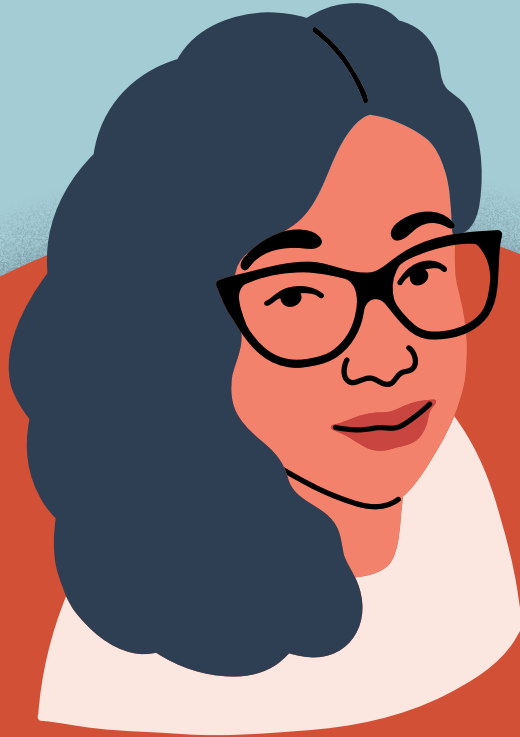


NO HACER
EN MENOPAUSIA





NO HACER
EN MENOPAUSIA



© 2026, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfy.com

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

Congresos y ediciones semFYC

Carrer del Pi, 11, 2.ª planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfy.com

Diseño: falcó

ISBN: 979-13-87859-25-1

Depósito legal: B-10130-2026

Printed in Spain



NO HACER EN MENOPAUSIA



Coordinación

Miguel García Hernández
Ana Isabel González González

Revisión interna

Pablo Alonso Coello. GdT Prevención en la Mujer del PAPPS-semFYC
Paula Chao Escuer. Junta Directiva de la semFYC
Ana Dosio Revenga. GdT Salud Integral de las Mujeres de la semFYC
Miguel García Hernández. GdT Medicina Basada en la Evidencia de la semFYC
Cristina González Fernández. GdT Prevención en la Mujer del PAPPS-semFYC
Ana Isabel González González. GdT Medicina Basada en la Evidencia de la semFYC
Ana Isabel Moreno Gómez. GdT Atención a la Mujer de SoMaMFyC
Lorena Prieto Gallego. GdT Salud Integral de las Mujeres de la semFYC
Raquel Rodríguez Rodríguez. GdT Salud Integral de las Mujeres de la semFYC
Elisa Romero Pineda. GdT Prevención en la Mujer del PAPPS-semFYC

Revisión externa

Remedios Martín Álvarez
Luz de Myotanh Vázquez Canales

Índice

Introducción	7
Metodología	9
1. No utilizar la terapia hormonal de la menopausia para la prevención primaria o secundaria de enfermedades cardiovasculares en personas posmenopáusicas	11
2. No utilizar la terapia hormonal de la menopausia para la prevención de la demencia en personas posmenopáusicas	13
3. No prescribir terapia hormonal de la menopausia u otros tratamientos en personas con menopausia desde un enfoque exclusivamente biomédico	15
4. No ofrecer estrógenos vaginales como primera opción en mujeres con menopausia y antecedentes de cáncer de mama	18
5. No solicitar determinaciones hormonales para confirmar el diagnóstico en personas de 45 años o más con amenorrea compatible con menopausia	20
6. No atribuir automáticamente síntomas depresivos, ansiedad u otros malestares psíquicos a la menopausia	21
7. No vincular el deterioro cognitivo persistente a la menopausia	23
8. No asociar de forma directa los dolores articulares o musculares a los cambios hormonales de la menopausia sin una valoración integral de otras causas	25
9. No pautar suplementación rutinaria con vitamina D a todas las personas posmenopáusicas con el objetivo de reducir el riesgo de fracturas	27
10. No solicitar densitometría ósea como cribado rutinario en personas posmenopáusicas menores de 65 años sin factores de riesgo de osteoporosis	29
11. No atender a las personas que consultan por síntomas menopáusicos desde un modelo biomédico centrado en la corrección hormonal	31
12. No realizar una toma de decisiones unilateral en personas con menopausia sin explorar su contexto, valores y preferencias	33

Introducción

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) se identifica por su compromiso con la persona y se define en términos de relación. Esa naturaleza imprime en su manera de pensar un carácter organicista, multinivel y no lineal, superando las limitaciones del reduccionismo al ofrecer una visión integral. De esta forma, la MFyC trasciende el dualismo mente/cuerpo, incluye la perspectiva biopsico-social y de género, y otorga valor a los aspectos subjetivos de la enfermedad, siendo su esencia la atención centrada en la persona (ACP).

La generación de conocimiento en la MFyC debe estar alineada con sus valores y filosofía, fomentando su implementación y reflexión, y contribuyendo al fortalecimiento y evolución de la propia especialidad. De este modo, la producción científica coherente con estos principios incluye el abordaje de la salud y la enfermedad en su dimensión biográfica, contextual y comunitaria.

La medicina, en ocasiones, en su afán por prevenir, detectar y tratar, puede contribuir a la medicalización de procesos normales de la vida y, en consecuencia, ocasionar daño bajo la apariencia de protección sanitaria. Aunque bienintencionadas, estas dinámicas pueden generar intervenciones innecesarias que afecten negativamente a la calidad de vida, la confianza en la relación clínica y la sostenibilidad de los sistemas de salud. Fiel a su compromiso, la MFyC debe integrar la mejor evidencia disponible con los valores y contextos individuales, evitando intervenciones sin beneficio significativo.

La menopausia, una transición fisiológica con diversas expresiones clínicas y significados personales, se enfrenta a dinámicas que la redefinen como un estado deficitario o patológico, susceptible de vigilancia, diagnóstico e intervención sistemática. Este encuadre promueve prácticas clínicas que, a menudo, no equilibran adecuadamente beneficios y riesgos, contribuyendo al sobrediagnóstico y sobretratamiento. La menopausia se convierte así en un terreno propicio para intervenciones de bajo valor, con escaso o nulo beneficio y potenciales efectos adversos, costes o impacto negativo en la calidad de vida. Estas prácticas incluyen la medicalización innecesaria de síntomas leves y la indicación de pruebas o tratamientos sin justificación clínica, desplazando el foco de la experiencia de la persona hacia la intervención biomédica.

Este escenario exige un enfoque prudente y crítico para distinguir entre atención necesaria e intervención excesiva. Reconocer la menopausia como una experiencia vital diversa implica evitar intervenciones innecesarias e integrar las preferencias, los valores y las expectativas de cada persona en la toma de decisiones. Este marco es fundamental para identificar y reducir prácticas de bajo valor, promoviendo una atención más respetuosa, equitativa y alineada con las necesidades reales de las personas.

El presente documento tiene como objetivo proporcionar recomendaciones que no solo sean clínicamente pertinentes, orientadas a la identificación y prevención de intervenciones de bajo valor o que pueden llegar a ser perjudiciales, sino que también se encuentren socialmente comprometidas.

La elaboración de estas recomendaciones desde la mirada de la MFyC ofrece una valiosa oportunidad para promover una práctica más humana, reflexiva y centrada en la persona, que integre, de forma estructurada, el contexto, las preferencias y los objetivos individuales con el conocimiento científico relevante.

Incorporar estas recomendaciones «No hacer» al debate científico no solo invita a reflexionar críticamente sobre el valor de prácticas cotidianas o establecidas, sino que también refuerza el papel de la ACP como el eje de la práctica clínica, enfatizando la función de la MFyC como piedra angular en los sistemas sanitarios orientados a la máxima calidad asistencial.



Metodología



El grupo encargado de la coordinación, revisión y autoría del documento ha sido seleccionado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

El objetivo de este documento es ofrecer recomendaciones clínicas orientadas a identificar y evitar intervenciones de bajo valor o potencialmente perjudiciales en la atención a personas con menopausia en el ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Asimismo, pretende promover la reflexión crítica sobre prácticas clínicas vigentes y detectar áreas de mejora en la práctica asistencial.

En línea con las recomendaciones de «No hacer» de GuíaSalud, este documento se centra en la identificación de prácticas que debían evitarse por su escaso valor. Se consideran intervenciones de bajo valor aquellas que no han demostrado beneficios clínicamente relevantes, pueden ocasionar daño o implican un uso ineficiente de los recursos sanitarios o sociales.

El documento se dirige fundamentalmente al ámbito de la Atención Primaria de la Salud, aunque aborda aspectos transversales aplicables a otros niveles del Sistema Nacional de Salud. Las recomendaciones están dirigidas a profesionales de MFyC, si bien pueden resultar de utilidad para otros profesionales implicados en la atención a personas con menopausia y sus familiares.

Las recomendaciones se basan en la mejor evidencia científica disponible y en el análisis de situaciones frecuentes en la práctica clínica. Se ha priorizado la utilización de fuentes recientes y de alta calidad metodológica, con especial atención a guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y documentos de consenso que describen de forma explícita sus métodos de búsqueda, selección y evaluación de la evidencia.

Es importante señalar que, aunque se promueve la incorporación de estas recomendaciones en la práctica clínica, estas pueden no ser aplicables en todas las situaciones. La toma de decisiones debe integrar la mejor evidencia

disponible, la experiencia profesional y los valores y las preferencias de cada persona. Asimismo, deberán considerarse las circunstancias clínicas específicas y la normativa vigente en materia de medicamentos y tecnologías sanitarias.

En un inicio, un grupo de personas expertas identificó los temas clave relacionados con la atención a la menopausia en el ámbito de la MFyC. Posteriormente, mediante consenso, se seleccionaron las recomendaciones más relevantes para priorizar aquellas de mayor impacto y relevancia en la práctica clínica.

Las recomendaciones se formularon a partir de preguntas estructuradas según el formato PICO (población, intervención, comparación y resultado [*outcome*] en salud), lo que permitió definir con claridad los escenarios clínicos, las intervenciones evaluadas y las posibles excepciones.

Para su elaboración, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas. Se priorizó la selección de documentos de alta calidad metodológica que describieran de forma explícita sus métodos de búsqueda, selección, síntesis y evaluación de la evidencia, así como las publicaciones más recientes disponibles. Finalmente, se llevó a cabo una síntesis de la evidencia encontrada, con el objetivo de integrar e interpretar de manera coherente los hallazgos relevantes para cada pregunta clínica planteada.

Las recomendaciones fueron elaboradas y discutidas en parejas de trabajo, con apoyo y revisión del equipo coordinador.

El borrador inicial del manuscrito fue elaborado por el equipo coordinador, que recopiló e integró las contribuciones de las personas autoras. La versión final fue revisada, editada y aprobada por todo el equipo antes de su envío para publicación.

NO HACER en menopausia

1

No utilizar la terapia hormonal de la menopausia para la prevención primaria o secundaria de enfermedades cardiovasculares en personas posmenopáusicas

Evitar el uso de la terapia hormonal de la menopausia (THM), combinada o solo con estrógenos, con finalidad preventiva cardiovascular, ya que no ha demostrado beneficio en la reducción de trastornos coronarios y se asocia a un aumento del riesgo de eventos adversos, como accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso.

La relación entre la THM y el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) es compleja y depende de factores como la edad cronológica, la edad de inicio de la menopausia, el estado de salud individual, la vía de administración de los estrógenos y, posiblemente, de la dosis y del tipo de progestágeno¹. No obstante, la evidencia disponible no apoya su utilización con fines preventivos.

El uso de la THM para la prevención primaria de enfermedades crónicas no ha demostrado un balance favorable entre beneficios y riesgos, debido a la ausencia de efecto protector claro y al aumento de eventos adversos^{2,3}. Los ensayos clínicos de la *Women's Health Initiative* mostraron que la THM basada en estrógenos y progestágenos no reduce el riesgo de eventos coronarios y aumenta el de sufrir un accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso^{1,3}. En mujeres histerectomizadas, el empleo de estrógenos en monoterapia también se asocia con un incremento del riesgo de accidente cerebrovascular^{1,2}.

En prevención secundaria, el *Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study* demostró que la THM combinada no reduce la tasa de eventos coronarios en mujeres con ECV establecida e incrementa el riesgo de eventos tromboembólicos^{1,3}.

Asimismo, no existe evidencia clara de que la THM reduzca la mortalidad cardiovascular ni en mujeres sin enfermedad previa ni en aquellas con ECV establecida³.

El riesgo asociado a la THM varía con la edad: no se observa un beneficio cardiovascular significativo en mujeres de 60 a 69 años, mientras que en mujeres de 70 años o más se ha descrito un incremento del riesgo. Estos hallazgos respaldan las recomendaciones actuales, que limitan el uso de la THM al tratamiento de los síntomas menopáusicos, con mayor beneficio-riesgo en mujeres más jóvenes y evitando su empleo con fines preventivos cardiovasculares¹.

Guías clínicas como la del National Institute for Health and Care Excellence recomiendan que la THM no se utilice para la prevención de la enfermedad coronaria⁴. Esto se alinea con lo que dice la U.S. Preventive Services Task Force, que reconoce los riesgos de las THM de manera combinada (evidencia alta²) o solo con estrógenos (evidencia limitada²).

Bibliografía

1. Genazzani AR, Monteleone P, Giannini A, Simoncini T. Hormone therapy in the postmenopausal years: considering benefits and risks in clinical practice. *Hum Reprod Update*. 18 de octubre de 2021;27(6):1115-50. doi:10.1093/humupd/dmab026
2. Gartlehner G, Patel SV, Reddy S, Rains C, Schwimmer M, Kahwati L. Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal persons. *JAMA*. 1 de noviembre de 2022;328(17):1747. doi:10.1001/jama.2022.18324
3. Bofill Rodríguez M, Yong LN, Mirkov S, Bekos C, Lethaby A, Farquhar C. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 27 de noviembre de 2025;2025(11). doi:10.1002/14651858.CD004143.pub6
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Menopause: identification and management (NG23) [Internet]. Londres; julio de 2024 [citado: 21 de marzo de 2026]. Report. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>

2

No utilizar la terapia hormonal de la menopausia para la prevención de la demencia en personas posmenopáusicas

Evitar el uso de la terapia hormonal de la menopausia (THM), combinada o solo con estrógenos, con el objetivo de prevenir el deterioro cognitivo o la demencia, ya que no ofrece un beneficio clínico neto y, en determinados grupos, puede aumentar el riesgo.

La evidencia disponible, basada en ensayos clínicos de alta calidad, indica que la THM no presenta un balance beneficio-riesgo favorable para la prevención de la demencia, al no demostrar efectos protectores consistentes y/o asociarse a un posible incremento del riesgo en mujeres de mayor edad¹⁻³.

El *Women's Health Initiative Memory Study* (WHIMS), subestudio de los ensayos clínicos de la *Women's Health Initiative*, mostró que, en mujeres de 65 años o más, la terapia hormonal combinada (estrógenos equinos conjugados y acetato de medroxiprogesterona) aumenta de forma significativa el riesgo de demencia¹⁻³ (nivel de evidencia bajo³), mientras que con el uso de estrógenos en monoterapia no se encontraron diferencias significativas¹⁻³ (nivel de evidencia bajo³).

Por otro lado, el estudio WHIMS-Young, que evaluó a mujeres que iniciaron el tratamiento entre los 50 y 55 años, no mostró ni beneficio ni riesgo significativo sobre la función cognitiva tras un seguimiento prolongado⁴. Mientras que un estudio de casos y controles anidado utilizando registros nacionales daneses mostró una asociación con el desarrollo de demencia, incluso en mujeres que recibieron tratamiento a los 55 años o menos⁵.

En conjunto, la evidencia sugiere que la THM no previene la demencia ni mejora la función cognitiva, y su uso, con este objetivo, no está justificado en la práctica clínica¹.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Menopause: identification and management (NG23) [Internet]. Londres; julio de 2024 [citado: 21 de marzo de 2026]. Report. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>
2. Bofill Rodríguez M, Yong LN, Mirkov S, Bekos C, Lethaby A, Farquhar C. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 27 de noviembre de 2025; 2025(11). doi:10.1002/14651858.CD004143.pub6
3. Gartlehner G, Patel SV, Reddy S, Rains C, Schwimmer M, Kahwati L. Hormone Therapy for the Primary Prevention of Chronic Conditions in Postmenopausal Persons. *JAMA*. 1 de noviembre de 2022;328(17):1747. doi:10.1001/jama.2022.18324
4. Espeland MA, Rapp SR, Manson JE, Goveas JS, Shumaker SA, Hayden KM, et al, and WHIMSY and WHIMS-ECHO Study Groups. Long-term effects on cognitive trajectories of postmenopausal hormone therapy in two age groups. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2017;72(6):838-45. doi:10.1093/gerona/glw156
5. Pourhadi N, Mørch LS, Holm EA, Torp-Pedersen C, Meaidi A. Menopausal hormone therapy and dementia: nationwide, nested case-control study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 2023;381:e072770. doi:10.1136/bmj-2022-072770

3

No prescribir terapia hormonal de la menopausia u otros tratamientos en personas con menopausia desde un enfoque exclusivamente biomédico

Evitar la prescripción de terapia hormonal de la menopausia (THM) u otros tratamientos en personas con menopausia desde un enfoque exclusivamente biomédico, sin proporcionar información estructurada y comprensible sobre riesgos y beneficios, ni integrar un proceso de toma de decisiones compartida que respete los valores, las preferencias y el contexto de la paciente.

La menopausia requiere una atención integral que aborde los posibles signos y síntomas asociados y que, al mismo tiempo, apoye a las mujeres desde un modelo de empoderamiento. La Organización Mundial de la Salud define este modelo como un proceso activo mediante el cual las personas adquieren confianza, conocimientos y capacidad de autodeterminación para autogestionar su salud y tomar decisiones informadas sobre la atención sanitaria¹.

Las decisiones relacionadas con el manejo de la menopausia son complejas, en parte debido al limitado número de estudios comparativos entre las diferentes opciones terapéuticas disponibles. Por un lado, las y los profesionales de la salud pueden encontrar dificultades para determinar con precisión los riesgos y beneficios asociados a la formulación, dosis y duración de la THM, así como para identificar el tratamiento más adecuado teniendo en cuenta los antecedentes médicoquirúrgicos personales y familiares de cada mujer². Por otro lado, las mujeres necesitan estar preparadas para afrontar esta transición mediante el acceso a información clara, rigurosa y comprensible proporcionada por profesionales de la salud. Esta información ha de incluir orientación sobre los cambios fisiológicos, los factores de riesgo y las distintas alternativas terapéuticas disponibles³.

En este contexto, resulta fundamental fomentar la autonomía y la concienciación de las mujeres mediante intervenciones de educación para la salud. La limitada disponibilidad de información accesible y la escasa implementación de actividades orientadas al autocuidado

pueden dificultar la prevención de problemas de salud o la atenuación de los síntomas y signos asociados a esta etapa⁴.

En lugar de centrar la atención exclusivamente en el déficit hormonal desde un enfoque biomédico, se propone que las y los profesionales de la salud realicen escucha empática, aporten información basada en la evidencia, preferiblemente antes del inicio de la menopausia, y utilicen herramientas que faciliten la toma de decisiones sobre el manejo de los síntomas. Asimismo, deben acompañar a las mujeres mediante un modelo de toma de decisiones compartida. Este enfoque, menos medicalizador, reconoce los múltiples factores que influyen en la experiencia individual de la menopausia y promueve un papel activo de las mujeres en el autocuidado de su salud³.

El uso de información estructurada en el proceso de toma de decisiones compartida marca una diferencia sustancial: no solo mejora la calidad de las decisiones adoptadas, sino que también garantiza que cada tratamiento respete los valores y las preferencias de la persona, favoreciendo una mayor comprensión y satisfacción con su proceso de cuidado⁵.

Por todo ello, es fundamental que mujeres, profesionales de la salud y responsables de la planificación sanitaria comprendan y aborden estas barreras. Su adecuada consideración, mediante el diseño de intervenciones de apoyo, como guías basadas en la evidencia y modelos estructurados de toma de decisiones, fortalece la participación de las mujeres y optimiza el uso de los recursos disponibles. Ante la complejidad de la THM, la atención individualizada y la toma de decisiones compartida resultan esenciales para ofrecer una asistencia de calidad. Cuando el inicio del tratamiento se basa en una elección informada y estructurada, basada en los valores de la paciente, se obtienen múltiples beneficios: mayor satisfacción con la atención recibida, reducción de la incertidumbre y mejora de la adherencia terapéutica a largo plazo^{3,5}.

Bibliografía

1. Promoción de la Salud. Glosario [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998 [citado: 21 de marzo de 2026]. Report. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
2. «The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society» Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 1 de julio de 2022;29(7):767-94. doi:10.1097/GME.0000000000002028 PubMed PMID: 35797481

3. Hickey M, LaCroix AZ, Doust J, Mishra GD, Sivakami M, Garlick D, et al. An empowerment model for managing menopause. *The Lancet*. Marzo de 2024;403(10430):947-57. doi:10.1016/S0140-6736(23)02799-X
4. Hoga L, Rodolpho J, Gonçalves B, Quirino B. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBIM Database System Rev Implement Rep*. 16 de septiembre de 2015;13(8):250-337. doi:10.11124/jbis-rir-2015-1948. PMID: 26455946.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making (NG197). [Internet]. Londres; junio de 2021 [citado: 21 de marzo de 2026]. Report. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>

4

No ofrecer estrógenos vaginales como primera opción en mujeres con menopausia y antecedentes de cáncer de mama

Se recomienda evitar el uso inicial de estrógenos vaginales en mujeres con menopausia y antecedentes de cáncer de mama, especialmente en tratamiento con inhibidores de aromataasa, sin haber considerado previamente alternativas no hormonales ni haber realizado una valoración individualizada, debido a la incertidumbre sobre su seguridad en términos de recurrencia tumoral y a la posible existencia de riesgo aumentado en determinados subgrupos.

En población general, los estrógenos vaginales han demostrado mejorar, de forma modesta pero clínicamente relevante, los síntomas del síndrome genitourinario de la menopausia, como la sequedad vaginal y la dispareunia, con un perfil de seguridad aceptable a corto plazo¹.

Sin embargo, en mujeres con antecedentes de cáncer de mama, la evidencia disponible procede de estudios observacionales con calidad baja o muy baja. En conjunto, no se observan diferencias claras en el riesgo de recurrencia entre usuarias y no usuarias de estrógenos vaginales, pero los resultados son inconsistentes y con importante incertidumbre².

De forma relevante, algunos estudios muestran una posible señal de aumento del riesgo de recurrencia de cáncer en mujeres tratadas con inhibidores de aromataasa, mientras que no se observan diferencias claras en aquellas en tratamiento con tamoxifeno².

En este contexto, considerando la disponibilidad de alternativas no hormonales eficaces y el balance entre los beneficios y potenciales riesgos, el uso inicial de estrógenos vaginales en mujeres con antecedentes de cáncer de mama, especialmente en tratamiento con inhibidores de aromataasa, puede considerarse una práctica de bajo valor clínico si no se ha realizado previamente una valoración individualizada.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Managing genitourinary symptoms (network meta-analyses): Menopause: identification and management: Evidence review B1. [Internet]. Londres; 2024 [citado: 19 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK609948/>
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Managing genitourinary symptoms – breast cancer recurrence: Menopause (update): Evidence review B2. [Internet]. Londres; 2024 [citado: 19 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK609658/>

5

No solicitar determinaciones hormonales para confirmar el diagnóstico en personas de 45 años o más con amenorrea compatible con menopausia

Evitar la solicitud de análisis hormonales (hormona folículo-estimulante [FSH], estradiol u otras) en personas de 45 años o más con amenorrea compatible con menopausia, dado que el diagnóstico en este grupo de edad es clínico y no requiere confirmación analítica.

.....

El diagnóstico de menopausia en mujeres mayores de 45 años es clínico. Se establece tras 12 meses consecutivos de amenorrea, en ausencia de causas patológicas o de intervenciones médicas que puedan explicarla^{1,2}.

En este grupo de edad, no se requieren pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico, ya que las concentraciones de la FSH y el estradiol presentan una marcada variabilidad durante la transición menopáusica y a lo largo del ciclo menstrual^{1,3}. Además, no se estabilizan en niveles posmenopáusicos hasta varios años después de la última menstruación, cuando el diagnóstico clínico ya suele ser evidente². Las mediciones séricas de FSH y estradiol no están indicadas para diagnosticar la menopausia en personas de 45 años o más, ni para predecir la transición menopáusica¹.

Por tanto, en personas de 45 años o más con amenorrea compatible con menopausia, la solicitud rutinaria de análisis hormonales constituye una práctica de bajo valor clínico, ya que no mejora la precisión diagnóstica.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Menopause: identification and management (NG23). [Internet]. Londres; noviembre de 2024 [citado: 21 de marzo de 2026]. Report. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>
2. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10. Menopause. Abril de 2012;19(4):387-95. doi:10.1097/gme.0b013e31824d8f40
3. Randolph JF, Zheng H, Sowers MR, Crandall C, Crawford S, Gold EB, et al. Change in follicle-stimulating hormone and estradiol across the menopausal transition: effect of age at the final menstrual period. J Clin Endocrinol Metab. 1 de marzo de 2011;96(3):746-54. doi:10.1210/jc.2010-1746

6

No atribuir automáticamente síntomas depresivos, ansiedad u otros malestares psíquicos a la menopausia

Evitar la atribución de síntomas afectivos exclusivamente a la menopausia sin una evaluación adecuada de otros factores relevantes, como antecedentes personales, estresores psicosociales, condiciones de salud mental previas, calidad del sueño o contexto vital, ya que esta simplificación puede conducir a un infradiagnóstico o manejo inadecuado.

.....

Los cambios físicos asociados con la menopausia, junto con la vivencia individual de esta etapa y el contexto psicológico, social, familiar y afectivo-sexual, pueden convertir este período en un momento de mayor vulnerabilidad para algunas mujeres. La interacción entre estos factores podría explicar por qué con frecuencia se asocia la menopausia con alteraciones del estado de ánimo, ansiedad u otros trastornos afectivos.

Sin embargo, la evidencia disponible no demuestra que la transición menopáusica constituya por sí misma un factor independiente para la aparición de depresión, ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo, excepto en mujeres con determinados factores de riesgo, como estresores psicosociales significativos, síntomas vasomotores severos y prolongados o antecedentes de trastornos afectivos¹.

La evidencia procedente de una revisión de estudios longitudinales en 1990 y 2023, incluyendo cohortes como *Study of Women's Health Across the Nation* (SWAN), *Zurich Study*, *Penn Ovarian Aging Study* (POAS) o *Australian Longitudinal Study of Women's Health* (ALSWH), indica que la transición menopáusica puede representar un período de vulnerabilidad para la recurrencia del trastorno depresivo mayor en mujeres con antecedentes, pero no para su aparición inicial¹. Tampoco existe evidencia consistente de un aumento universal o uniforme de síntomas depresivos durante esta etapa. Factores como acontecimientos vitales estresantes, dificultades económicas, desempleo, bajo apoyo social, alteraciones del sueño o sedentarismo se asocian de forma significativa con síntomas depresivos independientemente de la menopausia².

En relación con la ansiedad, la evidencia tampoco muestra un incremento generalizado durante la transición menopáusica. Algunos estudios sugieren una posible relación bidireccional entre ansiedad somática y síntomas vasomotores, aunque los resultados no son concluyentes. Asimismo, las intervenciones psicosociales podrían contribuir a prevenir síntomas depresivos en mujeres con mayor riesgo.

No existe evidencia suficiente para utilizar la terapia hormonal de la menopausia como tratamiento específico de los trastornos del estado del ánimo en la menopausia, salvo en los casos en que estos síntomas están asociados a síntomas vasomotores.

Las guías clínicas señalan que durante períodos de fluctuaciones hormonales, como el ciclo menstrual, el posparto o la perimenopausia³, pueden aparecer alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, esta asociación no implica necesariamente una relación causal directa. En conjunto, la evidencia indica que los síntomas afectivos durante la menopausia deben interpretarse desde un enfoque biopsicosocial, evitando su atribución automática a los cambios hormonales de esta etapa.

Bibliografía

1. Brown L, Hunter MS, Chen R, Crandall CJ, Gordon JL, Mishra GD, et al. Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*. 9 de marzo de 2024;403(10430):969-83. doi:10.1016/S0140-6736(23)02801-5
2. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. octubre de 2019;26(10):1213-27. doi:10.1097/GME.0000000000001424. PMID: 31568098.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Menopause: identification and management (NG23). [Internet]. Londres; noviembre de 2024 [citado: 21 de marzo de 2026]. Report. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>

7

No vincular el deterioro cognitivo persistente a la menopausia

Evitar vincular los cambios cognitivos a la menopausia sin una evaluación adecuada de otros factores relevantes, comorbilidades, trastornos del sueño u otros determinantes clínicos y contextuales, ya que esta simplificación puede conducir a un infradiagnóstico o a un manejo inadecuado.

El deterioro cognitivo se asocia principalmente con el envejecimiento cronológico, aunque existe una variabilidad interindividual significativa cuyos determinantes no están identificados por completo. Existe una mayor prevalencia de demencia en mujeres que en hombres, sobre todo en relación con la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, no se ha demostrado una relación causal directa entre la menopausia y el deterioro cognitivo persistente.

Los estudios longitudinales indican que el descenso sostenido del rendimiento cognitivo se atribuye fundamentalmente a la edad cronológica y no a la menopausia en sí misma¹⁻³. En contraste, durante la transición menopáusica pueden observarse alteraciones cognitivas leves y transitorias, que es probable que estén relacionadas con fluctuaciones hormonales o con síntomas asociados, como alteraciones del sueño o síntomas vasomotores⁴.

En relación con la exposición acumulativa a estrógenos endógenos, estimada por la duración del período reproductivo, los estudios muestran resultados inconsistentes respecto a un posible efecto protector frente al deterioro cognitivo o la demencia, por lo que la evidencia actual no permite establecer conclusiones firmes⁵.

En conjunto, la evidencia disponible sugiere que los cambios cognitivos percibidos durante la transición menopáusica suelen ser leves y transitorios, mientras que el deterioro cognitivo persistente se relaciona principalmente con procesos complejos que requieren una valoración integral y exhaustiva.

Bibliografía

1. Meyer PM, Powell LH, Wilson RS, Everson-Rose SA, Kravitz HM, Luborsky JL, et al. A population-based longitudinal study of cognitive functioning in the menopausal transition. *Neurology*. 23 de septiembre de 2003;61(6):801-6. doi:10.1212/01.WNL.0000079051.91602.E2
2. Greendale GA, Huang MH, Wight RG, Seeman T, Luetters C, Avis NE, et al. Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women. *Neurology*. 26 de mayo de 2009;72(21):1850-7. doi:10.1212/WNL.Ob013e3181a71193
3. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. Octubre de 2019;26(10):1213-27. doi:10.1097/GME.0000000000001424
4. Fu C, Hao W, Shrestha N, Virani SS, Mishra SR, Zhu D. Association of reproductive factors with dementia: a systematic review and dose-response meta-analyses of observational studies. *EClinicalMedicine*. Enero de 2022;43:101236. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101236
5. Georgakis MK, Kalogirou EI, Diamantaras AA, Daskalopoulou SS, Munro CA, Lyketsos CG, et al. Age at menopause and duration of reproductive period in association with dementia and cognitive function: a systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. Noviembre de 2016;73:224-43. doi:10.1016/j.psychneuen.2016.08.003

8

No asociar de forma directa los dolores articulares o musculares a los cambios hormonales de la menopausia sin una valoración integral de otras causas

Evitar atribuir el dolor musculoesquelético exclusivamente a la menopausia sin una evaluación adecuada de otros factores relevantes, como la edad, las comorbilidades (por ejemplo, osteoartritis o artritis inflamatoria), los factores mecánicos, el estilo de vida, la calidad del sueño o el estrés, ya que esta simplificación puede conducir a un infradiagnóstico o a un manejo inadecuado.

La relación entre la menopausia y el dolor musculoesquelético es un ámbito en el que la percepción clínica y la evidencia epidemiológica no siempre coinciden. La guía de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud sobre el abordaje de los síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia señala, con una calidad de la evidencia baja, que no se ha demostrado una asociación entre menopausia y dolor musculoesquelético^{1,2}. Aunque estos síntomas se han relacionado con la disminución de estrógenos, la evidencia científica disponible no permite establecer una relación sólida y consistente comparable a la descrita para los síntomas vasomotores o la atrofia vaginal.

Los dolores musculoesqueléticos que aparecen en esta etapa suelen coincidir con otros procesos frecuentes en la edad media de la vida, como la artrosis, la artritis reumatoide, los traumatismos mecánicos o los diferentes síndromes dolorosos funcionales. Asimismo, la edad desempeña un papel relevante, ya que resulta difícil diferenciar los cambios musculoesqueléticos asociados al envejecimiento biológico de aquellos potencialmente relacionados con la transición menopáusica³.

Estudios longitudinales como el *Study of Women's Health Across the Nation* (SWAN)⁴ han mostrado que las mujeres con mayor carga de síntomas vasomotores (sofocos), baja calidad del sueño o mayor estrés percibido presentan peor funcionamiento físico. Esto sugiere que el dolor musculoesquelético puede verse amplificado por otros síntomas asociados o por factores psicosociales que afectan a la calidad de vida.

Además, factores como el sedentarismo y la elevación del índice de masa corporal se asocian con una peor función física y mayor presencia de dolor durante la transición menopáusica³.

En conjunto, la evidencia indica que los dolores musculoesqueléticos durante esta etapa reflejan una interacción compleja entre envejecimiento biológico, factores mecánicos, estilo de vida y otros síntomas asociados, como el insomnio o el estrés.

Bibliografía

1. Suárez-Alemán C, Martín-López JE, Molina-López T. Guía de práctica clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia. *GuíaSalud*; 2017. doi:10.46995/gpc_571
2. Dennerstein L. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstetrics & Gynecology*. 23 de agosto de 2000;96(3):351-8. doi:10.1016/S0029-7844(00)00930-3
3. Lu C Bo, Liu P Fei, Zhou Y Sheng, Meng F Cheng, Qiao T Yun, Yang X Jiang, et al. Musculoskeletal pain during the menopausal transition: a systematic review and meta-analysis. *Neural Plast*. 25 de noviembre de 2020;2020:1-10. doi:10.1155/2020/8842110
4. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. Octubre de 2019;26(10):1213-27. doi:10.1097/GME.0000000000001424

9

No pautar suplementación rutinaria con vitamina D a todas las personas posmenopáusicas con el objetivo de reducir el riesgo de fracturas

Evitar la suplementación sistemática con vitamina D en personas posmenopáusicas sin déficit conocido ni factores de riesgo elevados de fractura, ya que no existe evidencia sólida de beneficio clínicamente relevante en la prevención de fracturas y puede contribuir al sobretratamiento.

La evidencia disponible sugiere un efecto nulo o, en el mejor de casos, clínicamente irrelevante de la suplementación con vitamina D sobre la reducción del riesgo de fracturas en personas posmenopáusicas sin déficit ni alto riesgo¹⁻⁵.

Las principales guías de práctica clínica y los documentos de posicionamiento coinciden en no recomendar la suplementación rutinaria con vitamina D para la prevención primaria de fracturas en personas posmenopáusicas con bajo riesgo^{2,3}.

La suplementación con vitamina D (habitualmente asociada a calcio) puede considerarse en situaciones clínicas específicas, como^{1,4-6}:

- Déficit documentado de vitamina D (25[OH]D) (<20 ng/ml o <50 nmol/l) con un nivel de evidencia limitado⁵.
- Osteoporosis establecida o alto riesgo de fractura (por ejemplo, según Fracture Risk Assessment Tool [FRAX]), como complemento al tratamiento específico⁵ o en combinación exclusiva con calcio, si existe contraindicación para otros tratamientos⁴.
- Ingesta insuficiente de calcio y vitamina D a través de la alimentación, mayores de 70 años con déficits nutricionales importantes y escasa exposición solar (recomendación débil a favor⁶).
- Situaciones de fragilidad, institucionalización⁶ o condiciones que aumenten el riesgo de déficit.

En este contexto, una estrategia prudente y alineada con la evidencia disponible consiste en priorizar un abordaje individualizado que incluya recomendaciones sobre dieta, ejercicio físico (fuerza y equilibrio), abandono del tabaco, moderación del consumo de alcohol y prevención de caídas, integrando los valores y las preferencias individuales de la persona³.

Bibliografía

1. Anagnostis P, Livadas S, Goulis DG, Bretz S, Ceausu I, Durmusoglu F, et al. EMAS position statement: vitamin D and menopausal health. *Maturitas*. 1 de marzo de 2023;169:2-9. doi:10.1016/j.maturitas.2022.12.006
2. Management of osteoporosis in postmenopausal women: the 2021 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 1 de septiembre de 2021;28(9):973-97. doi:10.1097/GME.0000000000001831. PMID: 34448749
3. Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, Chelmsow D, Coker TR, Davis EM, et al. Screening for osteoporosis to prevent fractures. *JAMA*. 11 de febrero de 2025;333(6):498. doi:10.1001/jama.2024.27154
4. Shoback D, Rosen CJ, Black DM, Cheung AM, Murad MH, Eastell R. Pharmacological management of osteoporosis in postmenopausal women: an Endocrine Society Guideline update. *J Clin Endocrinol Metab*. 1 de marzo de 2020;105(3):587-94. doi:10.1210/clinem/dgaa048
5. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, Diab DL, Eldeiry LS, Farooki A, et al. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis—2020 update. *Endocrine Practice*. 15 de mayo de 2020;26(s1):1-46. doi:10.4158/GL-2020-0524SUPPL
6. López García-Franco A, Alonso-Coello P, Pereira Iglesias A, González Fernández C, Romero Pineda E, Landa Goñi J, Grupo de la Mujer del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPS 2024. *Aten Primaria*. 2024;56 Suppl 1:103131. doi:10.1016/j.aprim.2024.103131

10

No solicitar densitometría ósea como cribado rutinario en personas posmenopáusicas menores de 65 años sin factores de riesgo de osteoporosis

Evitar la solicitud sistemática de densitometría ósea sin una valoración previa e individualizada del riesgo de fractura, ya que el cribado en personas de bajo riesgo no mejora el riesgo de fractura por fragilidad y puede conducir a sobrediagnóstico, sobretratamiento y uso ineficiente de recursos.

Las recomendaciones del Canadian Task Force on Preventive Health Care desaconsejan el cribado en mujeres de entre 40 y 64 años (recomendación fuerte, evidencia de muy baja certeza) que viven en la comunidad y no reciben tratamiento farmacológico para la prevención de fracturas por fragilidad, debido al balance desfavorable entre beneficios y riesgos, así como al impacto potencial en los costes sanitarios¹, a lo que se le puede sumar el riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento². De la misma forma, la U.S. Preventive Services Task Force recomienda hacer cribado únicamente en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con riesgo aumentado de fractura osteoporótica, estimado mediante herramientas de evaluación del riesgo clínico (nivel de evidencia B)³.

Esta recomendación está alineada con iniciativas previas, como el catálogo «No hacer» y Choosing Wisely, que desaconsejan la solicitud de densitometría en personas de bajo riesgo sin una evaluación previa de factores de riesgo^{4,5}.

En la práctica clínica, la evaluación inicial del riesgo debe realizarse mediante herramientas validadas, como el Fracture Risk Assessment Tool (FRAX), sin necesidad de medir la densidad mineral ósea (DMO) de forma sistemática. La medición de la DMO debería reservarse para aquellos casos en los que, tras la evaluación del riesgo, se esté considerando la indicación de tratamiento farmacológico.

Por el contrario, para las personas posmenopáusicas mayores de 65 años, la decisión de hacer el cribado debería considerarse basándose en una valoración individualizada del riesgo, sopesando los beneficios y riesgos mediante un proceso de toma de decisiones compartida. En este grupo, la detección precoz puede contribuir a reducir el riesgo de fracturas por fragilidad, aunque la certeza de la evidencia es moderada^{1-3,5}.

Bibliografía

1. Thériault G, Limburg H, Klarenbach S, Reynolds DL, Riva JJ, Thombs BD, et al. Recommendations on screening for primary prevention of fragility fractures. *Can Med Assoc J*. 8 de mayo de 2023;195(18):E639-49. doi:10.1503/cmaj.221219
2. Gates M, Pillay J, Nuspl M, Wingert A, Vandermeer B, Hartling L. Screening for the primary prevention of fragility fractures among adults aged 40 years and older in primary care: systematic reviews of the effects and acceptability of screening and treatment, and the accuracy of risk prediction tools. *Syst Rev*. 21 de marzo de 2023;12(1):51. doi:10.1186/s13643-023-02181-w
3. Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, Chelmow D, Coker TR, Davis EM, et al. Screening for osteoporosis to prevent fractures. *JAMA*. 11 de febrero de 2025;333(6):498. doi:10.1001/jama.2024.27154
4. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres postmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo. *GuíaSalud*. [Internet]. 2013 [citado: 17 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/no-hacer/no-solicitar-densitometria-de-forma-rutinaria-en-mujeres-postmenopausicas-para-valorar-el-riesgo-de-fractura-osteoporotica-sin-realizar-antes-una-valoracion-de-factores-de-riesgo/#1537307102696-fed4a723-1ad9>
5. College of Family Physicians of Canada. Fifteen tests and treatments to question. *Choosingwiselycanada.org* [Internet]. 2026 [citado: 17 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://choosingwiselycanada.org/recommendation/family-medicine/>

11

No atender a las personas que consultan por síntomas menopáusicos desde un modelo biomédico centrado en la corrección hormonal

Evitar un abordaje exclusivamente biomédico que reduzca la menopausia a un déficit hormonal y omita la valoración de factores de género, determinantes psicosociales y contexto cultural, como el nivel socioeconómico, el entorno laboral, las actitudes hacia la menopausia o el apoyo social, ya que este enfoque puede conducir a una evaluación incompleta, limitar la precisión diagnóstica y empeorar los resultados clínicos y psicosociales.

La evidencia disponible muestra que el modelo biomédico tradicional resulta insuficiente para comprender la complejidad de la menopausia, al centrarse en la fisiopatología hormonal y relegar factores que influyen de manera relevante en los resultados en salud y en la experiencia de un proceso fisiológico como la menopausia^{1,2}.

El género, como determinante estructural de la salud, actúa a través de mecanismos como las desigualdades sociales, las exposiciones diferenciales, los sesgos en la atención sanitaria y en la investigación, condicionando tanto la experiencia como el manejo clínico de la menopausia^{3,4}.

Desde el punto de vista clínico, síntomas como los vasomotores no pueden explicarse únicamente por mecanismos endocrinos. Su intensidad e impacto están modulados por factores como el nivel socioeconómico, el entorno laboral, el estrés, el hábito tabáquico o el apoyo social^{1,5}.

Asimismo, los trastornos cognitivos o del estado de ánimo presentan una etiología multifactorial, en la que intervienen el sueño, el estrés y factores emocionales, lo que refuerza la necesidad de un enfoque biopsicosocial^{1,5}.

No tener en cuenta estos sesgos de género en la práctica clínica pueden llevar tanto a la infravaloración como a la medicalización inapropiada de los síntomas, contribuyendo a diagnósticos imprecisos y a intervenciones de bajo valor^{3,4}.

Las intervenciones que incorporan esta perspectiva, como la terapia cognitivo conductual, han demostrado mejorar los síntomas vasomotores, la calidad del sueño, el estado de ánimo y la calidad de vida, lo que pone de manifiesto que un abordaje exclusivamente farmacológico resulta insuficiente de forma aislada.

En conjunto, la evidencia respalda la necesidad de integrar un enfoque biopsicosocial con perspectiva de género en el abordaje de la menopausia, como estrategia para mejorar la calidad de la atención y los resultados en salud^{1,2}.

Bibliografía

1. Davis SR, Pinkerton J, Santoro N, Simoncini T. Menopause—Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell*. Septiembre de 2023;186(19):4038-58. doi:10.1016/j.cell.2023.08.016
2. Hickey M, LaCroix AZ, Doust J, Mishra GD, Sivakami M, Garlick D, et al. An empowerment model for managing menopause. *The Lancet*. Marzo de 2024;403(10430):947-57. doi:10.1016/S0140-6736(23)02799-X
3. Shannon G, Jansen M, Williams K, Cáceres C, Motta A, Odhiambo A, et al. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *The Lancet*. Febrero de 2019;393(10171):560-9. doi:10.1016/S0140-6736(18)33135-0
4. Hamberg K. Gender Bias in Medicine. *Women's Health*. 1 de mayo de 2008;4(3):237-43. doi:10.2217/17455057.4.3.237
5. Brown L, Hunter MS, Chen R, Crandall CJ, Gordon JL, Mishra GD, et al. Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*. 9 de marzo de 2024;403(10430):969-83. doi:10.1016/S0140-6736(23)02801-5

12

No realizar una toma de decisiones unilateral en personas con menopausia sin explorar su contexto, valores y preferencias

Evitar un modelo de atención centrado exclusivamente en la enfermedad y la toma de decisiones unilateral, sin incorporar la exploración del contexto psicosocial, los valores y las preferencias de la persona, ya que este enfoque presenta baja aceptabilidad, contribuye a la medicalización de una experiencia fisiológica normal y perpetúa sesgos de género en la práctica clínica.

.....

El modelo biomédico tradicional podría presentar limitaciones relevantes en términos de aceptabilidad y adecuación a sus necesidades, generando experiencias de falta de escucha, información insuficiente o inadecuada, y tratamientos percibidos como poco eficaces, especialmente en grupos vulnerables o minoritarios.

Desde la perspectiva de la toma de decisiones compartida, las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence recomiendan involucrar activamente a las personas en las decisiones sobre su atención, integrando la mejor evidencia disponible con sus valores, preferencias y contexto^{1,2}. Este enfoque podría asociarse a mayor satisfacción, mejor comunicación, mayor confianza y mayor adherencia al plan terapéutico.

El contexto psicosocial y el género constituyen unos determinantes clave de la experiencia menopáusica y de la respuesta a las intervenciones. Factores como el entorno laboral, el nivel socioeconómico, el apoyo social o las normas culturales influyen de forma directa en la vivencia de los síntomas y en su impacto funcional, lo que limita la utilidad de enfoques exclusivamente biomédicos^{3,4}.

Asimismo, la evidencia señala que los sesgos de género en los sistemas sanitarios pueden favorecer tanto la infravaloración como la medicalización de los síntomas⁵, contribuyendo a desigualdades en la atención y a intervenciones de bajo valor.

En conjunto, estos hallazgos apoyan la necesidad de adoptar un modelo centrado en la persona, que incorpore la toma de decisiones compartida, la perspectiva de género y la evaluación del contexto psicosocial como elementos esenciales de la calidad asistencial.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Menopause: identification and management (NG23) [Internet]. Londres; noviembre de 2024 [citado: 21 de marzo de 2026]. Report. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making (NG197) [Internet]. Londres; junio de 2021 [citado: 21 de marzo de 2026]. Report. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>
3. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*. 20 de febrero de 2009;62(2):153-9. doi:10.1016/j.maturitas.2008.12.006
4. Brown L, Hunter MS, Chen R, Crandall CJ, Gordon JL, Mishra GD, et al. Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*. 9 de marzo de 2024;403(10430):969-83. doi:10.1016/S0140-6736(23)02801-5
5. Shannon G, Jansen M, Williams K, Cáceres C, Motta A, Odhiambo A, et al. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *The Lancet*. Febrero de 2019;393(10171):560-9. doi:10.1016/S0140-6736(18)33135-0

