

Artículo original

Factores sociodemográficos y severidad percibida del síndrome climatérico: estudio transversal en Los Ríos, Ecuador

Sociodemographic factors and perceived severity of climacteric syndrome: a cross-sectional study in Los Ríos, Ecuador

Elsa María Bernal Martínez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8385-6597>

Consuelo de Jesús Albán Meneses¹ <https://orcid.org/0000-0003-2014-7328>

Mónica Patricia Acosta Gaibor¹ <https://orcid.org/0000-0002-5968-8183>

Blanca Cecilia Álvarez Macías¹ <https://orcid.org/0000-0002-5661-3661>

¹Universidad Técnica de Babahoyo, Los Ríos, Ecuador

*Autor para la correspondencia: ebernal@utb.edu.ec

RESUMEN

Introducción: El climaterio es una transición biológica con repercusión en el sueño, el ánimo y la calidad de vida; disponer de datos locales orienta el tamizaje y la consejería en el primer nivel.

Objetivo: Describir factores sociodemográficos y el perfil de severidad de síntomas medidos con la Escala de Greene en mujeres de Pueblo Viejo y Babahoyo.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Muestra por conveniencia de 31 mujeres de 41-55 años; octubre de 2023 a julio de 2024;

aplicación de la Escala de Greene (dominios psicológico, somático, vasomotor y sexual) y análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes.

Resultados: Edad media 46,5 años ($DE \approx 3,3$); 90,3 % con FUM < 12 meses; con pareja 61,3 %; residencia urbana 54,8 %; educación secundaria 64,5 %; sin empleo remunerado 64,5 %. Vasomotores: sofocos moderado-severo 67,8 % y sudoración nocturna 54,8 %. Psicológicos: patrón leve-moderado; “mal humor” severo 35,5 %. Somáticos: mayormente asintomático-leve, con picos severos en cefalea 26,0 % y parestesias 19,0 %. Disminución del deseo sexual: asintomático-leve 71,0 %.

Conclusiones: En esta muestra predominantemente perimenopáusica se observa alta carga vasomotora coexistiendo con síntomas psicológicos leves-moderados y somáticos de baja intensidad. Los hallazgos respaldan el tamizaje estructurado y la consejería clínica en atención primaria; el diseño transversal y el muestreo no probabilístico limitan la inferencia y la generalización.

Palabras clave: climaterio; síntomas vasomotores; Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The menopausal transition affects sleep, mood, and quality of life; local data inform screening and counseling in primary care.

Objective: To describe sociodemographic factors and symptom severity using the Greene Climacteric Scale in women from Puebloviejo and Babahoyo.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional study. Convenience sample of 31 women aged 41-55; October 2023-July 2024; Greene Scale (psychological, somatic, vasomotor, sexual domains) and descriptive analysis.

Results: Mean age 46.5 years ($SD \approx 3.3$); 90.3 % with LMP < 12 months; partnered

61.3 %; urban 54.8%; secondary education 64.5%; no paid employment 64.5 %. Vasomotor: hot flashes moderate-severe 67.8% and night sweats 54.8 %. Psychological: overall mild-moderate; severe "irritability (bad mood)" 35.5 %. Somatic: mostly none-mild, with severe peaks for headache 26.0 % and paresthesia 19.0 %. Decreased sexual desire: none-mild 71.0 %.

Conclusions: Although highly prevalent, chorioamnionitis did not determine preterm birth severity after adjustment, likely due to limited statistical power and clinical misclassification. Preventive efforts should prioritize early infectious screening, tight control of hypertensive disorders, and tailored prenatal care for adolescent mothers.

Keywords: climacteric; vasomotor symptoms; Nursing

Recibido: 17/06/2025

Aprobado: 04/08/2025

Introducción

El climaterio es una transición biológica y psicosocial que marca el paso de la fase reproductiva a la no reproductiva y que, si bien no constituye una enfermedad, puede cursar con síntomas que afectan la calidad de vida y la funcionalidad cotidiana. Su clasificación clínica y para investigación se organiza hoy con STRAW+10, que precisa la transición menopáusica y el posmenopáusico temprano, facilitando la comparabilidad entre estudios. En términos de salud pública, los organismos internacionales subrayan la necesidad de mejorar el

acceso a información y a servicios de calidad durante esta etapa, dada la frecuente invisibilidad del tema en las familias, comunidades y en el primer nivel de atención. (1,2)

Dentro del espectro clínico, los síntomas vasomotores (SVM) —especialmente sofocos y sudoración nocturna— suelen concentrar la mayor carga y duración, con una mediana cercana a 7,4 años en grandes cohortes de base poblacional y con persistencia posmenopáusica en un subgrupo relevante; este patrón se asocia con alteraciones del sueño y del estado de ánimo, con impacto significativo en la vida diaria. Las guías contemporáneas enfatizan la evaluación individualizada de riesgos y beneficios para el manejo, con la terapia hormonal como intervención más eficaz en mujeres elegibles. (3,4)

La experiencia del climaterio está fuertemente modulada por determinantes sociodemográficos y culturales —edad, escolaridad, estado civil, empleo, etnicidad y residencia urbano-rural— que condicionan la percepción, la demanda de atención y la adherencia a las recomendaciones. En el entorno latinoamericano y ecuatoriano persisten mitos y vacíos de conocimiento que pueden agravar el malestar o retrasar la consulta, lo que refuerza el papel de la educación sanitaria y la consejería desde enfermería. (2,3,5)

Para la medición estandarizada de síntomas, la Greene Climacteric Scale (GCS) es uno de los instrumentos más utilizados y con evidencia de validez transcultural: contempla 21 ítems que se agrupan en dominios psicológico, somático, vasomotor y sexual, con respuesta 0-3 por ítem (de “nada” a “mucho”), permitiendo describir con rigor la severidad y su distribución por dominios. El uso de GCS facilita comparaciones entre contextos y la identificación de necesidades de intervención en el primer nivel. (6-8)

En Ecuador, la transición demográfica y el envejecimiento poblacional proyectados por el INEC anticipan un incremento del número de mujeres en edades medias y

mayores para 2050, con implicaciones directas en la demanda de servicios de salud sensibles al climaterio y a los determinantes sociales. En este marco y ante la escasez de evidencia local reciente con enfoque territorial, el presente estudio se propuso describir factores sociodemográficos y el perfil de severidad de síntomas del climaterio en mujeres de los cantones Pueblo Viejo y Babahoyo (provincia de Los Ríos, Ecuador), como insumo para la planificación de estrategias de consejería, promoción del autocuidado y apoyo psicoeducativo desde enfermería. ⁽⁹⁻¹⁰⁾

Métodos

Diseño del estudio y guía de reporte

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La redacción y el reporte siguieron los lineamientos STROBE para estudios observacionales y los principios éticos de la Declaración de Helsinki. ^(11,12)

Ámbito y periodo

El trabajo de campo se desarrolló en los cantones Pueblo Viejo y Babahoyo (provincia de Los Ríos, Ecuador) entre octubre de 2023 y julio de 2024, en escenarios comunitarios y de atención primaria, conforme a los ítems de contexto que promueven transparencia y reproducibilidad. ⁽¹¹⁾

Población, muestra y muestreo

La población diana estuvo constituida por mujeres de 41 a 55 años residentes en los cantones mencionados. La muestra fue no probabilística por conveniencia e incluyó 31 participantes que cumplieron criterios de elegibilidad y otorgaron consentimiento informado. Al tratarse de un estudio descriptivo con carácter

exploratorio, no se realizó cálculo formal de tamaño muestral; se privilegió la captación exhaustiva durante el período señalado, dejando explícitas las restricciones para inferencia poblacional y el potencial sesgo de selección propio del muestreo no probabilístico. ⁽¹¹⁾

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron mujeres de 41-55 años, residentes en Pueblo viejo y Babahoyo durante el período de estudio, con capacidad para comprender y responder el cuestionario, que firmaron consentimiento informado.

Se excluyeron formularios incompletos o con incongruencias que impidieran la codificación, manteniendo la participación voluntaria y la posibilidad de retiro sin consecuencias para su atención. ⁽¹²⁾

Definiciones operativas

La etapa de transición menopáusica se aproximó por autorreporte de fecha de última menstruación (FUM) y regularidad del ciclo, adoptando como marco conceptual STRAW+10: perimenopausia (ciclos irregulares y/o FUM <12 meses) y posmenopausia (FUM ≥12 meses). Las variables sociodemográficas incluyeron edad, estado civil, residencia (urbana/rural), nivel educativo, situación laboral y grupo étnico; los antecedentes gineco-obstétricos abarcaron menarquia, paridad y tiempo desde FUM. ⁽¹³⁾

Instrumento de medición

La sintomatología se evaluó con la Greene Climacteric Scale, compuesta por 21 ítems agrupados en dominios psicológico, somático, vasomotor y sexual. Cada ítem se calificó en escala Likert 0-3 (0 = ausente; 3 = severo) según la versión

estándar, con fundamento en el desarrollo original y en validaciones transculturales que han evidenciado consistencia interna y validez de constructo. (7,14,15) Para este análisis se describieron frecuencias y porcentajes por ítem y por dominio; los puntajes compuestos y estimadores de fiabilidad interna se reservan para una fase analítica ampliada. Cuando fue pertinente, se usaron descripciones operativas del formato del instrumento que favorecen la aplicación clínica y la comparabilidad. (16)

Procedimiento de recolección de datos

Se aplicó un cuestionario estructurado (bloque sociodemográfico y gineco-obstétrico + GCS) mediante autorreporte con apoyo del encuestador cuando fue necesario. Se verificaron comprensión de ítems, completitud y coherencia interna de respuestas antes del cierre del formulario, con registro de incidencias para control de calidad de la base. (11)

Gestión y calidad de datos

La base se depuró con controles de duplicidad y revisión de rangos permisibles. Las variables continuas se describieron con medidas de tendencia central y dispersión; las categóricas, con frecuencias absolutas y relativas, uniformando denominadores. Se documentaron las limitaciones derivadas del muestreo no probabilístico y del tamaño muestral, enfatizando que los resultados son descriptivos y no inferenciales. (11)

Plan de análisis estadístico

Se realizó análisis descriptivo: medias ($\pm$ DE) o medianas [RIQ] para continuas, y n (%) para categóricas. Para la presentación clínica se dicotomizaron, cuando fue útil, desenlaces por dominio GCS en asintomático/leve versus moderado/severo.

Dado el tamaño muestral reducido y la posibilidad de celdas esperadas <5 , las comparaciones entre factores sociodemográficos y categorías de severidad se consideraron exploratorias, priorizando tablas de contingencia y, cuando procedía, tamaños de efecto como V de Cramér, evitando inferencia poblacional formal.⁽¹¹⁾

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Técnica de Babahoyo; se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki. Se preservaron confidencialidad, anonimato y autonomía de las participantes mediante consentimiento informado; no se recolectaron identificadores directos y los datos se emplearon con fines académicos y de investigación.⁽¹²⁾

Resultados

Caracterización de la muestra

Se incluyeron 31 mujeres de 41-55 años, a partir de la matriz de datos del estudio. La media de edad fue 46,5 años; ante la inconsistencia del valor original, la desviación estándar se estimó con datos agrupados ($DE \approx 3,3$). La distribución por grupos etarios fue 41-45 años: 45,2 %, 46-50 años: 45,2 % y 51-55 años: 9,7 %. El 90,3 % refirió fecha de última menstruación < 12 meses. Predominaron estado civil con pareja (61,3 %), residencia urbana (54,8 %), etnia mestiza (77,4 %), educación secundaria (64,5 %) y ausencia de empleo remunerado (64,5 %). La paridad promedio fue 3,51 (rango 1-5).

En la tabla 1 se detalla la distribución de variables sociodemográficas y gineco-obstétricas; los porcentajes se calcularon sobre $n = 31$ y se redondearon a un decimal.

Tabla 1. Características sociodemográficas y gineco-obstétricas (n = 31)

Variable	Categoría	n	%
Grupo etario	41-45	14	45,2
	46-50	14	45,2
	51-55	3	9,7
Estado civil	Unión libre	10	32,3
	Casada	9	29,0
	Soltera	9	29,0
	Divorciada	2	6,5
	Viuda	1	3,2
Residencia	Urbana	17	54,8
	Rural	14	45,2
Nivel educativo	Primaria	10	32,3
	Secundaria	20	64,5
	Tercer nivel	1	3,2
Grupo étnico	Blanca	1	3,2
	Indígena	1	3,2
	Afroecuatoriana	5	16,1
	Mestiza	24	77,4
Situación laboral	Ama de casa	9	29,0
	Desempleada	11	35,5
	Empleada	8	25,8
	Trabajadora independiente	3	9,7
FUM	< 12 meses	28	90,3
	≥ 12 meses	3	9,7

Paridad	Media (rango)	3,51	1-5
---------	---------------	------	-----

Sintomatología según la *Greene Climacteric Scale*

Se presentan proporciones por ítem y nivel de severidad para los dominios psicológico, físico-somático, vasomotor y sexual. La interpretación es estrictamente descriptiva y orientada a perfilar la carga sintomática de la muestra. En la tabla 2 el dominio psicológico predominó la severidad leve-moderada; destacó un subgrupo con irritabilidad marcada (ítem “mal humor”) y presencia relevante de insomnio en niveles leve a severo.

Tabla 2. Síntomas psicológicos

Síntoma	Asintomática	Leve	Moderado	Severo
Palpitaciones rápidas	19,4	45,2	35,5	0,0
Tensión/nerviosismo	16,1	51,6	16,1	16,1
Dificultad para dormir	29,0	29,0	29,0	12,9
Fácil excitación	25,8	51,6	16,1	6,5
Ataques de pánico	48,4	38,7	9,7	3,2
Dificultad para concentrarse	19,4	45,2	25,8	9,7
Cansancio/falta de energía	9,7	48,4	25,8	16,1
Pérdida de interés	32,3	41,9	9,7	16,1
Infelicidad/depresión	29,0	41,9	12,9	16,1
Grita/llora	32,3	48,4	9,7	9,7
Mal humor	16,1	29,0	19,4	35,5

En el dominio físico-somático (tabla 3), la mayoría de ítems se concentró entre

asintomático y leve; no obstante, se observaron proporciones severas en cefalea, hormigueo/adormecimiento y sensación de presión u opresión céfalo corporal.

Tabla 3. Síntomas físico-somáticos

Síntoma	Asintomática	Leve	Moderado	Severo
Mareos/desmayos	26	52	19	3
Presión/opresión cabeza-cuerpo	19	42	26	13
Hormigueo/adormecimiento	26	26	29	19
Cefalea	29	23	23	26
Dolores musculares/articulares	16	39	35	10
Pérdida de sensibilidad manos/pies	58	32	6	3
Dificultad para respirar	42	45	6	6

En el dominio vasomotor predominó la intensidad moderada-severa para calores/bochornos y sudoración nocturna (tabla 4); en la esfera sexual, la disminución del deseo se concentró en categorías asintomática-leve.

Tabla 4. Síntomas vasomotores y sexualidad

Síntoma	Asintomática	Leve	Moderado	Severo
Calores/bochornos	12,9	19,4	45,2	22,6
Sudoración nocturna	19,4	25,8	29,0	25,8
Disminución del deseo sexual	22,6	48,4	16,1	12,9

En la figura 1 se muestra síntesis de la carga clínica, se resume el promedio de severidad moderado-severo por dominio (promedio de los ítems del dominio): psicológico $\approx 32\%$, físico-somático $\approx 32\%$ y vasomotor $\approx 61\%$.

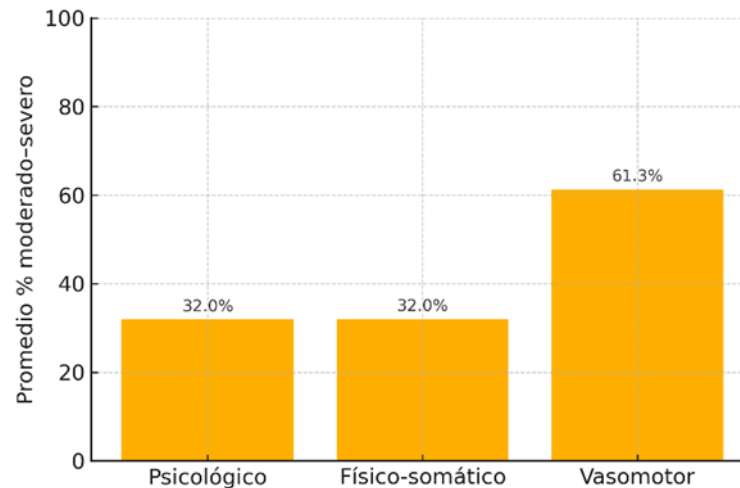


Fig. 1. Severidad promedio moderado-severo por dominios de la GCS (psicológico, físico-somático y vasomotor).

Discusión

Se suele minimizar la carga clínica de los síntomas vasomotores con la idea de que “son transitorios”, pero la evidencia demuestra lo contrario: Avis y colaboradores documentaron una mediana de 7,4 años de SVM, con persistencia posmenopáusica en un subgrupo sustancial, lo que obliga a abandonar estrategias pasivas de “esperar y ver” que dejan a las mujeres con malestar prolongado y pérdida de productividad. ⁽³⁾

En términos de riesgo, Thurston y colegas mostraron que SVM frecuentes y persistentes se asocian a mayor incidencia de eventos cardiovasculares en el seguimiento, abriendo el debate sobre si los SVM deben entenderse también como un marcador de riesgo cardio metabólico y no solo como una molestia climatérica ⁽¹⁵⁾. Esta lectura contrasta con la evidencia de Manson y su equipo de autores en el WHI, donde 5-7 años de terapia hormonal no se asociaron con incremento de mortalidad total a largo plazo, lo cual respalda la hipótesis del “*timing*” y sugiere

que el balance beneficio-riesgo depende de *a quién, cuándo y cómo* se trata, más que de una prohibición generalizada por temor a eventos adversos.⁽¹⁶⁾

La North American Menopause Society (NAMS) enfatiza que la terapia hormonal (TH) sigue siendo el tratamiento más eficaz para SVM y para el síndrome genitourinario de la menopausia (GSM), con recomendaciones que obligan a una evaluación individualizada según edad, tiempo desde FUM, vía y dosis.⁽¹⁷⁾ Ignorar estas directrices por inercia clínica o por miedo residual tras interpretaciones simplistas del WHI termina cronificando el sufrimiento y empujando hacia alternativas menos eficaces, especialmente en atención primaria. Al mismo tiempo, el vínculo sueño-ánimo-SVM no puede despacharse como “solo psicológico”: Baker y de Zambotti revisan que el insomnio y los despertares nocturnos aumentan durante la transición y deterioran la calidad de vida; la mejora de SVM suele traducirse en mejor sueño, y viceversa.⁽¹⁸⁾ Asimismo, Freeman sintetiza que la variabilidad hormonal y los despertares nocturnos actúan sinérgicamente sobre el estado de ánimo, por lo que separar “síntomas físicos” de “síntomas emocionales” es una falsa dicotomía que empobrece la respuesta terapéutica.⁽¹⁹⁾

Otra controversia ineludible es qué y cómo medimos. La Greene Climacteric Scale permite una descripción amplia de dominios psicológicos y somáticos, pero no incluye de forma integral el componente urogenital/GSM; Chen y Davis ya habían mostrado problemas de consistencia cuando se intenta anexar una subescala urogenital ad hoc, con deterioro del ajuste del modelo.⁽⁷⁾ De ahí que, si el objetivo es capturar impacto multidimensional y comparabilidad clínica, integrar instrumentos como la Menopause Rating Scale (MRS) —desarrollada y validada por Heinemann como medida de calidad de vida relacionada con la menopausia— puede ofrecer mejor sensibilidad a cambios y resultados clínicamente significativos, especialmente para seguimiento de intervención⁽²⁰⁾. Seguir

reportando solo conteos por ítem sin puntuaciones por dominio, fiabilidad interna y tamaños de efecto debilita la comparación con series internacionales y dificulta la toma de decisiones

En el terreno de los mecanismos y su implicación clínica, Thurston y colaboradores, así como síntesis recientes de Lee y su equipo han vinculado SVM con disfunción autonómica y microvascular y con trayectorias de aterosclerosis subclínica, lo que refuerza la pertinencia de tamizaje cardiovascular en mujeres con SVM intensos o persistentes y de intervenciones de riesgo integradas al cuidado del climaterio. ^(18,26) A la vez, la heterogeneidad de las trayectorias sintomáticas —descritas por Tepper y colaboradores en perfiles de inicio temprano, persistencia alta y latencia tardía— obliga a abandonar el “promedio” como referencia clínica; no todas las mujeres cursan igual, y el subgrupo con SVM intensos concentra carga clínica y posible riesgo cardio metabólico. ⁽²¹⁾

En cuanto a tratamientos no hormonales, el discurso suele ser complaciente pese a diferencias claras de eficacia. La paroxetina 7,5 mg cuenta con aprobación regulatoria específica para SVM y evidencia clínica razonable; revisiones recientes —David y otros autores— la sitúan como opción útil cuando la TH no es elegible, con beneficio adicional sobre síntomas ansioso-depresivos. ⁽²²⁾ Por su parte, la gabapentina, de uso extendido en la práctica, muestra reducción de frecuencia e intensidad de SVM en metaanálisis, pero inferior a estrógenos y con efectos secundarios que no son triviales; su elección debería justificarse, no asumirse por defecto. ⁽²²⁻²⁵⁾ La novedad es el fezolinetant, antagonista NK3R: el ensayo SKYLIGHT-1 —Lederman y colaboradores— demostró reducción rápida y sostenida de frecuencia y severidad de SVM en 1-12 semanas y mantenimiento hasta 52 semanas, abriendo una vía no hormonal basada en fisiología termorregulatoria; aun así, requiere monitorización hepática y no debe presentarse como “panacea”. ⁽²⁶⁾ Reducir el cuidado del climaterio a “no puedo dar hormonas, doy cualquier cosa”

es una postura poco rigurosa y, en entornos con barreras de acceso, perpetúa inequidades terapéuticas.

Por último, el componente sociodemográfico y psicosocial no debe menospreciarse. Tepper muestra que trayectorias con SVM altos y tempranos se asocian a estrés, peor perfil psicosocial y conductas de salud adversas; donde coexisten baja escolaridad, desempleo o carga de cuidados, el malestar se agrava y la búsqueda de atención se retrasa ⁽²¹⁾. Ignorar estas capas —frecuente en protocolos “biologicistas”— perpetúa la idea de que el malestar es “normal” y naturaliza la falta de tratamiento eficaz. La práctica basada en evidencia exige incorporar consejería estructurada, manejo del sueño, tamizaje cardiovascular, y una discusión franca sobre beneficios y riesgos de TH y alternativas, alineada con NAMS 2022, no con temores heredados. ⁽²⁰⁾

Conclusiones

En la muestra seleccionada de 31 mujeres de 41-55 años, predominó un perfil sintomático con alta carga vasomotora (calores/bochornos moderado-severo 67,8 %; sudoración nocturna moderado-severo 54,8 %), síntomas psicológicos mayormente leves-moderados con un subgrupo de irritabilidad (mal humor) severa (35,5 %), y síntomas físico-somáticos en su mayoría asintomáticos o leves, aunque con picos de severidad (cefalea severa 26,0 %; hormigueo/adormecimiento severo 19,0 %).

La elevada proporción con FUM < 12 meses (90,3 %) indica que gran parte de la muestra se encontraba en perimenopausia, etapa en la que es esperable el predominio de síntomas vasomotores, trastornos del sueño y cambios en el estado de ánimo. Por diseño (transversal, muestreo por conveniencia, n reducido), los hallazgos no son generalizables; sin embargo, ofrecen señales consistentes para

la práctica clínica local respecto de la detección sistemática de síntomas vasomotores y problemas de sueño/ánimo en el primer nivel de atención, así como la necesidad de consejería estructurada y rutas de derivación claras cuando la intensidad sintomática sea moderada-severa.

A efectos operativos, se recomienda incorporar en la atención primaria un tamizaje rutinario con instrumentos validados (p. ej., GCS), educación sobre autocuidado e higiene del sueño, evaluación de riesgos para discutir opciones terapéuticas (hormonales y no hormonales) en mujeres elegibles y seguimiento clínico de quienes presenten mayor intensidad o interferencia funcional. En futuras fases, conviene estandarizar el reporte por dominios (puntajes y fiabilidad interna), ampliar el tamaño muestral con técnicas probabilísticas y explorar asociaciones ajustadas entre determinantes sociodemográficos/etapas reproductivas y desenlaces clínicamente relevantes (vasomotores moderado-severo, insomnio clínico, calidad de vida), a fin de orientar protocolos locales y optimizar la asignación de recursos en salud.

Referencias bibliográficas

1. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10 (STRAW+10). *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(4):1159-68. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3580996/>
2. World Health Organization. Menopause: fact sheet. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
3. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4):531-39. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4433164/>

4. North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-794. Disponible en: <https://menopause.org/wp-content/uploads/professional/nams-2022-hormone-therapy-position-statement.pdf>
5. Ayora Apolo DC, Guzmán Cruz MM, Sánchez M de los A. Conocimientos y mitos de la menopausia. *Enfermería Investiga*. 2018;3(4):198-202. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/386>
6. Greene JG. A factor analytic study of climacteric symptoms. *J Psychosom Res*. 1976;20(5):425-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1003364/>
7. Chen RQ, Davis SR, Wong CM, Lam TH. Validity and cultural equivalence of the standard Greene Climacteric Scale in Hong Kong. *Menopause*. 2010;17(3):630-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20130493/>
8. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Estimaciones y Proyecciones de la Población de Ecuador, Revisión 2024 (Boletín técnico). Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/censo_2022/revision_2024/Boletin_tecnico_proy_rev2024.pdf
9. Espitia-De la Hoz FJ. Prevalencia y severidad de los síntomas de la menopausia en mujeres mayores de 60 años. *Rev Colomb Endocrinol Diabetes Metab*. 2024;11(1):e853. Disponible en: <https://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/853>
10. Sierra B, Hidalgo LA, Chedraui P. *Measuring climacteric symptoms in an Ecuadorian population with the Greene Climacteric Scale*. *Maturitas*. 2005;51(3):236–245. Disponible en: PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15978967/>

11. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. PLoS Med. 2007;4(10):e296. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0040296>
12. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-4. Disponible en: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
13. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. Climacteric. 2012;15(2):105–114. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22338612/>
14. Sourouni M, Rahn D, Ebert AD, Goletzke J. Assessment of the climacteric syndrome: a narrative review. Arch Gynecol Obstet. 2021;304(1):25-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34231082/>
15. Thurston RC, El Khoudary SR, Derby CA, et al. Menopausal vasomotor symptoms and risk of incident cardiovascular disease events in SWAN. J Am Heart Assoc. 2021;10(3):e017416. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.120.017416>
16. Manson JAE, Aragaki AK, Rossouw JE, et al. Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: the Women's Health Initiative randomized trials. JAMA. 2017;318(10):927-938. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5728370/>
17. North American Menopause Society. The 2023 nonhormone therapy position

statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2023;30(6):573–590. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37252752/>

18. Baker FC, de Zambotti M, Colrain IM, Bei B. Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact and management strategies. Nat Sci Sleep. 2018;10:73-95. Disponible en: <https://www.dovepress.com/sleep-problems-during-the-menopausal-transition-prevalence-impact-and-peer-reviewed-fulltext-article-NSS>

19. Freeman EW. Depression in the menopause transition: risks in the changing hormone milieu. Womens Midlife Health. 2015;1:2. Disponible en: <https://womensmidlifehealthjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40695-015-0002-y>

20. Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment: a validation study. Health Qual Life Outcomes. 2004;2:67. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-67>

21. Tepper PG, Brooks MM, Randolph JF Jr, et al. Characterizing the trajectories of vasomotor symptoms across the menopausal transition. Menopause. 2016;23(10):1067-1074. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5028150/>

22. David PS, Kaunitz AM, Cobin RH, Garcia R, Sussman M. A clinical review on paroxetine and emerging therapies for vasomotor symptoms. Postgrad Med. 2022;134(3):296-308. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8921794/>

23. Lee E, Heo J, Kim YJ, et al. Vasomotor symptoms of menopause, autonomic, neurovascular and neuroendocrine mechanisms: a narrative review. Biol Sex Differ.

2022;13:57. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9744645/>

24. Lederman S, Ottery FD, Cano A, Santoro N, Shapiro M, Stute P, et al. Fezolinetant for treatment of moderate-to-severe vasomotor symptoms associated with menopause (SKYLIGHT 1): a phase 3 randomised controlled study. Lancet. 2023;401:1091-1102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36924778/>

25. Shan D, Zou L, Wang L, et al. Efficacy and safety of gabapentin and pregabalin in patients with vasomotor symptoms: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(4):283-291. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31870736/>

26. Kling JM, Miller VM. Nonhormone therapies for vasomotor symptom management. Cleve Clin J Med. 2024;91(4):237-246. Disponible en: <https://www.ccm.org/content/91/4/237>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ninguna otra fuente para llevar a cabo este estudio.

Contribuciones de los autores

1. *Conceptualización:* Elsa María Bernal Martínez, Consuelo de Jesús Albán Meneses, Mónica Patricia Acosta Gaibor, Blanca Cecilia Álvarez Macías

2. *Curación de datos:* Consuelo de Jesús Albán Meneses

3. *Análisis formal:* Elsa María Bernal Martínez, Consuelo de Jesús Albán Meneses, Mónica Patricia Acosta Gaibor, Blanca Cecilia Álvarez Macías

4. *Adquisición de fondos:* no

5. *Investigación:* Elsa María Bernal Martínez, Consuelo de Jesús Albán Meneses, Mónica Patricia Acosta Gaibor, Blanca Cecilia Álvarez Macías

6. *Metodología:* Elsa María Bernal Martínez, Consuelo de Jesús Albán Meneses

7. *Administración del proyecto:* Mónica Patricia Acosta Gaibor

8. *Recursos y software:* no

9. *Supervisión:* Consuelo de Jesús Albán Meneses

10. *Validación:* Elsa María Bernal Martínez, Consuelo de Jesús Albán Meneses

11. *Visualización:* Elsa María Bernal Martínez, Consuelo de Jesús Albán Meneses, Mónica Patricia Acosta Gaibor, Blanca Cecilia Álvarez Macías

12. *Redacción borrador original:* Mónica Patricia Acosta Gaibor, Blanca Cecilia Álvarez Macías

13. *Revisión y edición:* Mónica Patricia Acosta Gaibor