la integración coherente de las experiencias vivenciadas durante el climaterio.

Desde una perspectiva interpretativa, estos hallazgos no deben comprenderse como factores explicativos directos de las quejas cognitivas autorreferidas ni como indicadores de mayor gravedad clínica. Se trata, más bien, de elementos contextuales relevantes para comprender cómo la experiencia cognitiva en el climaterio es construida, interpretada y narrada por las propias mujeres. La combinación de incertidumbre reproductiva, búsqueda activa de información y sensación persistente de escaso esclarecimiento puede contribuir a la amplificación de la percepción de alteraciones cognitivas, incluso en presencia de un desempeño neuropsicológico globalmente preservado.

Así, el dominio informacional emerge como un componente relevante de la experiencia subjetiva del climaterio, articulándose con los síntomas emocionales, las alteraciones del sueño y las quejas cognitivas. Su consideración refuerza la necesidad de lecturas integrativas y no reduccionistas de los hallazgos, reconociendo que la vivencia cognitiva en este período está modulada no solo por procesos neurobiológicos, sino también por factores interpretativos, contextuales y simbólicos asociados al conocimiento —o a su ausencia— acerca de la propia transición menopáusica.

Autorreporte, Evaluación Objetiva y Cierre Interpretativo

La integración interpretativa propuesta en este estudio parte del reconocimiento de que la experiencia cognitiva en el climaterio se manifiesta a través de múltiples vías, que no operan según una lógica de correspondencia directa ni de equivalencia lineal. Las quejas cognitivas autorreferidas y los resultados de las evaluaciones neuropsicológicas breves

constituyen dimensiones complementarias de esta experiencia, ancladas en modos distintos —e igualmente legítimos— de aprehensión del funcionamiento mental.

Los datos de autorreporte revelaron dificultades percibidas relacionadas con la memoria, la atención, la concentración, la velocidad del pensamiento y la organización de la rutina cotidiana, frecuentemente descritas en una situación marcada por síntomas emocionales, alteraciones del sueño y la superposición de condiciones clínicas comunes a la mediana edad. Estas quejas expresan un impacto funcional percibido y traducen el costo subjetivo implicado en el sostenimiento del desempeño cognitivo en situaciones reales, caracterizadas por múltiples demandas simultáneas, carga emocional y exigencias contextuales continuas.

Por su parte, los resultados de la evaluación neuropsicológica breve indicaron, en términos generales, preservación del funcionamiento cognitivo global, con variaciones puntuales en dominios específicos, tales como la velocidad de procesamiento, la atención sostenida, la fluencia semántica y las etapas iniciales de evocación verbal. Este patrón describe alteraciones sutiles en la eficiencia y en el ritmo cognitivo, sin evidencia de un compromiso estructural ni de un deterioro cognitivo global mensurable.

La disociación observada entre la queja subjetiva y el desempeño objetivo no configura una inconsistencia metodológica ni una limitación de la evaluación neuropsicológica, sino que refleja la complejidad inherente al fenómeno investigado. La evaluación neuropsicológica examina el funcionamiento cognitivo en condiciones estructuradas y controladas, lo que permite identificar patrones de preservación y alteraciones específicas. El autorreporte, en cambio, capta la experiencia cognitiva en circunstancias cotidianas, atravesadas por factores emocionales, somáticos y ambientales que imponen demandas adicionales al funcionamiento mental. Se trata, por lo tanto, de niveles distintos y

complementarios de observación orientados por preguntas diferentes acerca de un mismo fenómeno.

En este encuadre, la experiencia cognitiva de la mujer en el climaterio debe comprenderse como un proceso multifactorial y dinámico en el cual las reorganizaciones funcionales, las variaciones interindividuales y los factores emocionales y somáticos modulan la vivencia del desempeño mental. La ausencia de déficits globales mensurables no invalida la legitimidad de la queja cognitiva, así como la presencia de dicha queja no implica, por sí misma, la existencia de una patología neurocognitiva.

Desde el punto de vista clínico y evaluativo, estos hallazgos refuerzan la importancia de enfoques integrativos capaces de considerar de manera simultánea los datos objetivos, el autorreporte y el contexto vital. La evaluación neuropsicológica mantiene un papel central en la caracterización del funcionamiento cognitivo, en la exclusión de compromisos estructurales y en el establecimiento de parámetros de referencia, mientras que el autorreporte contribuye a la comprensión del impacto funcional y subjetivo de los cambios vivenciados. Validar la queja cognitiva sin reducirla a un marcador de deterioro constituye un paso fundamental para prácticas clínicas más sensibles, éticas y acordes con la complejidad de la experiencia femenina en el climaterio.

A partir de esta integración entre autorreporte, evaluación objetiva y contexto funcional se desarrollan las principales conclusiones del estudio, destacando las contribuciones, los límites y las implicancias para la práctica clínica y para futuras investigaciones sobre la cognición femenina en el climaterio.

Síntesis Interpretativa de la Experiencia Cognitiva en el Climaterio

La discusión de los hallazgos de la investigación realizada permite delinear una comprensión integrada de la experiencia cognitiva femenina en el climaterio, en la cual las

alteraciones funcionales sutiles, las vivencias subjetivas y los contextos emocionales, somáticos e informacionales se articulan de manera dinámica. A lo largo de los diferentes ejes analizados, se observó que las quejas cognitivas autorreferidas coexisten de forma consistente con un desempeño neuropsicológico globalmente preservado, configurando un patrón de disociación entre la percepción subjetiva y el funcionamiento cognitivo objetivo.

Los resultados indican que dominios como la atención, la velocidad de procesamiento, la fluencia verbal espontánea y las etapas iniciales del aprendizaje verbal pueden presentar variaciones funcionales discretas, sin evidencia de compromiso estructural ni de deterioro cognitivo global. Estas variaciones son compatibles con modelos que conciben el climaterio como un período de reorganización neurofuncional influido por cambios neuroendocrinos, emocionales y contextuales, y no como un marcador inicial de procesos neurodegenerativos.

El análisis integrado de los síntomas emocionales, las alteraciones del sueño, los síntomas vasomotores y las comorbilidades clínicas autorreferidas refuerza el carácter multifactorial de la experiencia cognitiva en este período. La superposición de manifestaciones físicas, emocionales y funcionales configura un escenario en el cual el costo subjetivo para sostener el desempeño cognitivo cotidiano tiende a incrementarse, incluso en ausencia de déficits mensurables en evaluaciones formales. Factores como el estrés persistente, la fragmentación del sueño y la elevada carga emocional emergen como moduladores relevantes de la percepción cognitiva.

Adicionalmente, los datos relativos a la búsqueda de información y al nivel de esclarecimiento percibido sobre la menopausia evidencian que la experiencia del climaterio se encuentra atravesada por incertidumbres interpretativas. La coexistencia entre una búsqueda activa de información y la sensación de conocimiento insuficiente sugiere que los

aspectos informacionales y simbólicos desempeñan un papel relevante en la forma en que las mujeres perciben, interpretan y narran sus cambios cognitivos y corporales.

En conjunto, los hallazgos discutidos sostienen una comprensión de la cognición en el climaterio que se distancia de lecturas patologizantes o reduccionistas. La experiencia cognitiva femenina en esta etapa del curso de vida debe entenderse como un fenómeno complejo, heterogéneo y dinámico, en el cual coexisten la preservación funcional, las variaciones individuales y el impacto subjetivo. Esta perspectiva subraya la importancia de enfoques evaluativos y clínicos que consideren de manera simultánea los datos objetivos, el autorreporte y el contexto vital, respetando los límites interpretativos del delineamiento exploracional y descriptivo adoptado.

Este encuadre interpretativo proporciona la base conceptual en la que se presentan las conclusiones del estudio, sus contribuciones, limitaciones e implicancias para la práctica clínica y para futuras investigaciones sobre la cognición femenina en el climaterio.

Conclusión

El trabajo desarrollado tuvo como objetivo investigar la experiencia cognitiva de mujeres en el período del climaterio, a partir de la articulación entre el autorreporte, la evaluación neuropsicológica breve y los síntomas emocionales y clínicos asociados. Enmarcado en un delineamiento transversal, exploratorio y descriptivo, el trabajo buscó comprender no solo el desempeño cognitivo objetivo, sino también la manera en que estas mujeres perciben, nombran y vivencian los cambios cognitivos a lo largo de esta etapa del curso de vida. Los resultados obtenidos permiten una lectura integrada del fenómeno, respetando los límites metodológicos adoptados y sin establecer relaciones causales ni asumir interpretaciones patologizantes.

De manera general, los hallazgos indican que la experiencia cognitiva en el climaterio se caracteriza por una elevada heterogeneidad interindividual, expresándose a través de variaciones funcionales sutiles y no mediante un patrón homogéneo de deterioro cognitivo. Se observó una preservación global del funcionamiento cognitivo objetivo en la mayoría de las participantes evaluadas, coexistiendo con fluctuaciones en dominios específicos, como la atención, la velocidad de procesamiento, la fluencia verbal semántica y las etapas iniciales del aprendizaje verbal. Estos resultados sostienen la comprensión del climaterio como un período de reorganización funcional, en el cual el funcionamiento cerebral permanece estructuralmente preservado, aunque opere con un mayor costo cognitivo en determinadas situaciones.

Los hallazgos sustentan la relevancia de los instrumentos de autorreporte para captar el impacto funcional del climaterio y evidencian la necesidad de considerar la calidad de vida como una dimensión central en la comprensión de la experiencia femenina en la mediana edad. Esta visión contribuye a delimitar la importancia metodológica de integrar síntomas,

funcionamiento cotidiano e indicadores subjetivos de impacto, especialmente en estudios que investigan la relación entre quejas autorreferidas y desempeño objetivo.

Desde esta perspectiva, el presente estudio se sustenta en la propuesta de describir patrones de autopercepción cognitiva y de desempeño neuropsicológico, reconociendo posibles discrepancias entre la queja subjetiva y el rendimiento objetivo, sin presuponer una equivalencia directa entre el relato subjetivo y el compromiso cognitivo mensurable, y situando estas experiencias en el escenario más amplio de las transformaciones neurobiológicas, emocionales y funcionales que caracterizan la transición menopáusica.

La discrepancia observada entre la intensidad de las quejas cognitivas autorreferidas y los resultados de la evaluación neuropsicológica breve no configura una incoherencia metodológica ni una limitación de los instrumentos utilizados; por el contrario, refleja la naturaleza multidimensional de la experiencia cognitiva femenina en el climaterio. Mientras que la evaluación neuropsicológica investiga el desempeño en condiciones estructuradas, estandarizadas y controladas, el autorreporte capta el impacto funcional percibido en contextos reales, marcados por demandas simultáneas, carga emocional, alteraciones del sueño y superposición de síntomas físicos. Se trata, por lo tanto, de dimensiones complementarias de análisis que responden a preguntas diferentes sobre el funcionamiento cognitivo.

La evaluación neuropsicológica asume un papel fundamental, no solo como instrumento diagnóstico sino como una estrategia preventiva y de comprensión del funcionamiento cognitivo y emocional de la mujer en el climaterio. De modo análogo a los exámenes clínicos y de laboratorio, las evaluaciones neuropsicológicas se utilizan para monitorear alteraciones fisiológicas a lo largo de la transición menopáusica, evaluando las funciones cognitivas y posibilitando la construcción de una línea de base funcional que permite identificar patrones de funcionamiento, cambios sutiles y factores de vulnerabilidad a

lo largo del tiempo. Al ser comprendida como una herramienta de seguimiento y orientación clínica, y no como un marcador de patología, la evaluación neuropsicológica contribuye a un abordaje más integrado, preventivo y contextualizado de la salud de la mujer.

Los datos relativos a los síntomas emocionales, las alteraciones del sueño, las manifestaciones vasomotoras y la presencia de comorbilidades clínicas evidencian que la experiencia cognitiva observada ocurre en un momento de amplia superposición sintomática. La ansiedad, las alteraciones del estado de ánimo, el estrés persistente y los trastornos del sueño emergen como mediadores funcionales relevantes, modulando tanto la percepción subjetiva como el desempeño cognitivo en tareas dependientes de la atención sostenida, la velocidad de procesamiento y la eficiencia mental. Estos factores refuerzan la necesidad de lecturas integrativas capaces de considerar el funcionamiento cognitivo en articulación con el contexto emocional, somático y funcional de la vida cotidiana.

En lo que respecta a las discusiones sobre envejecimiento femenino y riesgo neurodegenerativo, los hallazgos del presente estudio no sustentan interpretaciones que asocian de manera directa las quejas cognitivas del climaterio con procesos neurodegenerativos. A pesar de la presencia de antecedentes familiares de enfermedades como la enfermedad de Alzheimer en una parte de la muestra, el desempeño cognitivo objetivo observado se mantuvo, en su mayoría, dentro de los parámetros normativos esperados. Esta coexistencia refuerza la distinción necesaria entre riesgo poblacional, percepción subjetiva y manifestación clínica, contribuyendo a evitar lecturas alarmistas o patologizantes de la experiencia cognitiva femenina en esta etapa de la vida.

Por último, los resultados de esta investigación contribuyen a la comprensión del climaterio como un período de elevada complejidad neurofuncional, emocional y experiencial, en el cual las quejas cognitivas deben ser legitimadas sin ser interpretadas automáticamente como indicadores de patología; asimismo, esta investigación destaca la

relevancia de la neuropsicología en el campo de la salud de la mujer al ofrecer fundamentos para una comprensión más amplia del funcionamiento cognitivo y emocional en el climaterio. Al integrar datos objetivos y subjetivos, el estudio aporta a prácticas clínicas y científicas más sensibles a la complejidad del envejecimiento femenino, fortaleciendo enfoques que priorizan la prevención, la comprensión funcional y el cuidado ético sin reducir esta etapa a un proceso patológico.

La integración entre autorreporte, evaluación neuropsicológica y ambiente clínico se mostró esencial para una lectura ética, precisa y clínicamente responsable de la experiencia cognitiva de la mujer en el climaterio. Estos hallazgos refuerzan la importancia de abordajes evaluativos y clínicos integrativos, así como la necesidad de futuras investigaciones longitudinales que profundicen la comprensión de las trayectorias cognitivas femeninas a lo largo del envejecimiento, respetando la diversidad y la singularidad de las experiencias vividas.

Los hallazgos refuerzan la necesidad de que las investigaciones y políticas de salud dirigidas a mujeres en la mediana edad incorporen perspectivas sensibles al género y al contexto sociocultural, especialmente en entornos latinoamericanos caracterizados por desigualdades estructurales.

Referencias Bibliográficas

- Alblooshi, S., Taylor, M., & Gill, N. (2023). Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australasian Psychiatry*, 31(2), 165–173. <https://doi.org/10.1177/10398562231165439>
- Bauld, R., & Brown, R. F. (2009). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62(2), 160-165. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.004>
- de Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Nova Fronteira.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Berve, K., Abken, E., Fernández, A., Ferrari, A., Novakova Martinkova, J., Schuhmacher Dimech, A. M., De Martini, A., Kirabali, T., Calvo-Flores Guzmán, B., Ferretti, M. T., Calabrese, P., Marongiu, R., Barbato, M., & Santucci Chadha, A. (2025). Exploring sex and gender differences in the Alzheimer's disease patient journey: A survey study. *Brain and Behavior*, 1(3), e70028. <https://doi.org/10.1002/bsa3.70028>
- Boyle, C. P., Raji, C. A., Erickson, K. I., López, O. L., Becker, J. T., Gach, H. M., Kuller, L. H., Longstreth, W. T., Jr., Carmichael, O. T., Riedel, B. C., & Thompson, P. M. (2021). *Estrogen, brain structure, and cognition in postmenopausal women*. *Human Brain Mapping*, 42, 24–35. <https://doi.org/10.1002/hbm.25200>
- Brinton, R. D., Yao, J., Yin, F., Mack, W. J., & Cadenas, E. (2015). Perimenopause as a neurological transition state. *Nature Reviews Endocrinology*, 11, 393–405. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2015.82>
- Brookes, B., & Carey, J. (2017). *The menopause and the ageing female body: Medicalisation, health and illness*. Palgrave Macmillan.

Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003).

Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos De Neuropsiquiatria*, 61(3B), 777–781. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>

Castro-Aldrete, L., Einsiedler, M., Novakova Martinkova, J., Depypere, H., Ang, T. F. A.,

Mielke, M. M., Sindi, S., Eyre, H. A., Au, R., Schumacher Dimech, A. M., Dé, A.,

Szoeke, C., Tartaglia, M. C., & Santuccione Chadha, A. (2025). Alzheimer disease

seen through the lens of sex and gender. *Nat. Rev. Neurol.*, 21, 235–249.

<https://www.nature.com/articles/s41582-025-01071-0>

Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da

capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Brazilian Journal of Psychiatry*,

27(1), 79-82. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000100017>

Daniel, J. M., Lindsey, S. H., Mostany, R., Schrader, L. A., & Zsombok, A. (2023).

Cardiometabolic health, menopausal estrogen therapy and the brain: How effects of estrogens diverge in healthy and unhealthy preclinical models of aging. *Frontiers in*

Neuroendocrinology, 70, 101068. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2023.101068>

Debert, G. G. (2012). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. Edusp.

De Maman, D. (2025). Entre ciclos: Climatério e menopausa sob a perspectiva do cuidado

psicológico. *Revista Faz Ciência*, 27(45), 364–383.

<https://doi.org/10.48075/rfc.v27i45.34042>

Faubion, S. S., Crandall, C. J., Davis, L., El Khoudary, S. R., Hodis, H. N., Lobo, R. A.,

Maki, P. M., Manson, J. E., Pinkerton, J. V., Santoro, N., Shifren, J. L., Shufelt, C.

L., Thurston, R. C., & Wolfman, W. (2022). The 2022 hormone therapy position

statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 29(7), 767–794.

<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002028>

- Favaro Bressiani, P., Weber da Silva, G. F., & da Silveira Corrêa, M. (2022). Efeitos do estrogênio na cognição da mulher na menopausa. *Revista Neurociências*, 30, 1-25. <https://doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.12006>
- Fidecicchi, T., Giannini, A., Chedraui, P., Luisi, S., Battipaglia, C., Genazzani, A. R., Genazzani, A. D., & Simoncini, T. (2024). *Neuroendocrine mechanisms of mood disorders during menopause transition: A narrative review and future perspectives*. *Maturitas*, 188, 108087. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.108087>
- Figueiredo, S. C. S., Miotto, E. C., Serrão, V. T., Jungerman, F. S., Lucia, M. C. S., & Scaff, M. (2009). Investigação neuropsicológica de uma amostra de sujeitos idosos saudáveis. *Psicologia Hospitalar*, 7(2), 85–99. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092009000200007&script=sci_arttext
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gannon, O. J., Naik, J. S., Riccio, D., Mansour, F. M., Abi-Ghanem, C., Salinero, A. E., Kelly, R. D., Brooks, H. L., & Zuloaga, K. L. (2023). Menopause causes metabolic and cognitive impairments in a chronic cerebral hypoperfusion model of vascular contributions to cognitive impairment and dementia. *Biol. of Sex Differ.*, 14, 34. <https://doi.org/10.1186/s13293-023-00518-7>
- Gava, G., Orsili, I., Alvisi, S., Mancini, I., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2019). *Cognition, mood and sleep in menopausal transition: The role of menopause hormone therapy*. *Medicina*, 55(10), 668. <https://doi.org/10.3390/medicina55100668>

- Georgakis, M. K., Beskou-Kontou, T., Theodoridis, I., Skalkidou, A., & Petridou, E. T. (2019). Surgical menopause in association with cognitive function and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, *106*, 9–19. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.03.013>
- Georgakis, M. K., Kalogirou, E. I., Diamantaras, A.-A., Daskalopoulou, S. S., Munro, C. A., Lyketsos, C. G., Skalkidou, A., & Petridou, E. T. (2016). Age at menopause and duration of reproductive period in association with dementia and cognitive function: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, *73*, 224–243. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.08.003>
- Greendale, G. A., Derby, C. A., & Maki, P. M. (2011). Perimenopause and cognition. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, *38*(3), 519–535. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.05.007>
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & de Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*, *19*(4), 387–395. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31824d8f40>
- Heinemann, L. A. J., Potthoff, P., & Schneider, H. P. G. (2003). International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Quality of Life Outcomes*, *1*(28). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-28>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2023a). *Censo demográfico: Principais Resultados preliminares – Mulheres no Censo 2022: resultados do universo e da mostra*. IBGE. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2022.html>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2023b). *Censo Demográfico 2022: População residente, por sexo, idade e forma de declaração da idade* (Tabela 9514). IBGE. Recuperado de <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9514>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2024). *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação por sexo e idade: 2010–2060*. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>
- Kingsberg, S., Banks, V., Caetano, C., Janssenswillen, C., Moeller, C., Schoof, N., Harvey, M., Scott, M., & Nappi, R. E. (2024). Real-world evaluation of treatment utilization by women experiencing vasomotor symptoms associated with menopause in the United States and Europe: *Findings from the REALISE study*. *Maturitas*, 189, 108096. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.108096>
- Laqueur, T. (1992). *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. Harvard University Press.
- Leite Fernandes, R. C., da Silva, K. S., Bonan, C., Vasconcelos Zahar, S. E., & Figueiredo Marinho, L. P. F. (2009). Avaliação da cognição de mulheres no climatério com o Mini-Exame do Estado Mental e o Teste de Memória da Lista de Palavras. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 1883–1893. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900003>
- Liang, G., Kow, A. S. F., Yusof, R., Tham, C. L., Ho, Y.-C., & Lee, M. T. (2024). Menopause-Associated Depression: Impact of Oxidative Stress and Neuroinflammation on the Central Nervous System—A review. *Biomedicines*, 12(1), 184. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12010184>
- Lock, M. (1998). Menopause: lessons from anthropology. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 410–419. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00005>

Luine, V. N. (2014). Estradiol and cognitive function: Past, present and future.

Hormones and Behavior, 66(4), 602–618.

<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2014.08.011>

Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*,

10(6), 434–445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>

Maki, P. M., & Henderson, V. W. (2016). Cognition and the menopause transition.

Menopause 23(7), 803-805. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000681>

Maki, P. M., Panay, N., & Simon, J. A. (2024). Sleep disturbance associated with the menopause. *Menopause*, 31(8), 724–733.

<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002386>

Mallmann, P. B., Jaeger, L. K., Grave, M. Q., de Mattos, C. N. B., Sinigaglia, G., & Fleig, T.

C. (2024). Envelhe(ser): Reflexões sobre o processo de envelhecimento feminino e suas implicações sobre o corpo. *Revista Foco*, 17(11), e6906.

<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n11-143>

Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., Mattos, P., & Abreu, N. (2010). *Avaliação*

neuropsicológica. Artmed.

Malloy-Diniz, L. F., Sedo, M., Fuentes, D., & Leite, W. B. (2008). Neuropsicologia das

funções executivas. En Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo C. H. P., & R.

Cosenza, M. (Eds.), *Neuropsicologia: Teoria e Prática* (pp. 187-206). Artmed.

Mattern, S. (2019). *The slow moon climbs: The science, history, and meaning of menopause*.

Princeton University Press.

McCarthy, M. M., & Raval, A. P. (2020). The perimenopause in a woman's life: systemic inflammatory phase that enables later neurodegenerative disease. *Journal of*

Neuroinflammation, 17, 317. <https://doi.org/10.1186/s12974-020-01998-9>

- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904.
<https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- McEwen, B. S., & Milner, T. A. (2017). Understanding the broad influence of sex hormones and sex differences in the brain. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1–2), 24–39.
<https://doi.org/10.1002/jnr.23809>
- McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093–2101.
<https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>
- Melville, M., He, L., Desai, R., Nyamayaro, P., Fox, C., Kothari, K. U., Condrón, P., Miao, M., Hickey, M., & Spector, A. (2025). Menopause hormone therapy and risk of mild cognitive impairment or dementia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Healthy Longevity*, 6(12), 100803.
<https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100803>
- Migeot, J., Pina-Escudero, S. D., Hernández, H., González-Gómez, R., Legaz, A., Fittipaldi, S., de Paula França Resende, E., Duran-Aniotz, C., Ávila-Funes, J. A., Behrens, M. I., Bruno, M. A., Cardona, J. F., Custodio, N., García, A. M., Godoy, M. E., Hu, K., Lanata, S., Lawlor, B., Lopera, F., ... Ibañez, A. (2025). Social exposome and brain health outcomes of dementia across Latin America. *Nature Communications*, 16, 8196. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-63277-6>
- Miller, G. E., Chen, E., & Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959–997.
<https://doi.org/10.1037/a0024768>

Ministério da Saúde [MS], Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas (2008). *Manual de atenção à mulher no climatério / menopausa*. Recuperado de

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf

Moguilner, S., Báez, S., Hernández, H., Migeot, J., Legaz, A., González-Gómez, R., Farina, F. R., Prado, P., Cuadros, J., Tagliazucchi, E., Altschuler, F., Maito, M. A., Godoy, M. E., Cruzat, J., Valdés-Sosa, P. A., Lopera, F., Ochoa-Gómez, J. F., González Hernández, A., Bonilla-Santos, J.,... Ibañez, A. (2024). Brain clocks capture diversity and disparities in aging and dementia across geographically diverse populations. *Nat. Med.* 30, 3646–3657. <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03209-x>

Mosconi, L. (2020). *The XX brain: the groundbreaking science empowering women to maximize cognitive health and prevent Alzheimer's disease*. Avery.

Mosconi, L., Berti, V., Dyke, J., Schelbaum, E., Jett, S., Loughlin, L., Jang, G., Rahman, A., Hristov, H., Pahlajani, S., Andrews, R., Matthews, D., Etingin, O., Ganzer, C., de León, M., Isaacson, R., & Brinton, R. D. (2021). Menopause impacts human brain structure, connectivity, energy metabolism, and amyloid-beta deposition. *Sci. Rep.*, 11, 10867. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90084-y>

Mosconi, L., Nerattini, M., Williams, S., & Fink, M. (2025). New Horizons in Menopause, Menopausal Hormone Therapy, and Alzheimer's Disease: Current Insights and Future Directions. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 110(4), 911–921. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaf026>

Mosconi, L., Rahman, A., Diaz, I., Wu, X., Scheyer, O., Hristov, H. W., Vallabhajosula, S., Isaacson, R. S., de León, M. J., & Brinton, R. D. (2018). Increased Alzheimer's risk during the menopause transition: A 3-year longitudinal brain imaging study. *PLoS ONE*, 13(12), e0207885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207885>

- Mrejen, M., Nunes, L., & Giacomini, K. C. (2023). *Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado?* (Estudo Institucional nº 10). Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Recuperado de https://ieps.org.br/sdc_download/13417/?key=r2mwkyb3x388991mqynst1bgvpsh6
- Nespolo, J. M., Bordin, R., Bernartt, M. de L., & de Gouvêa, A. (2024). Envelhecimento populacional: Um estudo da rede global cidades e comunidades amigáveis à pessoa idosa. *Observatório de la Economía Latinoamericana*, 22(7), e5562
<https://doi.org/10.55905/oelv22n7-012>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. Recuperado de https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1996). *Research on the menopause in the 1990s: Report of a WHO scientific group*. World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41841>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1 de Octubre de 2025). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pan, Z., Wen, S., Qiao, X., Yang, M., Shen, X., & Xu, L. (2022). Different regimens of menopausal hormone therapy for improving sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 29(5), 627–635.
<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001945>

- Pereira de Souza, J., Milani Rodrigues, S., Pereira de Souza, G., de Lima Pinto, R., & Viana, K. E. (2022). A percepção da mulher sobre o período do climatério e menopausa. *Research, Society and Development*, 11(17), e222111739225.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.39225>
- del Prado, M., Fuenzalida, A., Jara, D., Figueroa, R., Flores, D., & Blumel, J. E. (2008). Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS. *Revista Médica de Chile*, 136(12), 1511–1517. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872008001200002>
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271–276.
<https://doi.org/10.2466/PMS.8.7.271-276>
- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Presses Universitaires de France.
- Rubinow, D. R., & Schmidt, P. J. (2019). Sex differences and the neurobiology of affective disorders. *Neuropsychopharmacology*, 44(1), 111–128.
<https://doi.org/10.1038/s41386-018-0148-z>
- Russell, J. K., Jones, C. K., & Newhouse, P. A. (2019). The role of estrogens in brain and cognitive aging. *Neurotherapeutics*, 16, 649–665. <https://doi.org/10.1007/s13311-019-00766-9>
- Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2021). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 497–515. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.001>
- da Silva Assunção, D. F., Kirzner Pires, D. H., de Lima Barreto, E., de Azevedo Gonçalves, F., & da Silva Dias, R. (2017). Qualidade de vida de mulheres climatéricas. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med.*, 15(2), 80-83. Recuperado de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875548/152_80-83.pdf

- Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, 140(3), 774–815. <https://doi.org/10.1037/a0035302>
- Sochocka, M., Karska, J., Pszczołowska, M., Ochnik, M., Fułek, M., Fułek, K., Kurpas, D., Chojdak-Łukasiewicz, J., Rosner-Tenerowicz, A., & Leszek, J. (2023). Cognitive Decline in Early and Premature Menopause. *International Journal of Molecular Sciences*, 24, 6566. <https://doi.org/10.3390/ijms24076566>
- de Souza Santos, A., Brito Moreira, A., & Ribeiro de Souza, M. L. (2023). Prevalência e severidade de sintomas em mulheres na menopausa: um estudo descritivo. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 18, e72182. <https://doi.org/10.12957/demetra.2023.72182>
- de Souza Soares, G. R., Chaves Sá, S. P., Andrade Silva, R. M. C. R., Oliveira Souza, I. E., Garcia Penna, L. H., & Zveiter, M. (2018). O conhecimento produzido acerca de climatério, família e envelhecimento. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, e32588. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.32588>
- de Souza, S. S., dos Santos, R. L., Ferreira dos Santos, A. D., de Oliveira Barbosa, M., Lemos, I. C. S., & Sousa Machado, M. F. A. (2017). Mulher e climatério: concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde. *Reprodução & Climatério*, 32(2), 85-89. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2017.01.001>
- Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., Ewers, M., Franzmeier, N., Kempermann, G., Kremen, W., Okonkwo, O., Scarmeas, N., Soldan, A., Udeh-Momoh, C., Valenzuela, M., Vemuri, P., Vuoksimaa, E., & the Reserve, Resilience and Protective Factors PIA Empirical Definitions and Conceptual Frameworks Workgroup (2018). Whitepaper: Defining and investigating

cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's Dement.*, 16(9), 1305–1311. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.219>

Teixeira Lima, L. de P. P., Almeida da Silva, A., Leiter Knaier, S. E., Carvalho Assunção, I., Marçon Amed, J. P., Franchini Maldonado, C., dos Santos, J. C. C., & Stangherlin, L. (2024). Insomnia and the menopause: Where are we and where are we going?

Research, Society and Development, 13(1), e3613144523

<https://doi.org/10.33448/rsd-v13i1.44523>

Thurston, R. C. (2018). Vasomotor symptoms: Natural history, physiology, and links with cardiovascular health. *Climacteric*, 21(2), 96–100.

<https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1430131>

Weber, M. T., Rubin, L. H., Schroeder, R., Steffenella, T., & Maki, P. M. (2021). Cognitive profiles in perimenopause: hormonal and menopausal symptoms correlates.

Climacteric, 24(4), 401–407. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1892626>

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Artmed.

APÉNDICES

Apêndice A: Questionário de Autopercepção Sobre Sintomas do Climatério

Este questionário faz parte de uma pesquisa de mestrado para um estudo exploratório desenvolvido para compor a tese do Curso de Mestrado em Neuropsicologia pela Universidade de Flores (UFLO), Buenos Aires, Argentina.

A pesquisa está sendo conduzida por Eliana de Agostini Rolim, psicóloga e neuropsicóloga, mestranda em neuropsicologia. O objetivo é investigar os sintomas físicos, emocionais e cognitivos em mulheres do município de São Paulo no climatério, com idades entre 40 e 65 anos. Sua participação é voluntária e você pode desistir a qualquer momento, sem prejuízo. Todas as informações fornecidas serão confidenciais e anônimas. Os resultados serão apresentados apenas de forma global e poderão ser divulgados em artigos científicos e eventos acadêmicos, garantindo sempre a preservação da identidade das participantes.

A pesquisa contribuirá para uma melhor compreensão das mudanças neuropsicológicas no climatério, auxiliando profissionais de saúde a propor intervenções mais eficazes.

Seção 1: Dados Sociodemográficos

Idade

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ menos 39 anos | ☐ 51 a 55 anos |
| ☐ 40 a 45 anos | ☐ 56 a 60 anos |
| ☐ 46 a 50 anos | ☐ 61 a 65 anos |

Atualmente você mora na município de São Paulo (capital)?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Sim | ☐ Não |
|------------------------------|------------------------------|

Há quanto tempo você mora na município de São Paulo?

- | | |
|--|---|
| ☐ Desde que nasci | ☐ De 6 a 10 anos |
| ☐ Mais de 20 anos | ☐ De 1 a 5 anos |
| ☐ De 11 a 20 anos | |

Em qual região da município de São Paulo você mora atualmente?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Zona Norte | ☐ Zona Oeste |
| ☐ Zona Sul | ☐ Centro |
| ☐ Zona Leste | |

Qual sua cidade de origem ou naturalidade?

- | | |
|--|---|
| ☐ São Paulo (Capital) | ☐ Outro Estado do Brasil |
| ☐ Interior de São Paulo | ☐ Outro país |

Quantos filhos você tem?

- ☐ Não tenho filhos
- ☐ 1 filho

- ☐ 2 filhos
- ☐ 3 filhos ou mais filhos

Grau de Escolaridade:

- ☐ Ensino fundamental
- ☐ Ensino médio
- ☐ Graduação

- ☐ Pós-graduação
- ☐ Mestrado ou doutorado

Estado Civil

- ☐ Solteira
- ☐ Casada (união estável ou vivem juntos)

- ☐ Viúva
- ☐ Divorciada

Qual sua profissão (evite abreviações)

Qual sua situação atual de trabalho?

- ☐ Trabalho de carteira assinada
- ☐ Trabalho como autônoma
- ☐ Aposentada

- ☐ Dona de casa
- ☐ Estudante
- ☐ Outra

Quantas pessoas moram atualmente com você na mesma casa? (Inclua todas as pessoas que vivem com você, mesmo que não sejam da sua família)

- ☐ Moro sozinha
- ☐ 2 pessoas
- ☐ 3 pessoas

- ☐ 4 pessoas
- ☐ 5 ou mais pessoas

Qual é a renda familiar mensal total? (soma das rendas das pessoas que moram com você)

- ☐ Menos de 1 salário mínimo
- ☐ De 1 a 2 salários mínimos
- ☐ De 3 a 5 salários mínimos

- ☐ De 6 a 10 salários mínimos
- ☐ Mais de 10 salários mínimos
- ☐ Prefiro não responder

Como você costuma acessar os serviços de saúde?

- ☐ Apenas pelo SUS
- ☐ Por convênio médico (plano de saúde)
- ☐ Apenas por consultas particulares

Seção 2: Condições de Saúde Geral e Ginecológica***Quais dessas condições de saúde você foi diagnosticada? Selecione todas, que se aplicam e sua respectiva duração (arraste para o lado para visualizar o tempo do diagnóstico)***

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ Entre 1 ano e 5 anos
- ☐ Entre 6 e 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos
- ☐ Não tive esse diagnóstico
- ☐ Osteoporose ou osteopenia
- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Diabetes tipo 2
- ☐ Distúrbios da tireoide (hipotireoidismo, hipertireoidismo, etc.)
- ☐ Depressão ou transtorno de ansiedade
- ☐ Síndrome metabólica (colesterol alto, resistência à insulina, obesidade abdominal, etc.)
- ☐ Insônia crônica ou distúrbios do sono

- ☐ Artrite ou outras doenças articulares
- ☐ Doenças cardiovasculares (como doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, etc.)
- ☐ Câncer de mama
- ☐ Outros tipos de câncer ou tumor
- ☐ Endometriose e adenomiose
- ☐ Doença neurológica (epilepsia, AVC, entre outras)
- ☐ Osteoporose ou osteopenia
- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Diabetes tipo 2
- ☐ Distúrbios da tireoide (hipotireoidismo, hipertireoidismo, etc.)
- ☐ Depressão ou transtorno de ansiedade

- | | |
|---|--|
| ☐ Síndrome metabólica (colesterol alto, resistência à insulina, obesidade abdominal, etc.) | ☐ Artrite ou outras doenças articulares |
| ☐ Insônia crônica ou distúrbios do sono | ☐ Doenças cardiovasculares (como doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, etc.) |

Qual foi a idade da sua primeira menstruação?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Antes dos 10 anos | ☐ 15 anos |
| ☐ 11 a 13 anos | ☐ Após 15 anos |
| ☐ 14 anos | |

Você ainda tem menstruação?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Sim | ☐ Não |
|------------------------------|------------------------------|

Com que idade você parou de menstruar***Qual é a frequência da sua rotina médica com ginecologista***

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ 1x ao ano | ☐ A cada dois anos |
| ☐ 2x ao ano | ☐ Não tem frequência certa |

Seção 3: Tratamento Hormonal***Você já realizou tratamento hormonal durante alguma fase da sua vida?***

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Sim | ☐ Não |
|------------------------------|------------------------------|

Para qual situação necessitou?

- | | |
|---|--|
| ☐ Métodos anticoncepcionais | ☐ Reposição hormonal |
| ☐ Tratamento de endometriose | ☐ Fertilização in vitro |
| ☐ Síndrome de ovários policísticos | |

Você já buscou informações sobre os sinais e sintomas dessa fase da menopausa?

- | | |
|--|---|
| ☐ Sempre busco informações. | ☐ Raramente busco informações. |
| ☐ Frequentemente busco informações. | ☐ Nunca busquei informações. |
| ☐ Às vezes busco informações | |

Seção 4: Sintomas Físicos***No momento atual da sua vida quais são os sintomas físicos que você apresenta? Marque todas as opções que se aplicam (arraste para o lado para visualizar todas as colunas.***

- | | |
|---|--|
| ☐ 0 - Nenhum Impacto | ☐ 6 |
| ☐ 1 | ☐ 7 |
| ☐ 2 | ☐ 8 |
| ☐ 3 | ☐ 9 |
| ☐ 4 | ☐ 10 - Impacto Extremamente Intenso |
| ☐ 5 | |

- | | |
|---|--|
| ☐ Ondas de calor | ☐ Zumbido no ouvido |
| ☐ Dores musculares | ☐ Dores de cabeça |
| ☐ Ressecamento da pele | ☐ Outros |

Na sua percepção, os sintomas físicos que tem apresentado neste período da sua vida têm alguma relação com mudanças hormonais?

- | | |
|---|---|
| ☐ Sim, acredito que estejam relacionados | ☐ Não, acredito que não estejam relacionados |
| ☐ Talvez, mas não tenho certeza. | ☐ Nunca pensei sobre isso |

Como você avalia a intensidade da sua sudorese noturna?

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ Nenhuma – Não tenho sudorese noturna | ☐ Leve |
|---|-------------------------------|

- ☐ Moderada ☐ Muito intensa
☐ Intensa

Como você avalia a qualidade do seu sono durante as mudanças que estão ocorrendo na sua vida?

- ☐ Ótimo ☐ Ruim
☐ Bom ☐ Péssimo
☐ Regular

Você percebeu mudanças no desejo sexual?

- ☐ Sim ☐ Indiferente
☐ Não

Se percebeu mudanças no desejo sexual, quais foram os principais desafios? Aplique todas que se encaixam

- ☐ Diminuição da libido ☐ Alterações no desejo do parceiro(a)
☐ Ressecamento vaginal ou dor durante o sexo ☐ Mudanças na autoimagem e autoestima

Experimentou ganho de peso?

- ☐ Sim ☐ Não percebi mudanças
☐ Não

Você experimentou dores articulares ou musculares?

- ☐ Sim ☐ Não percebi mudanças
☐ Não

Seção 5: Sintomas Cognitivos

Como você avalia as mudanças na sua memória ou capacidade de concentração durante essa fase da sua vida?

- ☐ Ótima ☐ Ruim
☐ Boa ☐ Péssima
☐ Regular

Como você avalia as dificuldades em planejar atividades ou completar tarefas diárias, como organizar sua agenda ou lembrar compromissos?

- ☐ Não tenho nenhuma dificuldade ☐ Tenho bastante dificuldade
☐ Tenho pouca dificuldade ☐ Tenho muita dificuldade, isso afeta minha rotina diária
☐ Tenho alguma dificuldade

Você teve dificuldade em tomar decisões ou resolver problemas simples?

- ☐ Não tive nenhuma dificuldade. ☐ Tive bastante dificuldade
☐ Tive pouca dificuldade ☐ Tive muita dificuldade, isso impactou significativamente minha rotina
☐ Tive alguma dificuldade

Você percebeu que está levando mais tempo para compreender ou responder questionamentos e informações? Por exemplo, para entender uma conversa ou tomar decisões baseadas em informações recebidas.

- ☐ Não percebi nenhuma mudança ☐ Tenho bastante dificuldade
☐ Percebi uma leve mudança ☐ Tenho muita dificuldade
☐ Notei alguma dificuldade

Qual o seu nível de preocupação em relação a possíveis mudanças na sua capacidade de cognição, como memória, atenção e concentração?

- ☐ Nenhuma preocupação ☐ Muita preocupação
☐ Pouca preocupação ☐ Preocupação extrema, isso afeta meu bem-estar.
☐ Preocupação moderada

De que forma as mudanças na sua memória, atenção ou raciocínio afetaram o seu dia a dia?

- | | |
|---|---|
| ☐ Nenhum impacto | ☐ Grande impacto |
| ☐ Pouco impacto | ☐ Impacto muito grande |
| ☐ Impacto moderado | |

Seção 6: Emoções e Humor

Durante este período da sua vida, você tem sentido tristeza persistente ou perdido o interesse em atividades que costumava gostar?

- | | |
|---|--|
| ☐ Não apresentou esses sintomas | ☐ Apresentei sintomas muito intensos, que afetaram significativamente minha qualidade de vida |
| ☐ Apresentei sintomas leves | |
| ☐ Apresentei sintomas moderados | |
| ☐ Apresentei sintomas frequentes | |

Durante esse período agora, você apresentou sintomas de ansiedade, como nervosismo excessivo, preocupação constante ou dificuldade para relaxar?

- | | |
|---|--|
| ☐ Não apresentou esses sintomas | ☐ Apresentei sintomas muito intensos, que afetaram significativamente minha qualidade de vida |
| ☐ Apresentei sintomas leves | |
| ☐ Apresentei sintomas moderados | |
| ☐ Apresentei sintomas frequentes | |

Durante esta fase da sua vida, como tem sido seu nível de irritabilidade e impaciência?

- | | |
|---|---|
| ☐ Não percebi aumento | ☐ Percebi um aumento muito intenso, que prejudica significativamente minha qualidade de vida |
| ☐ Percebi um leve aumento | |
| ☐ Percebi um aumento moderado | |
| ☐ Percebi um aumento frequente | |

Nesta fase da sua vida, você percebe alguma mudança na sua vida social ou profissional, como na sua disposição para interações ou na sua concentração no trabalho?

- | | |
|--|---|
| ☐ Não teve nenhum impacto | ☐ Impacto muito intenso, prejudicando significativamente minha vida social ou profissional |
| ☐ Impacto leve | |
| ☐ Impacto moderado | |
| ☐ Impacto frequente | |

Você sabe em qual fase da transição para a menopausa está? Selecione a opção que melhor descreve sua situação atual.

- | | |
|--|---|
| ☐ Não sei em que fase estou | ☐ Já faz 12 meses ou mais que minha menstruação parou completamente (menopausa confirmada) |
| ☐ Ainda menstruo regularmente, mas já percebo algumas mudanças no meu corpo (perimenopausa inicial) | ☐ Já passei da menopausa há mais de um ano (pós-menopausa) |
| ☐ Minha menstruação está irregular, algumas vezes falha por meses (transição menopausal) | |

Você percebeu alguma mudança na sua autoestima devido a alterações no seu corpo nesta fase da vida?

- | | |
|--|---|
| ☐ Não tive nenhum impacto | ☐ Tive um impacto muito grande, afetando significativamente minha autoestima |
| ☐ Tive pouco impacto | |
| ☐ Tive impacto moderado | |
| ☐ Tive grande impacto | |

Seção 7: Informações e Apoio

Você já participou de algum curso, mentoria, grupo de apoio ou comunidade voltada para mulheres que estão passando por mudanças hormonais da menopausa?

- | | |
|---|---|
| ☐ Sim, participei de um curso ou mentoria | ☐ Sim, participei de ambos (curso/mentoria e grupo/comunidade) |
| ☐ Sim, participei de um grupo de apoio ou comunidade | ☐ Não, mas tenho interesse |
| | ☐ Não, e não tenho interesse |

Você sente que tem informações suficientes sobre a menopausa e as mudanças que ocorrem nesse período ?

- | | |
|---|---|
| ☐ Sim, tenho bastante informação | ☐ Tenho poucas informações e gostaria de aprender mais |
| ☐ Tenho alguma informação, mas sinto que falta mais esclarecimento | ☐ Não tenho nenhuma informação sobre isso |

Onde você costuma buscar informações sobre menopausa e mudanças hormonais?

Assinale todas as alternativas que se aplicam.

- | | |
|--|--|
| ☐ Profissionais de saúde (médico, psicólogo, nutricionista) | ☐ Cursos, mentorias ou grupos de apoio |
| ☐ Internet e redes sociais | ☐ Não costumo buscar informações sobre o tema |
| ☐ Amigos e familiares | |

Agradecimento Final

Obrigada pela sua participação. Sua colaboração será essencial para o avanço das pesquisas sobre a saúde das mulheres no climatério

Apéndice B: Cuestionario de Autopercepción Sobre Síntomas del Climaterio

La siguiente versión corresponde a una traducción del cuestionario original aplicado en portugués. Se presenta únicamente con fines de comprensión del contenido y no fue utilizada como instrumento de recolección de datos.

Este cuestionario forma parte de una investigación de maestría correspondiente a un estudio exploratorio desarrollado en el marco de la Maestría en Neuropsicología de la Universidad de Flores (UFLO), Buenos Aires, Argentina

La investigación está siendo llevada a cabo por Eliana de Agostini Rolim, psicóloga y neuropsicóloga, maestranda en neuropsicología.

El objetivo del estudio es investigar los síntomas físicos, emocionales y cognitivos en mujeres residentes en la ciudad de São Paulo durante el período del climaterio, con edades comprendidas entre 40 y 65 años.

Su participación es voluntaria y puede desistir en cualquier momento, sin ningún tipo de perjuicio. Toda la información proporcionada será confidencial y anónima. Los resultados serán presentados únicamente de forma global y podrán ser divulgados en artículos científicos y eventos académicos, garantizando siempre la preservación de la identidad de las participantes.

La investigación contribuirá a una mejor comprensión de los cambios neuropsicológicos en el climaterio, favoreciendo el desarrollo de intervenciones más eficaces por parte de los profesionales de la salud.

Sección 1: Datos Sociodemográficos

Edad:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Menos de 39 años | ☐ 51 a 55 años |
| ☐ 40 a 45 años | ☐ 56 a 60 años |
| ☐ 46 a 50 años | ☐ 61 a 65 años |

¿Actualmente reside en el municipio de São Paulo (capital)?

- ☐ Sí
☐ No

¿Hace cuánto tiempo reside en el municipio de São Paulo?

- | | |
|--|---|
| ☐ Desde que nací | ☐ De 6 a 10 años |
| ☐ Más de 20 años | ☐ De 1 a 5 años |
| ☐ De 11 a 20 años | |

¿En qué región del municipio de São Paulo reside actualmente?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Zona Norte | ☐ Zona Oeste |
| ☐ Zona Sur | ☐ Centro |
| ☐ Zona Este | |

¿Cuál es su ciudad de origen o lugar de nacimiento?

- | | |
|---|--|
| ☐ São Paulo (capital) | ☐ Otro estado de Brasil |
| ☐ Interior del estado de São Paulo | ☐ Otro país |

¿Cuántos hijos tiene?

- | | |
|---|--|
| ☐ No tengo hijos | ☐ 2 hijos |
| ☐ 1 hijo | ☐ 3 o más hijos |

Nivel educativo:

- | | |
|--|---|
| ☐ Educación primaria | ☐ Estudios de posgrado |
| ☐ Educación secundaria | ☐ Maestría o doctorado |
| ☐ Estudios universitarios (grado) | |

Estado civil:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ Soltera | ☐ Viuda |
| ☐ Casada (unión estable o convivencia) | ☐ Divorciada |

¿Cuál es su profesión? (Evite abreviaciones)

¿Cuál es su situación laboral actual?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Trabajo formal (con contrato registrado) | ☐ Ama de casa |
| ☐ Trabajo autónomo | ☐ Estudiante |
| ☐ Jubilada | ☐ Otra |

¿Cuántas personas viven actualmente con usted en el mismo hogar? (Incluya a todas las personas que viven con usted, aunque no sean familiares)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Vivo sola | ☐ 4 personas |
| ☐ 2 personas | ☐ 5 o más personas |
| ☐ 3 personas | |

¿Cuál es el ingreso familiar mensual total? (Suma de los ingresos de todas las personas que viven con usted)

- | | |
|--|---|
| ☐ Menos de 1 salario mínimo | ☐ De 6 a 10 salarios mínimos |
| ☐ De 1 a 2 salarios mínimos | ☐ Más de 10 salarios mínimos |
| ☐ De 3 a 5 salarios mínimos | ☐ Prefiero no responder |

¿Cómo suele acceder a los servicios de salud?

- | | |
|---|---|
| ☐ Exclusivamente a través del sistema público de salud (SUS) | ☐ Exclusivamente mediante consultas privadas |
| ☐ A través de seguro médico (plan de salud) | |

Sección 2: Condiciones de Salud General y Ginecológica

¿Con cuáles de las siguientes condiciones de salud ha sido diagnosticada? Seleccione todas las opciones que correspondan e indique la duración del diagnóstico (deslice hacia el lado para visualizar el tiempo)

- | | |
|---|---|
| ☐ Menos de 1 año | ☐ Entre 1 y 5 años |
|---|---|

- | | |
|---|---|
| ☐ Entre 6 y 10 años | ☐ Insomnio crónico o trastornos del sueño |
| ☐ Más de 10 años | ☐ Artritis u otras enfermedades articulares |
| ☐ No he tenido este diagnóstico | ☐ Enfermedades cardiovasculares (como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, entre otras) |
| ☐ Osteoporosis u osteopenia | ☐ Cáncer de mama |
| ☐ Hipertensión arterial | ☐ Otros tipos de cáncer o tumores |
| ☐ Diabetes tipo 2 | ☐ Endometriosis o adenomiosis |
| ☐ Trastornos tiroideos (hipotiroidismo, hipertiroidismo, entre otros) | ☐ Enfermedad neurológica (epilepsia, ACV, entre otras) |
| ☐ Depresión o trastorno de ansiedad | |
| ☐ Síndrome metabólico (colesterol elevado, resistencia a la insulina, obesidad abdominal, entre otros) | |

¿A qué edad tuvo su primera menstruación (menarca)?

- | | |
|---|---|
| ☐ Antes de los 10 años | ☐ 15 años |
| ☐ Entre 11 y 13 años | ☐ Después de los 15 años |
| ☐ 14 años | |

¿Actualmente menstrúa?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|

¿A qué edad dejó de menstruar?

¿Con qué frecuencia realiza controles ginecológicos?

- | | |
|---|---|
| ☐ Una vez al año | ☐ Cada dos años |
| ☐ Dos veces al año | ☐ No tiene una frecuencia definida |

¿Ha realizado tratamiento hormonal en alguna etapa de su vida?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Sección 3: Tratamiento Hormonal

¿Para qué situación necesitó tratamiento hormonal? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| ☐ Métodos anticonceptivos | ☐ Terapia de reemplazo hormonal |
| ☐ Tratamiento de endometriosis | ☐ Fertilización in vitro |
| ☐ Síndrome de ovario poliquístico | |

¿Ha buscado información sobre los signos y síntomas de la menopausia?

- | | |
|---|---|
| ☐ Siempre busco información | ☐ Raramente busco información |
| ☐ Frecuentemente busco información | ☐ Nunca he buscado información |
| ☐ A veces busco información | |

Sección 4: Síntomas Físicos

En el momento actual de su vida, ¿qué síntomas físicos presenta? Marque todas las opciones que correspondan e indique la intensidad (escala de 0 a 10)

- | | |
|---|--|
| ☐ 0 – Ningún Impacto | ☐ 6 |
| ☐ 1 | ☐ 7 |
| ☐ 2 | ☐ 8 |
| ☐ 3 | ☐ 9 |
| ☐ 4 | ☐ 10 - Impacto Extremamente Intenso |
| ☐ 5 | |

- ☐ Sofocos (oleadas de calor)
- ☐ Dolores musculares
- ☐ Sequedad de la piel

- ☐ Zumbido en los oídos
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Otros

En su percepción, los síntomas físicos que ha presentado en este período de su vida, ¿tienen relación con cambios hormonales?

- ☐ Sí, creo que están relacionados
- ☐ Tal vez, pero no estoy segura
- ☐ No, creo que no están relacionados
- ☐ Nunca lo había pensado

¿Cómo evalúa la intensidad de su sudoración nocturna?

- ☐ Ninguna (no presentó sudoración nocturna)
- ☐ Leve
- ☐ Moderada
- ☐ Intensa
- ☐ Muy intensa

¿Cómo evalúa la calidad de su sueño durante los cambios que están ocurriendo en su vida?

- ☐ Excelente
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

¿Ha percibido cambios en el deseo sexual?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Indiferente

Si percibió cambios en el deseo sexual, ¿cuáles fueron los principales desafíos?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Disminución de la libido
- ☐ Sequedad vaginal o dolor durante las relaciones sexuales
- ☐ Cambios en el deseo de la pareja
- ☐ Cambios en la autoimagen y la autoestima

¿Ha experimentado aumento de peso?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No percibí cambios

¿Ha experimentado dolores articulares ou musculares?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No percibí cambios

Sección 5: Síntomas Cognitivos

¿Cómo evalúa los cambios en su memoria o en su capacidad de concentración durante esta etapa de su vida?

- ☐ Excelente
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

¿Cómo evalúa las dificultades para planificar actividades o completar tareas diarias, como organizar su agenda o recordar compromisos?

- ☐ No tengo ninguna dificultad
- ☐ Tengo poca dificultad
- ☐ Tengo alguna dificultad
- ☐ Tengo bastante dificultad
- ☐ Tengo mucha dificultad; esto afecta mi rutina diaria

¿Ha tenido dificultad para tomar decisiones o resolver problemas simples?

- ☐ No he tenido ninguna dificultad
- ☐ He tenido poca dificultad
- ☐ He tenido bastante dificultad
- ☐ He tenido alguna dificultad
- ☐ He tenido mucha dificultad; esto ha impactado significativamente mi rutina

¿Ha percibido que está tardando más tiempo en comprender o responder preguntas e información? (Por ejemplo, para entender una conversación o tomar decisiones basadas en información recibida)

- | | |
|--|--|
| ☐ No he percibido ningún cambio | ☐ Tengo bastante dificultad |
| ☐ He percibido un leve cambio | ☐ Tengo mucha dificultad |
| ☐ He notado alguna dificultad | |

¿Cuál es su nivel de preocupación en relación con posibles cambios en su capacidad cognitiva (memoria, atención y concentración)?

- | | |
|--|---|
| ☐ Ninguna preocupación | ☐ Mucha preocupación |
| ☐ Poca preocupación | ☐ Preocupación extrema; esto afecta mi bienestar |
| ☐ Preocupación moderada | |

¿De qué manera los cambios en su memoria, atención o razonamiento han afectado su vida diaria?

- | | |
|---|---|
| ☐ Ningún impacto | ☐ Gran impacto |
| ☐ Poco impacto | ☐ Impacto muy grande |
| ☐ Impacto moderado | |

Sección 6: Emociones y Estado de Ánimo

Durante este período de su vida, ¿ha experimentado tristeza persistente o pérdida de interés en actividades que solía disfrutar?

- | | |
|--|--|
| ☐ No he presentado estos síntomas | ☐ He presentado síntomas muy intensos, que han afectado significativamente mi calidad de vida |
| ☐ He presentado síntomas leves | |
| ☐ He presentado síntomas moderados | |
| ☐ He presentado síntomas frecuentes | |

Durante este período, ¿ha presentado síntomas de ansiedad, como nerviosismo excesivo, preocupación constante o dificultad para relajarse?

- | | |
|--|--|
| ☐ No he presentado estos síntomas | ☐ He presentado síntomas muy intensos, que han afectado significativamente mi calidad de vida |
| ☐ He presentado síntomas leves | |
| ☐ He presentado síntomas moderados | |
| ☐ He presentado síntomas frecuentes | |

Durante esta etapa de su vida, ¿cómo ha sido su nivel de irritabilidad o impaciencia?

- | | |
|--|--|
| ☐ No he percibido aumento | ☐ He percibido un aumento muy intenso, que afecta significativamente mi calidad de vida |
| ☐ He percibido un leve aumento | |
| ☐ He percibido un aumento moderado | |
| ☐ He percibido un aumento frecuente | |

En esta etapa de su vida, ¿ha percibido cambios en su vida social o profesional, como en su disposición para interactuar o en su concentración en el trabajo?

- | | |
|--|--|
| ☐ No ha habido ningún impacto | ☐ Impacto muy intenso, que afecta significativamente mi vida social o profesional |
| ☐ Impacto leve | |
| ☐ Impacto moderado | |
| ☐ Impacto frecuente | |

¿Sabe en qué etapa de la transición hacia la menopausia se encuentra? (Seleccione la opción que mejor describa su situación actual)

- | | |
|---|---|
| ☐ No sé en qué etapa me encuentro | ☐ Mi menstruación es irregular y a veces se ausenta por meses (transición menopáusica) |
| ☐ Aún menstruo regularmente, pero ya percibo algunos cambios en mi cuerpo (perimenopausia inicial) | |

- ☐ Hace 12 meses o más que mi menstruación se detuvo completamente (menopausia confirmada)

- ☐ Ya he pasado la menopausia hace más de un año (posmenopausia)

¿Ha percibido cambios en su autoestima debido a alteraciones en su cuerpo durante esta etapa de su vida?

- ☐ No he tenido ningún impacto
☐ He tenido poco impacto
☐ He tenido un impacto moderado
☐ He tenido un gran impacto

- ☐ He tenido un impacto muy grande, que ha afectado significativamente mi autoestima

Información y Apoyo

¿Ha participado en algún curso, mentoría, grupo de apoyo o comunidad dirigida a mujeres que están atravesando cambios hormonales relacionados con la menopausia?

- ☐ Sí, participé en un curso o mentoría
☐ Sí, participé en un grupo de apoyo o comunidad

- ☐ Sí, participé en ambos (curso/mentoría y grupo/comunidad)
☐ No, pero tengo interés
☐ No, y no tengo interés

¿Considera que cuenta con información suficiente sobre la menopausia y los cambios que ocurren en esta etapa?

- ☐ Sí, tengo bastante información
☐ Tengo alguna información, pero considero que necesito más claridad

- ☐ Tengo poca información y me gustaría aprender más
☐ No tengo ninguna información sobre el tema

¿Dónde suele buscar información sobre la menopausia y los cambios hormonales? (Puede seleccionar más de una opción)

- ☐ Profesionales de la salud (médico, psicólogo, nutricionista)
☐ Internet y redes sociales
☐ Amigos y familiares

- ☐ Cursos, mentorías o grupos de apoyo
☐ No suelo buscar información sobre el tema

Agradecimiento final

Le agradezco su participación. Su colaboración es fundamental para el avance de la investigación sobre la salud de las mujeres en el climaterio.

Apêndice C: Término de Consentimiento Informado (Versión Original en portugués)***Descrição da Pesquisa***

Você está sendo convidada a participar de um Protocolo Breve de Avaliação Neuropsicológica, parte deste estudo que investiga as alterações cognitivas e emocionais em mulheres brasileiras no climatério. Esta avaliação será realizada presencialmente e incluirá testes padronizados para analisar aspectos como: Memória, Atenção e Funções Executivas e Humor. O processo terá duração aproximada de 1 e 30 minutos e será conduzido em ambiente adequado, garantindo seu conforto e privacidade.

Riscos e Garantias

Os riscos são mínimos e incluem um possível desconforto leve ao realizar tarefas cognitivas ou responder questões sobre seu estado emocional. Você tem o direito de interromper a avaliação a qualquer momento, sem prejuízo ou necessidade de justificativa.

Seus dados serão confidenciais e anônimos, sendo utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e apresentados de forma global, sem identificação pessoal.

Benefícios

Embora não haja benefícios diretos individuais, sua participação contribuirá para uma melhor compreensão das mudanças neuropsicológicas no climatério. Os resultados poderão auxiliar profissionais de saúde a desenvolver intervenções mais eficazes.

Declaração de Consentimento

☐ Declaro que li e compreendi as informações acima, que fui esclarecida sobre os objetivos, riscos e benefícios desta pesquisa e concordo, de forma voluntária, em participar do protocolo breve de avaliação neuropsicológica.

Caso tenha dúvidas ou interesse em saber mais sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável ou Comitê de Ética em Pesquisa Instituto de Saúde e Bem-Estar da Mulher – ISBEM Rua Pamplona, 287 – Jardim Paulista – São Paulo/SP – CEP 01405-100 - Fone: 5589-4442

Nome Completo

Assinatura da Participante

Data

Nome Completo

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Data

Apéndice D: Término de Consentimiento Informado (Versión Traducida al español)***Descripción de la investigación***

Usted está siendo invitada a participar en un Protocolo Breve de Evaluación Neuropsicológica, que forma parte de este estudio cuyo objetivo es investigar las alteraciones cognitivas y emocionales en mujeres brasileñas durante el climaterio. Esta evaluación se realizará de manera presencial e incluirá pruebas estandarizadas destinadas a analizar aspectos como memoria, atención, funciones ejecutivas y estado de ánimo. El proceso tendrá una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos y será llevado a cabo en un entorno adecuado, garantizando su comodidad y privacidad.

Riesgos y garantías

Los riesgos son mínimos e incluyen un posible malestar al realizar tareas cognitivas o responder preguntas relacionadas con su estado emocional. Usted tiene el derecho de interrumpir la evaluación en cualquier momento, sin perjuicio ni necesidad de justificación. Sus datos serán tratados de manera confidencial y anónima, siendo utilizados exclusivamente con fines académicos y presentados de forma global, sin identificación personal.

Beneficios

Aunque no existen beneficios directos individuales, su participación contribuirá a una mejor comprensión de los cambios neuropsicológicos durante el climaterio. Los resultados podrán contribuir al desarrollo de intervenciones más eficaces por parte de los profesionales de la salud.

Declaración de consentimiento

- ☐ Declaro que he leído y comprendido la información anterior, que he sido debidamente informada sobre los objetivos, riesgos y beneficios de esta investigación y que acepto participar de manera voluntaria en el protocolo breve de evaluación neuropsicológica.

En caso de dudas o si desea obtener más información sobre esta investigación, podrá comunicarse con la investigadora responsable o con el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Salud y Bienestar de la Mujer (ISBEM). Dirección: Rua Pamplona, 287 – Jardim Paulista – São Paulo/SP – CEP 01405-100 - Teléfono: (11) 5589-4442

Nombre completo

Firma de la participante

Fecha

Nombre completo

Firma de la investigadora responsable

Fecha

Apêndice E: Protocolo de Avaliação Neuropsicológica

El presente protocolo de evaluación neuropsicológica se presenta en su versión original en portugués, dado que fue el idioma de aplicación en la muestra estudiada.

Los instrumentos incluidos corresponden a pruebas estandarizadas y validadas para la población brasileña, por lo cual no fueron traducidos, a fin de preservar sus propiedades psicométricas y la validez de los resultados obtenidos.

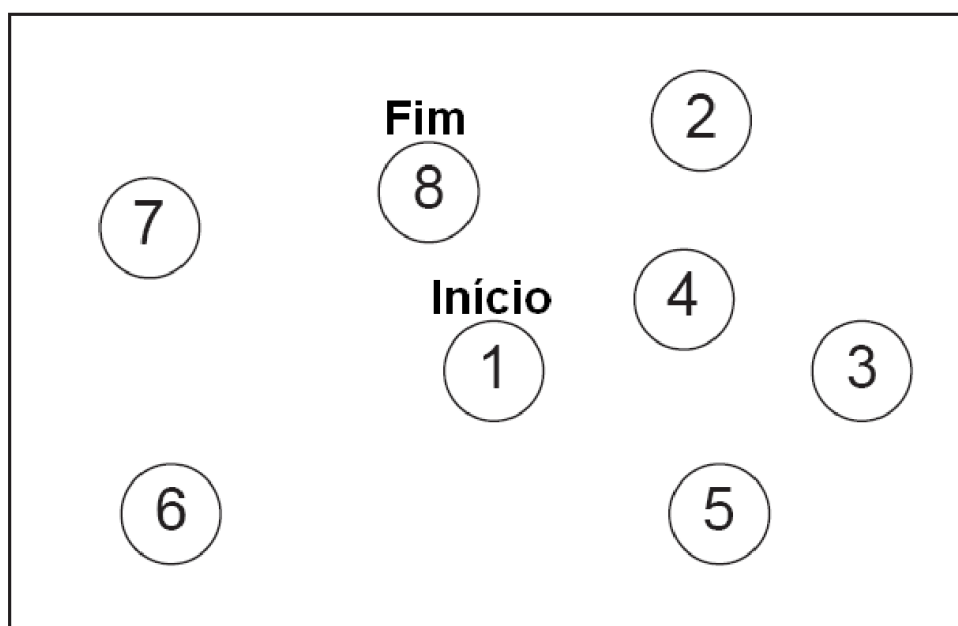
Este material se incluye con fines de documentación metodológica del procedimiento de evaluación aplicado.

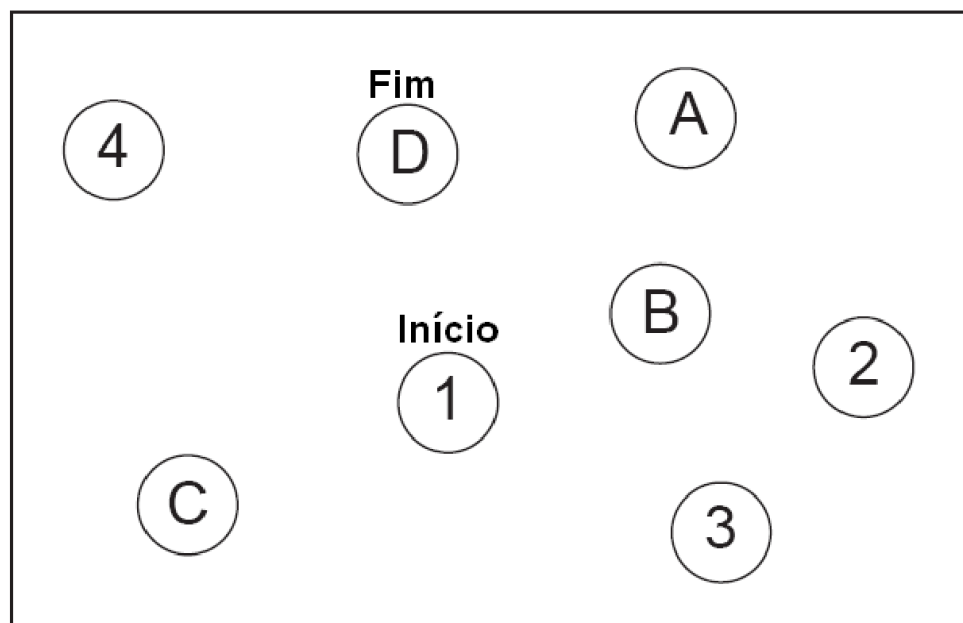
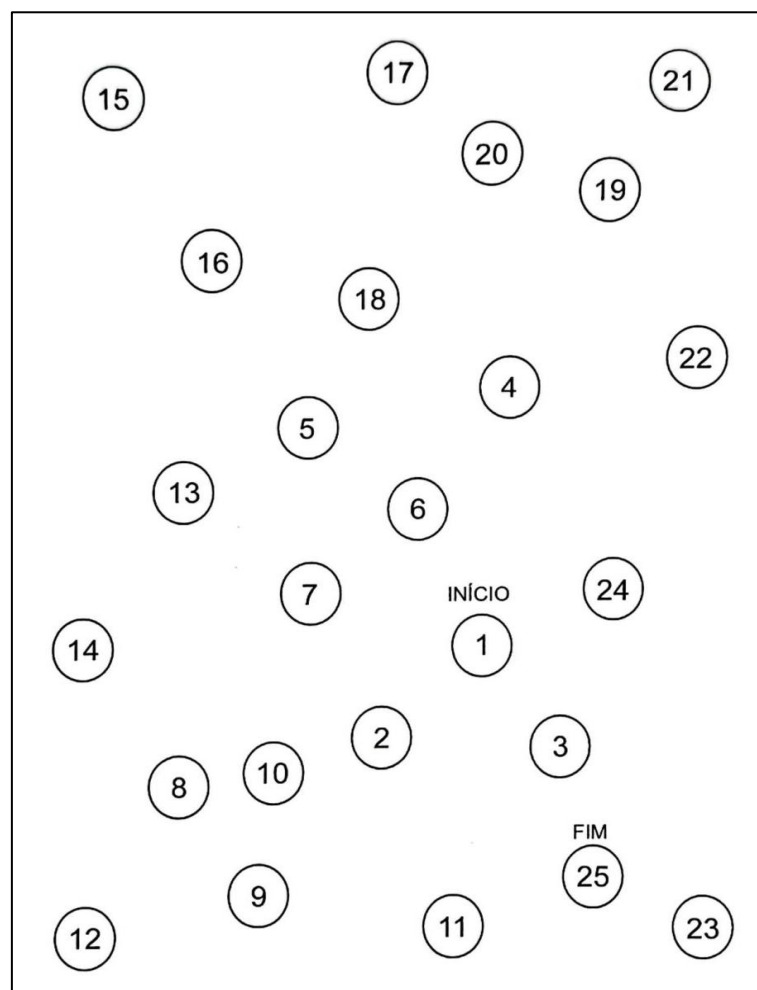
Cabe destacar que la adaptación o traducción de estos instrumentos requeriría procedimientos específicos de validación transcultural, los cuales no forman parte del alcance del presente estudio.

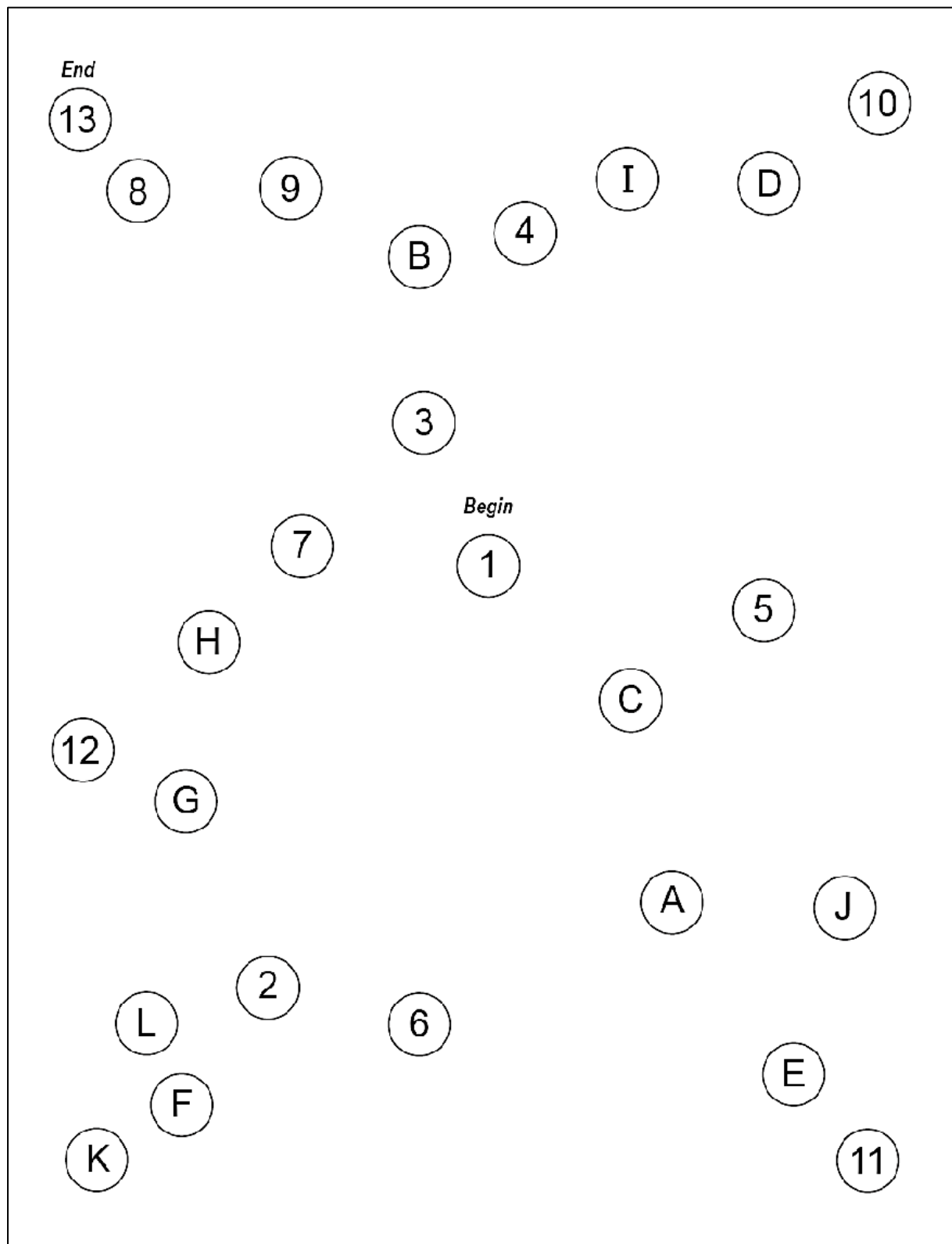
Pesquisa do Curso de Mestrado em Neuropsicologia

Trail Making Test.

Treino A.



Treino B.**Execução A.**

Execução B.

*Escalas de Humor***Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).**

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me inco- modou muito	Moderada- mente Foi muito de- sagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				
				Total

PEARSON

Copyright© 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright© 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.



© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). Vários grupos de afirmações aparecem neste questionário. Por favor, leia cada um com atenção. Em seguida, aponte qual das declarações de cada grupo melhor descreve como você se sentiu na última semana, incluindo hoje.

Se dentro do mesmo grupo, houver mais de uma declaração que você considere aplicável ao seu caso, marque-a também.

Certifique-se de ler todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a escolha, (0-1-2-3 será pontuado).

1.

- ☐ Não me sinto triste
- ☐ Sinto-me triste.
- ☐ Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo deixar de ficar triste.
- ☐ Sinto-me tão triste ou tão miserável que não consigo suportar.

2.

- ☐ Não me sinto particularmente desanimado em relação ao futuro.
- ☐ Sinto-me desanimado em relação ao futuro.
- ☐ Sinto que não tenho que esperar por nada.
- ☐ Sinto que o futuro é desesperador e as coisas não vão melhorar.

3.

- ☐ Não me sinto um fracasso.
- ☐ Acho que falhei mais do que a maioria das pessoas.
- ☐ Quando olho para trás, só vejo fracasso atrás de fracasso.
- ☐ Eu me sinto um fracasso total.

4.

- ☐ As coisas me satisfazem tanto quanto antes.
- ☐ Não gosto tanto das coisas como antes.
- ☐ Já não tenho satisfação autêntica com as coisas.
- ☐ Estou insatisfeito ou entediado de tudo.

5.

- ☐ Não me sinto particularmente culpado.
- ☐ Sinto-me culpado em algumas ocasiões.
- ☐ Eu me sinto culpado na maioria das vezes.
- ☐ Eu me sinto culpado constantemente.

6.

- ☐ Não acho que ele esteja sendo punido.
- ☐ Sinto que vou ser punido.
- ☐ Espero ser punido.
- ☐ Sinto que estou sendo punido.

7.

- ☐ Não estou decepcionado comigo mesmo.
- ☐ Estou decepcionado comigo mesmo.
- ☐ Tenho vergonha de mim mesmo.

- ☐ Eu me odeio.

8.

- ☐ Não me considero pior do que ninguém.
- ☐ Critico-me pelas minhas fraquezas ou pelos meus erros.
- ☐ Eu me culpo continuamente pelos meus defeitos.
- ☐ Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

9.

- ☐ Não tenho pensamentos suicidas.
- ☐ Às vezes penso em cometer suicídio, mas não cometeria.
- ☐ Eu gostaria de me matar.
- ☐ Eu me mataria se tivesse a chance.

10.

- ☐ Não choro mais do que antes.
- ☐ Agora choro mais do que antes.
- ☐ Eu choro continuamente.
- ☐ Antes eu conseguia chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

11.

- ☐ Não estou mais irritado do que o normal em mim.
- ☐ Eu fico chateado ou irritado mais facilmente do que antes.
- ☐ Sinto-me irritado continuamente.
- ☐ Não fico absolutamente nada irritado com as coisas que costumavam me irritar.

12.

- ☐ Não perdi o interesse pelos outros.
- ☐ Estou menos interessado nos outros do que antes.
- ☐ Perdi a maior parte do meu interesse pelos outros.
- ☐ Perdi todo o interesse pelos outros.

13.

- ☐ Tomo decisões mais ou menos como sempre tomei.
- ☐ Evito tomar decisões mais do que antes.
- ☐ Tomar decisões é muito mais difícil para mim do que antes.
- ☐ Não é mais impossível para mim tomar decisões.

14.

- ☐ Não acho que pareço pior do que antes.
- ☐ Tenho medo de parecer mais velho ou pouco atraente agora.
- ☐ Acho que houve mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer pouco atraente.
- ☐ Acho horrível.

15.

- ☐ Eu trabalho como antes.
- ☐ É preciso um esforço extra para começar a fazer algo.
- ☐ Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- ☐ Não posso fazer nada.

16.

- ☐ Durmo como sempre.
- ☐ Não durmo tão bem como antes.
- ☐ Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar a dormir.
- ☐ Acordo várias horas mais cedo do que o habitual e não consigo voltar a dormir.

17.

- ☐ Não me sinto mais cansado do que o normal.
- ☐ Eu me canso mais facilmente do que antes.
- ☐ Eu fico cansada assim que faço qualquer coisa.
- ☐ Estou muito cansado para fazer qualquer coisa.

18.

- ☐ Meu apetite não diminuiu.
- ☐ Não tenho um apetite tão bom como antes.
- ☐ Agora tenho muito menos apetite.
- ☐ Perdi completamente o apetite.

19.

- ☐ Ultimamente tenho perdido pouco peso ou nem um pouco.
- ☐ Perdi mais de 2 quilos e meio.
- ☐ Perdi mais de 4 quilos.
- ☐ Perdi mais de 7 quilos.
- ☐ Estou em uma dieta para perder peso SIM / NÃO.

20.

- ☐ Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o normal.
- ☐ Estou preocupado com problemas físicos, como dores, dores, dor de estômago ou prisão de ventre.
- ☐ Estou preocupado com meus problemas físicos e acho difícil pensar em outra coisa.
- ☐ Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em nada.

21.

- ☐ Não observei nenhuma mudança recente no meu interesse.
- ☐ Estou menos interessado em sexo do que antes.
- ☐ Estou muito menos interessado em sexo.
- ☐ Perdi totalmente meu interesse por sexo.

Avaliação cognitive

Rey's Auditory Verbal Learning Test (RAVLT). El protocolo de este instrumento no se incluye debido a restricciones de uso profesional.

Mini-Mental State Examination: extended version (MMSE). El protocolo de este instrumento no se incluye debido a restricciones de uso profesional.

Avaliação clínica da menopausa

Menopause Rating Scale (MRS).

Escala de Avaliação da Menopausa (MRS)

Quais dos seguintes sintomas se aplicam a si neste momento?

(Marque com X UMA caixa para CADA Sintoma. Para Sintomas Que Não se Aplicam, Marque "Nenhum").

Sintomas:	nenhum	ligeiro	moderado	acentuado	Extrema- mente acentuado
Pontuação =	0	1	2	3	4
1. Ondas de calor, sudorese (episódios de sudorese)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Desconforto cardíaco (consciência invulgar do batimento cardíaco, coração aos saltos, acelerado, aperto)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Problemas de sono (dificuldade em adormecer, dificuldade em dormir durante a noite, acordar cedo)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Humor depressivo (estar em baixo, triste, com vontade de chorar, falta de motivação, alterações de humor)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Irritabilidade (sensação de nervosismo, tensão interior, sentir-se agressiva)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ansiedade (inquietação interior, sensação de pânico)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Exaustão física e mental (diminuição geral do desempenho, memória prejudicada, diminuição da concentração, esquecimento)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Problemas sexuais (alteração no desejo, na atividade e na satisfação a nível sexual)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Problemas de bexiga (dificuldade em urinar, aumento da necessidade de urinar, incontinência urinária)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Secura da vagina (sensação de secura ou ardor na vagina, dificuldade nas relações sexuais)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Desconforto articular e muscular (dor nas articulações, queixas reumáticas)	☐	☐	☐	☐	☐

Observações importantes

Apéndice F: Tablas Complementarias de Caracterización Sociodemográfica

<i>Condiciones socioeconómicas y estructura familiar (N = 395)</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Formas de acceso a los servicios de salud</i>		
Solo a través del SUS	37	9.4
Solo mediante consultas particulares	31	7.8
Seguro de salud (plan de salud)	327	82.8
<i>Tiempo de residencia en el municipio de São Paulo</i>		
De 1 a 5 años	12	3.0
De 11 a 20 años	21	5.3
De 6 a 10 años	7	1.8
Desde el nacimiento	279	70.6
Más de 20 años	76	19.2
<i>Número de personas en el hogar</i>		
Vive sola	35	8.9
2 personas	153	38.7
3 personas	116	29.4
4 personas	74	18.7
5 o más personas	17	4.3
<i>Ingreso familiar total</i>		
Menos de 1 salario mínimo	3	0.8
De 1 a 2 salarios mínimos	14	3.5
De 3 a 5 salarios mínimos	75	19.0
De 6 a 10 salarios mínimos	103	26.1
Más de 10 salarios mínimos	157	39.7
Prefiere no responder	43	10.9
<i>Total</i>	395	100.0

<i>Condiciones laborales y ocupación de las participantes (N = 395)</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Profesión</i>		
Bienestar y salud	125	31.6
Educación e investigación	43	10.9
Administración y negocios	106	26.8
Comercio y servicios	53	13.4
Técnicas e ingenierías	7	1.8
Derecho y ámbito jurídico	27	6.8
Comunicación y artes	9	2.3
No informó / no ejerce	25	6.3
<i>Situación laboral actual</i>		
Trabajo autónomo	177	44.8
Trabajo con contrato formal	119	30.1
Ama de casa	30	7.6
Jubilada	21	5.3
Estudiante	9	2.3

<i>Condiciones laborales y ocupación de las participantes (N = 395)</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Otra	39	9.9
<i>Total</i>	395	100.0

Apéndice G: Tablas Complementarias Sobre Salud Personal

<i>Cambios percibidos en el peso corporal (N = 395)</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	307	77.7
No	71	18.0
No percibió cambios	17	4.3
<i>Total</i>	395	100.0

<i>Presencia de dolores articulares o musculares (N = 395)</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	282	71.4
No	95	24.1
No experimentó	18	4.6
<i>Total</i>	395	100.0

<i>Cambios percibidos en el deseo sexual (N = 395)</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	288	72.9
No	78	19.7
Indiferente	29	7.3
<i>Total</i>	395	100.0

<i>Principales desafíos asociados a los cambios en el deseo sexual (N = 288)</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Disminución de la libido	176	61.1
Sequedad vaginal o dolor durante las relaciones sexuales	68	23.6
Cambios en la autoimagen y la autoestima	33	11.5
Alteraciones en el deseo de la pareja	11	3.8
<i>Total</i>	288	100.0

Anexos

Comprovante de Envio do Projecto

INSTITUTO DE SAÚDE E BEM
ESTAR DA MULHER - ISBEM



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo exploratório e descritivo dos perfis neuropsicológicos no período do Climatério em mulheres de 40 a 65 anos.
Este estudo antecipa várias descobertas e implicações potenciais, oferecendo informações sobre como poderia contribuir para a compreensão dos impactos cognitivos e emocionais do climatério e para informar práticas clínicas e novas pesquisas

Pesquisador: ELIANA DE AGOSTINI ROLIM

Versão: 1

CAAE: 85907924.7.0000.5470

Instituição Proponente:

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 005665/2025

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Estudo exploratório e descritivo dos perfis neuropsicológicos no período do Climatério em mulheres de 40 a 65 anos.

Este estudo antecipa várias descobertas e implicações potenciais, oferecendo informações sobre como poderia contribuir para a compreensão dos impactos cognitivos e emocionais do climatério e para informar práticas clínicas e novas pesquisas que tem como pesquisador responsável ELIANA DE AGOSTINI ROLIM, foi recebido para análise ética no CEP Instituto de Saúde e Bem Estar da Mulher - ISBEM em 24/01/2025 às 11:17.

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 515 Conj 101 - sala 1

Bairro: Jardim Paulista

CEP: 01.409-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5589-4442

E-mail: cepisbem@clincef.com.br

Parecer Consubstancial do CEP (Versão 1)**INSTITUTO DE SAÚDE E BEM
ESTAR DA MULHER - ISBEM****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estudo exploratório e descritivo dos perfis neuropsicológicos no período do Climatério em mulheres de 40 a 65 anos.

Este estudo antecipa várias descobertas e implicações potenciais, oferecendo informações sobre como poderia contribuir para a compreensão dos impactos cognitivos e emocionais do climatério e para informar práticas clínicas e novas pesquisas

Pesquisador: ELIANA DE AGOSTINI ROLIM

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85907924.7.0000.5470

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.347.332

Apresentação do Projeto:**Introdução**

O período do climatério é uma etapa da vida da mulher marcada por significativas transformações fisiológicas, que influenciam tanto a saúde física quanto a mental. Essa fase tem ganhado destaque nos estudos científicos pelos complexos impactos que causa na qualidade de vida das mulheres (OMS, 2022). A Organização Mundial da Saúde (2022) indica que, até 2030, espera-se que haja quase 1 bilhão de mulheres na menopausa. Isto equivale a aproximadamente mil milhões de mulheres em todo o mundo que têm atualmente 50 anos de idade, das quais 88% entrarão na menopausa com uma idade média de 51,4 anos. O período do climatério à pós-menopausa pode durar até 30 anos, ou seja, aproximadamente um terço da vida de uma mulher. Para Mosconi, L. (2004), que conversou com inúmeras mulheres que enfrentavam diferentes níveis de sofrimento devido à menopausa, constatou que as maiores dificuldades para essas mulheres eram encontrar informações confiáveis e acessíveis sobre o período do climatério. Portanto, a crescente conscientização sobre o impacto das alterações cognitivas e emocionais no climatério apresenta novos desafios para o campo da neuropsicologia, principalmente na identificação de sintomas que podem ser confundidos com

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 515 Conj 101 - sala 1

Bairro: Jardim Paulista

CEP: 01.409-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5589-4442

E-mail: cepisbem@clincef.com.br

**INSTITUTO DE SAÚDE E BEM
ESTAR DA MULHER - ISBEM**

Continuação do Parecer: 7.347.332

distúrbios psicológicos ou neurodegenerativos, ou seja, como a menopausa afeta o cérebro.

Hipótese:

- a) Como as mulheres entre 40 e 65 anos no Brasil percebem e vivenciam o período do climatério, considerando aspectos físicos, emocionais e cognitivos?
- b) Quais os impactos das alterações cerebrais no funcionamento cognitivo e emocional? Qual o desempenho neurocognitivo das mulheres no climatério e como essas alterações são percebidas em comparação com os resultados dos testes de avaliação cognitiva.

Metodologia Proposta:

O presente estudo é de natureza exploratória e descritiva, com o objetivo de analisar, identificar, selecionar e sintetizar sistematicamente os resultados dos questionários aplicados e explorar, descrever e identificar a autopercepção e o funcionamento neurocognitivo em mulheres no Brasil entre 40 e 65 anos. Serão selecionadas duas amostras: 1-) Será desenvolvido um questionário online com perguntas abordando diversos aspectos da percepção do período do climatério, sintomas físicos, queixas emocionais e cognitivas, além de estratégias de enfrentamento. O questionário estará disponível em plataformas online acessíveis a mulheres brasileiras entre 40 e 65 anos. A participação será voluntária e anônima, garantindo a confidencialidade das respostas. 152-) Aplicação de Triage Cognitiva Breve: Uma breve avaliação neuropsicológica é administrada a 100 mulheres entre 40 e 52 anos, com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas.

Metodologia de Análise de Dados:

A análise dos dados será realizada em diversas etapas, começando pela preparação dos dados. A seguir será realizada uma análise descritiva utilizando estatística de tendência central para caracterização das amostras. Após a coleta de dados, será realizada análise estatística para identificar padrões e tendências nas respostas dos participantes. Serão utilizadas técnicas de análise descritiva e comparativa para explorar as semelhanças e diferenças na percepção do período do climatério entre as mulheres brasileiras. Além disso, serão realizadas análises qualitativas para aprofundar a compreensão das experiências individuais e dos fatores contextuais que podem influenciar essas percepções.

Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos para facilitar a compreensão e interpretação e discussão dos resultados.

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 515 Conj 101 - sala 1**Bairro:** Jardim Paulista**CEP:** 01.409-001**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)5589-4442**E-mail:** cepisbem@clincef.com.br

**INSTITUTO DE SAÚDE E BEM
ESTAR DA MULHER - ISBEM**

Continuação do Parecer: 7.347.332

Desfecho Primário:

Identificação do perfil neurocognitivo e dos Transtornos Cognitivos e Emocionais Relacionados ao Climatério: Espera-se descrever as alterações físicas, cognitivas e emocionais, destacando como esses sintomas são percebidos pelos participantes e medidos de forma objetiva. Comparação entre Percepção Subjetiva e Avaliação Cognitiva: Os resultados nos permitirão comparar o que as mulheres relatam sentir com os dados obtidos nos testes neuropsicológicos, destacando possíveis discrepâncias ou confirmações entre a autopercepção e os resultados objetivos.

Desfecho Secundário:

Desenvolvimento de Ferramentas para Avaliação e Intervenção Clínica: A pesquisa pode oferecer uma base para que os profissionais de saúde incluam o impacto das alterações cognitivas e emocionais do climatério em suas avaliações e abordagens, propondo intervenções de apoio cognitivo e emocional. Conscientização sobre a Saúde Cerebral no Climatério: Espera-se que o estudo conscientize a comunidade científica e os profissionais de saúde sobre a importância do monitoramento da saúde cerebral em mulheres no climatério, promovendo abordagens integradas que considerem o bem-estar mental e físico.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Explorar e descrever os perfis neuropsicológicos no período de Climatério em mulheres dos 40 aos 65 anos, com o objetivo de compreender o funcionamento cerebral e o seu impacto no bem-estar cognitivo e emocional.

Objetivo Secundário:

Explorar e descrever o funcionamento neurocognitivo, emocional e funcional em mulheres de 40 a 65 anos, por meio de questionário de autopercepção, considerando tanto aspectos adaptativos quanto possíveis alterações.

- Implementar um breve protocolo de avaliação cognitiva para medir as alterações cognitivas, pelo funcionamento neurocognitivo em mulheres no período de transição da menopausa, aproximadamente entre 40 a 50 anos e identificar padrões de desempenho cognitivo.
- Identificar variáveis sociodemográficas e de saúde que possam influenciar nas alterações

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 515 Conj 101 - sala 1**Bairro:** Jardim Paulista**CEP:** 01.409-001**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)5589-4442**E-mail:** cepisbem@clincef.com.br

**INSTITUTO DE SAÚDE E BEM
ESTAR DA MULHER - ISBEM**

Continuação do Parecer: 7.347.332

cognitivas e emocionais durante o climatério, como idade, estado civil, nível de atividade física e histórico de saúde mental.

- Elaborar recomendações para profissionais de saúde e psicólogos sobre a importância da avaliação multidimensional das alterações cognitivas e emocionais em mulheres no climatério, promovendo um cuidado mais direcionado e integral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Este estudo exploratório e descritivo investiga os perfis neuropsicológicos de mulheres brasileiras no climatério, com idades entre 40 e 65 anos, por meio de duas amostras distintas. A primeira amostra consiste em mulheres que responderão a um questionário online abordando autopercepção de sintomas físicos, emocionais e cognitivos associados ao climatério. A segunda amostra é composta por mulheres na faixa etária de 40 a 52 anos que participarão de um protocolo breve de avaliação neuropsicológica, incluindo testes como o MoCA, RAVLT e Inventário de Depressão e Ansiedade de Beck, com foco em memória, atenção, funções executivas e humor.

O objetivo é compreender as alterações cognitivas e emocionais relacionadas às flutuações hormonais nessa fase, identificar padrões de desempenho cognitivo e propor recomendações para profissionais de saúde. A pesquisa explora como as mulheres percebem essas mudanças e compara essas percepções com os resultados dos testes neuropsicológicos.

Riscos Potenciais:

Os riscos associados a esta pesquisa são mínimos e relacionados principalmente ao desconforto emocional que pode surgir ao responder perguntas sobre sintomas físicos, emocionais e cognitivos ou ao realizar os testes neuropsicológicos. Além disso, existe a possibilidade de estresse leve ao participar de avaliações cognitivas, especialmente para mulheres que apresentam dificuldades nessa área. Para mitigar esses riscos, as participantes serão informadas previamente sobre a natureza dos questionários e testes, com liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo. O estudo assegura confidencialidade, anonimato e suporte psicológico às participantes, se necessário. Com um rigoroso controle ético, este estudo contribuirá para o avanço na compreensão das mudanças neuropsicológicas no climatério, promovendo intervenções clínicas mais eficazes e impactando positivamente a qualidade de vida das mulheres nesta fase.

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 515 Conj 101 - sala 1**Bairro:** Jardim Paulista**CEP:** 01.409-001**UF:** SP**Município:** SÃO PAULO**Telefone:** (11)5589-4442**E-mail:** cepisbem@clincef.com.br

**INSTITUTO DE SAÚDE E BEM
ESTAR DA MULHER - ISBEM**

Continuação do Parecer: 7.347.332

Benefícios:

Conscientização sobre a Saúde Cerebral no Climatério: Espera-se que o estudo conscientize a comunidade científica e os profissionais de saúde sobre a importância do monitoramento da saúde cerebral em mulheres no climatério, promovendo abordagens integradas que considerem o bemestar mental e físico. Base para Políticas e Programas de Saúde da Mulher: As pesquisas podem servir de apoio para o desenvolvimento de políticas públicas e programas voltados à atenção à saúde da mulher durante o climatério, promovendo a inclusão de avaliações cognitivas e emocionais nas mulheres nesta fase.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo exploratório e descritivo busca investigar os perfis neuropsicológicos de mulheres brasileiras no climatério, com idades entre 40 e 65 anos, por meio de duas amostras distintas. A primeira consiste em mulheres que responderão a um questionário online abordando autopercepção de sintomas físicos, emocionais e cognitivos associados ao climatério. A segunda amostra é composta por mulheres na faixa etária de 40 a 52 anos que passarão por um protocolo breve de avaliação neuropsicológica, incluindo testes como o MoCA, RAVLT, e Inventário de Depressão e Ansiedade de Beck, com foco em memória, atenção, funções executivas e humor. O objetivo é compreender as alterações cognitivas e emocionais relacionadas às flutuações hormonais nessa fase, identificar padrões de desempenho cognitivo e propor recomendações para profissionais de saúde. A pesquisa explora como as mulheres percebem essas mudanças e compara essas percepções com os resultados dos testes neuropsicológicos. Com um rigoroso controle ético, o estudo assegura confidencialidade e segurança às participantes e visa contribuir para o entendimento das mudanças neuropsicológicas no climatério, promovendo intervenções clínicas mais eficazes e impactando positivamente a qualidade de vida das mulheres nesta fase.

Tamanho da Amostra 200

- Aplicação da Bateria Breve Aplicação de um protocolo de Avaliação Cognitiva Breve em 100 mulheres, especialmente entre 40 e 52 anos, para avaliar funções cognitivas como memória, atenção e concentra 100
- Aplicação de um questionário online O questionário será elaborado levando em consideração

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 515 Conj 101 - sala 1**Bairro:** Jardim Paulista**CEP:** 01.409-001**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)5589-4442**E-mail:** cepisbem@clincef.com.br

INSTITUTO DE SAÚDE E BEM ESTAR DA MULHER - ISBEM



Continuação do Parecer: 7.347.332

os seguintes aspectos, no âmbito da autopercepção dos sintomas e queixas frequentes no período do climatério. Mulheres de 40 a 65 anos.

Cronograma de Execução ˆ 01/04/2025 ˆ 30/09/2025

Orçamento ˆ R\$ 2.000,00

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Item Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Recomendações:

Vide Item Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram localizados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2475041.pdf	23/01/2025 22:04:18		Aceito
Outros	Questionario.docx	23/01/2025 22:03:16	ELIANA DE AGOSTINI ROLIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AutorizacaoPortugues.pdf	23/01/2025 22:02:10	ELIANA DE AGOSTINI ROLIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoNaoseaplicabrochurainvestigador.pdf	17/12/2024 23:08:04	ELIANA DE AGOSTINI ROLIM	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.pdf	17/12/2024 23:01:43	ELIANA DE AGOSTINI ROLIM	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto1.pdf	17/12/2024 22:58:49	ELIANA DE AGOSTINI ROLIM	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao.pdf	17/12/2024 22:48:00	ELIANA DE AGOSTINI ROLIM	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	17/12/2024 22:45:17	ELIANA DE AGOSTINI ROLIM	Aceito

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 515 Conj 101 - sala 1

Bairro: Jardim Paulista

CEP: 01.409-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5589-4442

E-mail: cepisbem@clincef.com.br

**INSTITUTO DE SAÚDE E BEM
ESTAR DA MULHER - ISBEM**

Continuação do Parecer: 7.347.332

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 27 de Janeiro de 2025

Assinado por:**Valdineia Agnelo Pires da Silva
(Coordenador(a))****Endereço:** Rua Peixoto Gomide, 515 Conj 101 - sala 1**Bairro:** Jardim Paulista**CEP:** 01.409-001**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)5589-4442**E-mail:** cepisbem@clincef.com.br

Parecer Consubstancial do CEP (Versão 2)**INSTITUTO DE SAÚDE E BEM
ESTAR DA MULHER - ISBEM****COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estudo exploratório e descritivo dos perfis neuropsicológicos no período do Climatério em mulheres de 40 a 65 anos.
Este estudo antecipa várias descobertas e implicações potenciais, oferecendo informações sobre como poderia contribuir para a compreensão dos impactos cognitivos e emocionais do climatério e para informar práticas clínicas e novas pesquisas

Pesquisador: ELIANA DE AGOSTINI ROLIM

Versão: 2

CAAE: 85907924.7.0000.5470

Instituição Proponente:

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Estudo exploratório e descritivo dos perfis neuropsicológicos no período do Climatério em mulheres de 40 a 65 anos.

Este estudo antecipa várias descobertas e implicações potenciais, oferecendo informações sobre como poderia contribuir para a compreensão dos impactos cognitivos e emocionais do climatério e para informar práticas clínicas e novas pesquisas que tem como pesquisador responsável ELIANA DE AGOSTINI ROLIM, foi recebido para análise ética no CEP Instituto de Saúde e Bem Estar da Mulher - ISBEM em 06/02/2026 às 11:52.

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 515 Conj 101 - sala 1

Bairro: Jardim Paulista

CEP: 01.409-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5589-4442

E-mail: cep.isbem@clincef.com.br