

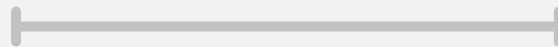
Licenciatura en Nutrición  
Trabajo Final Integrador

Autora: Dolores Reynal Correa

**MENOPAUSIA Y CONSTIPACIÓN**

2025

Tutora: Lic. Claudia Guedes



*Citar como:* Reynal Correa D. Menopausia y constipación. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2025. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3035>



## **DEDICATORIA**

A Esteban Bullrich, por ser la inspiración y la causa directa de que hoy esté terminando la carrera de nutrición. Por mostrarme que la educación y la vocación de servicio pueden transformar vidas. Tu ejemplo me impulsó a animarme, a empezar y a persistir.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco sinceramente a mis hijos Juan, Ignacio, Martín, Josefina y Lolita, que son un pilar fundamental en mi vida, quienes han compartido su tiempo y comprensión para que pueda alcanzar este objetivo. A mi hijo Juan que me ayudó con mi tesis. A mis compañeras de estudio Eve, Luz, Mariana y Lily, por compartir este viaje juntas, nunca hubiera llegado hasta acá sin ustedes. Les agradezco por ayudarme en este camino de crecimiento personal a lo largo de tantos años. Agradezco también a los profesores que dejaron una huella durante estos años de carrera.

## RESUMEN

**Título:** "MENOPAUSIA Y CONSTIPACIÓN"

**Autora:** Reynal Correa, Dolores

**E-mail:** [laguloly@yahoo.com.ar](mailto:laguloly@yahoo.com.ar)

Universidad ISALUD

**Introducción:** La menopausia constituye una transición fisiológica marcada por cambios endocrinos sustanciales que pueden afectar diversas dimensiones de la salud. Aunque los síntomas vasomotores y neuropsicológicos son ampliamente reconocidos, los trastornos gastrointestinales —particularmente la constipación— reciben menor atención clínica e investigativa, pese a su impacto potencial en la calidad de vida. La relación entre menopausia y constipación es multifactorial, influida por factores hormonales, dietéticos, psicológicos y de estilo de vida, lo que justifica profundizar su estudio para optimizar el abordaje integral de la salud en esta etapa. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de constipación en mujeres menopáusicas de 58 años, identificando los factores asociados al estilo de vida que puedan influir en su aparición o agravamiento. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo mediante una encuesta estructurada que indagó tiempo desde la menopausia, hábitos alimentarios —con énfasis en fibra y líquidos—, actividad física, uso de medicación, presencia de estrés o ansiedad y sintomatología digestiva. Se registraron frecuencia evacuatoria, enfermedades crónicas y variables sociodemográficas, controlando el estado de salud general. **Resultados:** La muestra incluyó 31 mujeres con un promedio de 7 años desde su última menstruación. El 58% realizaba actividad física semanal y el 54% consumía fibra 6 o más veces por semana. El 55% usaba medicamentos, varios vinculados a constipación. Las participantes presentaron evacuaciones intestinales en promedio 6.4 veces por semana. Respecto al impacto de la constipación, 22.5% reportó esfuerzo excesivo, 29% heces duras, 29% evacuación incompleta, 10% maniobras manuales y 3% menos de 3 deposiciones semanales. **Conclusiones:** En esta población, la constipación no se manifestó como un trastorno prevalente ni clínicamente relevante, lo que sugiere que los hábitos saludables y el adecuado autocuidado podrían ejercer un efecto protector sobre la función intestinal durante la menopausia.

**Palabras clave:** Menopausia, Constipación, Motilidad gastrointestinal, Factores de riesgo.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN.....  | 1  |
| 2. MARCO TEÓRICO.....   | 3  |
| 2.1. La constipación en mujeres postmenopáusicas.....                       | 3  |
| 2.2. La menopausia y los cambios hormonales.....                            | 3  |
| 2.3. Definición y criterios diagnósticos de constipación.....               | 4  |
| 2.4. Factores fisiológicos y dietéticos.....                                | 4  |
| 2.5. Factores psicológicos y emocionales.....                               | 5  |
| 2.6. Medicamentos y tratamientos asociados a la constipación.....           | 5  |
| 2.6.1. Medicamentos y tratamientos que pueden mejorar la constipación.....  | 5  |
| 2.6.2. Medicamentos y tratamientos que pueden empeorar la constipación..... | 6  |
| 3. ESTADO DEL ARTE.....   | 8  |
| 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....  | 10 |
| 4.1. Hipótesis.....   | 10 |
| 4.2. Objetivos.....   | 11 |
| 4.2.1. Objetivo general.....  | 11 |
| 4.2.2. Objetivos específicos.....   | 11 |
| 4.3. Viabilidad del estudio.....  | 11 |
| 4.4. Variables y metodología de análisis.....                               | 11 |
| 4.4.1. Estado menopáusico.....  | 12 |
| 4.4.2. Hábitos y estilo de vida.....  | 12 |
| 4.4.3. Estado general de salud.....   | 13 |
| 4.4.4. Factores psicológicos.....   | 13 |
| 4.4.5. Frecuencia y características del tránsito intestinal.....            | 14 |
| 4.4.6. Factores sociodemográficos.....                                      | 14 |
| 4.4.7. Matriz de operacionalización de variables.....                       | 15 |
| 5. METODOLOGÍA.....   | 17 |

|  |    |
|--|----|
| 5.1. Criterios de inclusión exclusión y eliminación..... | 18 |
| 5.1.1. Criterios de inclusión.....                       | 18 |
| 5.1.2. Criterios de exclusión.....                       | 18 |
| 5.1.3. Criterios de eliminación.....                     | 18 |
| 5.2. Tipo de muestreo.....                               | 18 |
| 5.3. Metodología de recolección de datos.....            | 18 |
| 5.4. Aspectos éticos.....                                | 19 |
| 5.5. Tratamiento y análisis de datos.....                | 19 |
| 6. RESULTADOS.....                                       | 20 |
| 7. DISCUSIÓN.....  | 27 |
| 7.1. Comparación de los resultados.....                  | 27 |
| 7.2. Fortalezas del estudio.....                         | 29 |
| 7.3. Limitaciones del estudio.....                       | 29 |
| 8. CONCLUSIONES.....                                     | 31 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA.....                                     | 32 |
| 10. ANEXO 1.....   | 36 |

## **TEMA**

Menopausia y constipación.

### **1. INTRODUCCIÓN**

La constipación es un trastorno digestivo frecuente que se caracteriza por una disminución en la frecuencia de las evacuaciones intestinales o por dificultad en la eliminación de las heces, a menudo acompañada de sensación de evacuación incompleta o esfuerzo excesivo. Puede tener múltiples causas, desde factores dietéticos hasta alteraciones hormonales o psicológicas, y su impacto en la calidad de vida es significativo. En la menopausia, muchas mujeres presentan molestias psicósomáticas relacionadas con el tracto gastrointestinal, como trastornos de la alimentación, distensión abdominal y constipación crónica, que pueden afectar de manera importante su bienestar y calidad de vida (Arar, 2023).

Durante la menopausia y, especialmente, en la postmenopausia, la disminución de estrógenos puede influir en la motilidad intestinal, sumándose a otros factores como la reducción de la actividad física, la menor ingesta de fibra y líquidos, el uso de ciertos medicamentos o el aumento del estrés y la ansiedad (Kamm, 1991). Estas condiciones pueden actuar de forma conjunta, aumentando la prevalencia de la constipación y generando molestias que afectan el bienestar general, las rutinas diarias y, en casos más severos, la salud intestinal a largo plazo.

A medida que avanza la edad, se produce también una mayor incidencia de enfermedades crónicas y cambios en el estilo de vida que pueden agravar el cuadro. Por este motivo, resulta de gran importancia implementar medidas preventivas y de cuidado específicas para esta etapa, considerando no sólo los aspectos nutricionales, sino también los psicológicos y de actividad física.

El presente trabajo se centrará en el estudio de la constipación en mujeres egresadas del colegio Michael Ham en 1985 que se encuentran en la etapa de postmenopausia, con el objetivo de identificar la prevalencia y los factores asociados a su aparición o agravamiento. La investigación busca aportar datos que contribuyan a una mejor comprensión de esta problemática y sirvan de base para el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento adaptadas a las necesidades de esta población.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. La constipación en mujeres postmenopáusicas**

La constipación en mujeres postmenopáusicas constituye un problema de salud frecuente pero subestimado, tanto en la práctica clínica como en la investigación. Este trastorno no solo compromete la función intestinal, sino que también afecta de manera significativa el bienestar físico, emocional y social. Las molestias derivadas —como la incomodidad abdominal, el dolor o la sensación de evacuación incompleta— pueden alterar las rutinas diarias y disminuir la calidad de vida. La etapa postmenopáusica, en la que confluyen diversos factores de riesgo fisiológicos, psicológicos y conductuales, representa un momento particularmente propenso para su aparición. Comprender cómo se manifiesta la constipación en este grupo y cuáles son los factores asociados resulta fundamental para el diseño de estrategias preventivas y de cuidado específicas (Arar & Erbil, 2023).

### **2.2. La menopausia y los cambios hormonales**

La menopausia es un proceso fisiológico natural que marca el fin de la etapa reproductiva de la mujer. Se define como la ausencia permanente de la menstruación durante al menos doce meses consecutivos, consecuencia del cese progresivo de la función ovárica y la disminución en la producción de hormonas sexuales —principalmente estrógenos y progesterona— (Organización Mundial de la Salud, 2019). Este descenso hormonal produce modificaciones sistémicas que se reflejan en síntomas vasomotores (sofocos, sudoración nocturna), alteraciones del sueño, trastornos psicológicos y cambios en la motilidad gastrointestinal.

La edad promedio de inicio de la menopausia se sitúa entre los 45 y 55 años, y la perimenopausia se caracteriza por irregularidades menstruales y fluctuaciones hormonales (Crandall, 2019). La disminución de estrógenos se ha asociado a una reducción en la actividad del músculo liso intestinal y a alteraciones en la composición del microbioma intestinal, lo que podría contribuir a la aparición

de constipación y otros síntomas digestivos.

### **2.3. Definición y criterios diagnósticos de constipación**

La constipación o estreñimiento es un trastorno gastrointestinal común que implica dificultad para evacuar, evacuaciones infrecuentes y/o la eliminación de heces duras o secas. De acuerdo con los criterios de Roma IV, la constipación funcional se diagnostica cuando se presentan dos o más de los siguientes síntomas durante al menos tres meses: esfuerzo excesivo al defecar, sensación de evacuación incompleta, heces duras, frecuencia menor a tres evacuaciones por semana o necesidad de maniobras manuales para facilitar la defecación (Blesa Baviera, 2017).

El origen del trastorno es multifactorial e incluye causas dietéticas —como la baja ingesta de fibra o líquidos—, cambios hormonales, sedentarismo, efectos secundarios de fármacos y alteraciones neuromusculares de la motilidad intestinal. La constipación puede clasificarse como funcional, cuando no existe una causa orgánica demostrable, o secundaria, cuando se asocia a una patología de base o al uso de medicamentos (Drossman, 2016; Mayo Clinic, 2023).

### **2.4. Factores fisiológicos y dietéticos**

La dieta y los hábitos de vida desempeñan un papel determinante en el mantenimiento de una función intestinal normal. Una ingesta insuficiente de fibra dietética, proveniente de frutas, verduras y cereales integrales, reduce el volumen y la humedad de las heces, dificultando su tránsito por el colon (Mayo Clinic, 2023). Asimismo, la deshidratación y la falta de actividad física disminuyen la motilidad intestinal. En mujeres postmenopáusicas, estos factores suelen coincidir con cambios hormonales que agravan el cuadro (Kamm et al., 1991; Mayo Clinic, 2023).

La reducción en la producción de estrógenos influye indirectamente en el metabolismo del agua y los electrolitos, afectando la consistencia de las heces y el tránsito intestinal. Kamm et al. (1991) describieron que, en este grupo etario, la constipación puede presentarse con mayor frecuencia debido a la combinación de factores hormonales y dietéticos. Sin embargo, otros estudios han señalado que una alimentación equilibrada y una rutina de ejercicio regular pueden compensar estos efectos (Gul & Bulut, 2021).

## **2.5. Factores psicológicos y emocionales**

Diversos estudios han mostrado la influencia del estrés y la ansiedad en la motilidad intestinal, principalmente a través de mecanismos neuroendocrinos que involucran el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. Según Chrousos (2009), el estrés activa respuestas fisiológicas que alteran la secreción de hormonas y neurotransmisores, como el cortisol y la serotonina, modulando la actividad intestinal.

La ansiedad, definida como un estado emocional de preocupación o tensión fisiológica (Goes, 2018), puede provocar contracciones irregulares del colon y percepción aumentada de malestar abdominal. En la postmenopausia, estos factores psicológicos interactúan con los cambios hormonales, potenciando los síntomas digestivos. Callan et al. (2018) observaron que, más que los niveles hormonales, el estrés y la tensión emocional son predictores significativos de la aparición de constipación en mujeres durante la transición menopáusica.

## **2.6. Medicamentos y tratamientos asociados a la constipación**

### 2.6.1. Medicamentos y tratamientos que pueden mejorar la constipación

Diversos medicamentos, tratamientos y suplementos pueden favorecer la motilidad intestinal o facilitar la evacuación mediante el ablandamiento de las heces, el aumento del contenido de agua o la estimulación del tránsito colónico (Drossman, 2016; Mayo Clinic, 2023).

Dentro de este grupo se incluyen los laxantes naturales, definidos como sustancias de origen vegetal o alimenticio con capacidad para estimular o regular el tránsito intestinal sin recurrir a compuestos farmacológicos sintéticos. Entre ellos destacan las fibras dietéticas, el psyllium (*Plantago ovata*) y las ciruelas deshidratadas (prunes), cuyo contenido en fibra soluble y sorbitol contribuye a aumentar el volumen fecal y mejorar la consistencia de las heces (Mayo Clinic, 2023).

Entre los laxantes farmacológicos, el docusato de sodio (Dose®) actúa como emoliente, facilitando el paso de las heces al incrementar la penetración de agua (Mayo Clinic, 2023). Las sales de magnesio, como el *óxido* o el *citrato de magnesio*, poseen un efecto osmótico leve que aumenta el

contenido de agua en el intestino y estimula el tránsito intestinal (Drossman, 2016).

Asimismo, la levotiroxina sódica (T4, Levotiroxina®), utilizada en el tratamiento del hipotiroidismo, puede mejorar la constipación de forma indirecta al normalizar la función metabólica y restablecer la motilidad intestinal alterada (Blesa Baviera, 2017; Drossman, 2016).

Entre los procedimientos terapéuticos, se ha observado que la inyección de toxina botulínica tipo A (bótox), aplicada directamente en el esfínter anal interno o en el músculo puborrectal, puede emplearse como tratamiento en casos de constipación refractaria o disinergia anorrectal, ya que induce una relajación muscular que facilita la evacuación (Jost & Schimrigk, 1993). Aunque su uso es limitado y reservado para casos específicos, representa un ejemplo de tratamiento que puede mejorar el estreñimiento en contextos clínicos seleccionados (Foster et al., 2014).

#### 2.6.2. Medicamentos y tratamientos que pueden empeorar la constipación

Varios medicamentos y tratamientos comúnmente empleados en la práctica clínica pueden favorecer la aparición o el empeoramiento de la constipación como efecto secundario, principalmente debido a alteraciones en la motilidad intestinal, la absorción de agua o efectos anticolinérgicos sobre el músculo liso (Drossman, 2016; Mayo Clinic, 2023).

Entre los más relevantes se incluyen los antidepresivos tricíclicos, como *amitriptilina* y *nortriptilina*, y algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como *sertralina* o *paroxetina*, que pueden reducir el movimiento intestinal y causar constipación leve u ocasional (Drossman, 2016; Mayo Clinic, 2023).

Dentro de los tratamientos cardiovasculares, los betabloqueantes como *atenolol* (Atenix®) y los bloqueantes de los canales de calcio, como *amlodipina* (en combinaciones como Alpertan®), pueden enlentecer el tránsito intestinal. Los hipolipemiantes de tipo estatina, como *simvastatina* (Lipex®) y *rosuvastatina*, también se han asociado a casos de constipación leve y transitoria (Mayo Clinic, 2023).

Por su parte, los suplementos de calcio, como el *carbonato* o *citrato de calcio*, suelen endurecer las heces y reducir la motilidad colónica, por lo que se consideran una causa frecuente de constipación (Drossman, 2016).

Los agonistas del receptor de GLP-1, como la *semaglutida* (Ozempic®), empleados en el tratamiento de la diabetes tipo 2 y la obesidad, pueden provocar constipación moderada a severa debido a su efecto sobre el vaciamiento gástrico y la motilidad intestinal (Wilding et al., 2021).

En cuanto a tratamientos, aunque el bótox puede mejorar la constipación cuando se aplica en el esfínter anal, su uso estético o sistémico (por ejemplo, para fines cosméticos o musculares) puede ocasionalmente generar estreñimiento leve en algunos pacientes debido a una reducción general del tono muscular o cambios en la motilidad digestiva (Foster et al., 2014).

### 3. ESTADO DEL ARTE

En la literatura reciente se observa cierto consenso en torno a la prevalencia de la constipación en mujeres durante la menopausia y la postmenopausia, aunque los hallazgos son diversos. Por ejemplo, se estima que la constipación crónica afecta a un 37 % de mujeres postmenopáusicas en algunos estudios comunitarios (Oliveira et al., 2005; Versi et al., 2001). Adicionalmente, varios estudios han explorado la relación entre síntomas gastrointestinales y síntomas menopáusicos más amplios. Uno identificó que la constipación y la consistencia de las deposiciones se asocian con una mayor severidad de los síntomas de la menopausia, como los sofocos y sudoración nocturna, aunque sin establecer causalidad (Brimienè et al., 2023).

Múltiples estudios respaldan la presencia de síntomas digestivos durante la menopausia, como la constipación, atribuidos a cambios hormonales y factores relacionados con el estilo de vida (Kamm et al., 1991). Sin embargo, también existen investigaciones que no han encontrado una relación directa entre los niveles hormonales y estos síntomas. Por ejemplo, Callan et al. (2018) no identificaron una asociación significativa entre hormonas reproductivas y la severidad de la constipación o diarrea durante la transición menopáusica: en su lugar, hallaron que el estrés, la tensión y el cortisol sí resultaron predictores significativos. De manera similar, Gul y Bulut (2021) concluyeron que en mujeres menopáusicas no se observaron quejas frecuentes de constipación, y la calidad de vida relacionada con esta condición se mantuvo alta, posiblemente favorecida por buenos hábitos dietéticos, consumo suficiente de líquidos y actividad física regular.

Investigaciones recientes amplían este panorama. Kirka, Korkut Öksüz y Gul (2021) realizaron un estudio con 303 mujeres menopáusicas en Turquía y hallaron resultados concordantes: la constipación no se reportó como queja predominante, y la mayoría de las participantes mantenía hábitos saludables que parecían proteger la función intestinal. Blońska et al. (2023) analizaron el metabolismo del triptófano y sus metabolitos en 80 mujeres postmenopáusicas con constipación funcional, observando que, si bien no existía una relación directa con los niveles hormonales, el eje intestino-microbioma-neurotransmisores podría desempeñar un papel relevante en la motilidad

intestinal.

## **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La constipación en mujeres postmenopáusicas constituye una problemática relevante desde el punto de vista clínico, social y de calidad de vida. Aunque la literatura internacional ha documentado una elevada frecuencia de este trastorno en dicha etapa, los resultados no son uniformes y las prevalencias varían ampliamente según el contexto cultural, el estilo de vida y los criterios diagnósticos empleados. Estas discrepancias sugieren que la constipación es un fenómeno multifactorial en el que intervienen variables fisiológicas, dietéticas, emocionales y farmacológicas, más allá del descenso hormonal característico de la menopausia.

El interés por abordar esta problemática surgió a partir de la observación de que, en ciertos grupos de mujeres postmenopáusicas, la constipación no aparece como un síntoma predominante, incluso en presencia de factores teóricamente predisponentes como el uso de medicamentos o el sedentarismo. Este hecho motivó la formulación de la pregunta de investigación: ¿cómo se presenta la constipación en mujeres postmenopáusicas egresadas en 1985 de un colegio privado de Vicente López?. El objetivo fue indagar si, dentro de un grupo con características socioeducativas homogéneas y condiciones de vida relativamente estables, la constipación se manifiesta con la misma frecuencia y severidad que la reportada en otras poblaciones, o si existen factores protectores que modulen su expresión clínica.

### **4.1. Hipótesis**

Se espera que, además de los cambios hormonales de la menopausia, haya otros factores como el bienestar emocional, la presencia de hábitos saludables, el nivel educativo y el acceso a recursos de salud que puedan desempeñar un papel relevante en la regulación del tránsito intestinal.

## **4.2. Objetivos**

### 4.2.1. Objetivo general:

Caracterizar la presencia y las manifestaciones de la constipación en mujeres postmenopáusicas, atendiendo a diversos factores que puedan influir en su aparición, mantenimiento o ausencia.

### 4.2.2. Objetivos específicos:

- Identificar los hábitos alimentarios del grupo, con énfasis en el consumo de fibra y líquidos.
- Determinar la frecuencia y características de las evacuaciones intestinales.
- Conocer la prevalencia de constipación en la población estudiada.
- Caracterizar los hábitos frente a la realización de actividad física.
- Indagar el uso de medicamentos que puedan afectar la motilidad intestinal.
- Evaluar la presencia de factores psicológicos —como estrés o ansiedad— asociados a la salud digestiva.

## **4.3. Viabilidad del estudio**

El estudio resultó viable en términos metodológicos, logísticos y éticos. La población elegida —mujeres egresadas en 1985 del colegio Michael Ham de Vicente López— constituye un grupo accesible, identificable y con características demográficas comparables, lo que favorece la homogeneidad de la muestra y permite un abordaje descriptivo confiable. La aplicación de una encuesta estructurada autoadministrada mediante la herramienta de Google Forms, facilitó la recolección de datos de manera no invasiva, respetando la confidencialidad y el consentimiento informado. Asimismo, la disponibilidad de herramientas digitales y el acceso a literatura científica reciente garantizaron la factibilidad del análisis comparativo con estudios previos.

## **4.4. Variables y metodología de análisis**

El estudio contempló un conjunto de variables fisiológicas, conductuales, psicológicas y de salud general, seleccionadas por su relevancia en la literatura y su potencial incidencia sobre la motilidad intestinal.

#### 4.4.1. Estado menopáusico

El estado menopáusico se evaluó a través de tres indicadores principales: el tiempo transcurrido desde la última menstruación, la presencia de síntomas vasomotores, y la severidad de síntomas menopáusicos frecuentes. El tiempo desde la última menstruación se obtuvo en años mediante autoinforme y se registró como variable cuantitativa discreta (valores enteros desde 1 año en adelante). La presencia de síntomas vasomotores (sofocos, sudoración nocturna, alteraciones del sueño) se indagó con opciones de respuesta categóricas ordinales: “Sí”, “No” o “A veces”. La severidad de los síntomas menopáusicos —sofocos, problemas de sueño, ansiedad/irritabilidad, dolores musculares o articulares, y fatiga/falta de energía— se midió mediante una escala ordinal de 0 a 4 (0 = ninguno, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo, 4 = muy severo), adaptada de la *Menopause Rating Scale (MRS)* (Crandall, 2019). Además, se registró el uso actual de terapia hormonal sustitutiva (respuesta dicotómica: “Sí/No”, con posibilidad de especificar el tipo de tratamiento), considerada variable cualitativa nominal. En conjunto, estos indicadores permitieron describir tanto el componente cronológico como el sintomático y terapéutico del estado menopáusico.

#### 4.4.2. Hábitos y estilo de vida

Esta dimensión comprendió indicadores sobre alimentación, hidratación, actividad física y uso de medicamentos potencialmente asociados al tránsito intestinal. El consumo de fibra dietética (frutas, verduras, cereales integrales) se midió mediante una escala ordinal de frecuencia semanal con las siguientes categorías: “Nunca”, “1 a 3 veces por semana”, “4 a 5 veces por semana”, “6 o más veces por semana”. La hidratación se estimó a partir de la cantidad promedio de agua ingerida por día (en litros), variable cuantitativa continua autoinformada. La actividad física se evaluó en dos dimensiones: frecuencia semanal (“Nunca”, “1 a 3 veces”, “4 a 5 veces”, “6 o más veces por semana”), y duración por sesión (“Menos de 45 minutos”, “De 45 minutos a 1 hora”, “Más de 1 hora”). Ambas se consideraron variables ordinales y se estructuraron según el formato del *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* corto (Craig et al., 2003).

El uso de medicamentos se indagó con una pregunta cerrada (“Sí/No”) acompañada de campo abierto para detallar los fármacos específicos. Esta variable se clasificó como cualitativa nominal, y

la identificación de principios activos se realizó posteriormente a partir de la literatura farmacológica. Entre los medicamentos de interés se incluyeron antidepresivos, suplementos de calcio, estatinas, levotiroxina y semaglutida, siguiendo las recomendaciones y clasificaciones terapéuticas de *Drossman (2016)* y *Mayo Clinic (2023)*.

#### 4.4.3. Estado general de salud

El estado de salud general se estableció a partir de la presencia o ausencia de enfermedades crónicas, considerada una variable cualitativa nominal dicotómica (“Sí/No”), con campo abierto para especificar los diagnósticos. Entre las patologías mencionadas se incluyeron: hipotiroidismo, hipertensión arterial, dislipidemia, hepatitis autoinmune, asma, epilepsia y depresión. También se consultó acerca de tratamientos médicos en curso y estudios diagnósticos realizados relacionados con la función digestiva (respuestas abiertas). Estos indicadores permitieron contextualizar la aparición o ausencia de síntomas de constipación dentro del estado de salud general de las participantes. La selección de estas variables se basó en su relevancia clínica, reportada en estudios previos sobre mujeres postmenopáusicas (Arar & Erbil, 2023; Oliveira et al., 2005).

#### 4.4.4. Factores psicológicos

El componente psicológico se abordó mediante dos indicadores: estrés percibido y ansiedad autorreportada, ambos evaluados durante las dos semanas previas a la encuesta. El nivel de estrés percibido se midió mediante ítems adaptados de la *Perceived Stress Scale (PSS-10)* (Cohen et al., 1983), mientras que la ansiedad se evaluó mediante ítems basados en la *Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)* (Spitzer et al., 2006). Las respuestas se categorizaron en una escala ordinal de frecuencia: “Nunca”, “1–2 veces por semana”, “3–4 veces por semana”, “4 o más veces por semana”. Ambas variables se trataron como ordinales y expresan la frecuencia de episodios emocionales que pueden influir sobre la motilidad intestinal (Chrousos, 2009; Goes et al., 2018).

#### 4.4.5. Frecuencia y características del tránsito intestinal

La constipación se definió conforme a los criterios de Roma IV (Drossman, 2016), considerando tanto la frecuencia como la severidad de los síntomas intestinales. La frecuencia evacuatoria se midió mediante el número de deposiciones semanales, variable cuantitativa discreta, obtenida por autoinforme. Los síntomas asociados (esfuerzo, heces duras o secas, sensación de evacuación incompleta, necesidad de maniobras manuales, frecuencia menor a tres deposiciones semanales) se registraron como variables cualitativas nominales dicotómicas (“Sí/No”). La severidad de síntomas intestinales se calificó en una escala ordinal de 0 a 4 (0 = ninguno, 4 = muy severo), adaptada del *Patient Assessment of Constipation Symptoms (PAC-SYM)* (Frank et al., 1999). Entre ellas, se consideraron: la sensación de evacuación incompleta (percepción persistente de que la defecación no ha sido total, aun después de haber evacuado); esfuerzo al defecar (necesidad de realizar una presión abdominal o pélvica excesiva para lograr la expulsión de las heces); heces duras/grumosas (deposiciones con consistencia seca, fragmentada o compacta); dolor abdominal (malestar o dolor localizado en la región abdominal que puede acompañar a la constipación); gases o flatulencias (exceso de aire o gas intestinal). El impacto en la calidad de vida se midió con una pregunta tipo Likert (“Nada”, “Levemente”, “Moderadamente”, “Mucho”, “Muchísimo”), basada en el *Patient Assessment of Constipation Quality of Life (PAC-QOL)* (Marquis et al., 2005). Estos indicadores se analizaron de manera combinada para describir tanto la frecuencia como la intensidad del trastorno.

#### 4.4.6. Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos incluyeron edad, nivel educativo, ocupación y lugar de residencia. La edad se registró en años, variable cuantitativa discreta. El nivel educativo se codificó en tres categorías: “Secundario completo”, “Terciario/Universitario completo”, y “Posgrado”, de tipo ordinal. La ocupación se consignó en categorías abiertas (p. ej., tareas administrativas, salud, docencia, rubro inmobiliario, artística, otras), tratada como variable nominal. El lugar de residencia se clasificó en “Provincia de Buenos Aires”, “Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, “Salta” y “Uruguay”, también nominal.

#### 4.4.7. Matriz de operacionalización de variables

En la Tabla 1 se resume la información detallada en esta sección, indicando las distintas variables, dimensiones, indicadores, tipo de variable y fuentes de validez.

Tabla 1: Variables, dimensiones, indicadores, tipo de variable y fuentes de validez

| Variable                            | Dimensiones                        | Indicadores  | Tipo de variable                         | Ítems de la encuesta                    | Fuente / validez                               |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|--|---|--|
| <b>Estreñimiento (constipación)</b> | Frecuencia intestinal              | Nº de deposiciones por semana                                    | Cuantitativa discreta                    | Pregunta 7                              | <i>Roma IV</i> (validado)                      |
|                                     | Síntomas asociados                 | Esfuerzo, heces duras, evacuación incompleta, maniobras manuales | Cualitativa nominal                      | Pregunta 7                              | <i>Roma IV</i> (validado)                      |
|                                     | Severidad de síntomas              | Escalas de esfuerzo, evacuación incompleta, dolor, gases         | Cualitativa ordinal (escala 0–4)         | Pregunta 7                              | <i>PAC-SYM</i> (validado)                      |
|                                     | Consistencia de heces              | Tipificación de heces (1–7)                                      | Cualitativa ordinal                      | Pregunta 7                              | <i>Bristol Stool Form Scale</i> (validado)     |
|                                     | Impacto en la vida diaria          | Autoevaluación del grado de afectación                           | Cualitativa ordinal                      | Pregunta 8 (Impacto en calidad de vida) | Ítem <i>ad hoc</i> (basado en <i>PAC-QOL</i> ) |
| <b>Estado menopáusico</b>           | Tiempo desde la menopausia         | Años desde última menstruación                                   | Cuantitativa discreta                    | Pregunta 3 (años)                       | <i>Ad hoc</i>                                  |
|                                     | Síntomas vasomotores               | Sofocos, sudoración nocturna                                     | Cualitativa ordinal (Sí / No / A veces)  | Pregunta 3                              | <i>Ad hoc</i>                                  |
|                                     | Severidad de síntomas menopáusicos | Escala 0–4 para sofocos, sueño, ansiedad, fatiga, etc.           | Cualitativa ordinal                      | Pregunta 4                              | <i>Menopause Rating Scale</i> (validada)       |
|                                     | Terapia hormonal                   | Uso actual de tratamiento  | Cualitativa nominal dicotómica (Sí / No) | Pregunta 3                              | <i>Ad hoc</i>                                  |
| <b>Hábitos y estilo de vida</b>     | Dieta                              | Consumo regular de fibra (frutas, verduras, cereales integrales) | Cualitativa ordinal (frecuencia semanal) | Pregunta 5                              | <i>Ad hoc</i> (basado en guías dietéticas)     |
|                                     | Hidratación                        | Consumo de agua (litros/día)                                     | Cuantitativa continua                    | Pregunta 5                              | <i>Ad hoc</i>                                  |
|                                     | Actividad física                   | Frecuencia y duración semanal (minutos/semana)                   | Cualitativa ordinal                      | Pregunta 5                              | <i>IPAQ corto</i> (validado, adaptado)         |
|                                     | Medicamentos                       | Uso de fármacos que afectan tránsito intestinal                  | Cualitativa nominal (Sí / No + detalle)  | Pregunta 5                              | <i>Ad hoc</i>                                  |

|                                   |                           |  |  |            |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------|--|--|------------|------------------------------------|
| <b>Factores psicológicos</b>      | Estrés percibido          | Frecuencia de sentir nerviosismo o falta de control                  | Cualitativa ordinal (escala de frecuencia) | Pregunta 6 | <i>PSS-10</i> (validada, adaptada) |
|                                   | Ansiedad                  | Frecuencia de sentirse nerviosa/ansiosa                              | Cualitativa ordinal (escala de frecuencia) | Pregunta 6 | <i>GAD-7</i> (validada, adaptada)  |
| <b>Estado general de salud</b>    | Enfermedades crónicas     | Presencia/ausencia de diagnósticos                                   | Cualitativa nominal dicotómica             | Pregunta 2 | <i>Ad hoc</i>                      |
|                                   | Estado de salud percibido | Autoinforme de salud general o tratamientos actuales                 | Cualitativa nominal                        | Pregunta 2 | <i>Ad hoc</i>                      |
| <b>Factores sociodemográficos</b> | Edad                      | Edad cronológica (años)  | Cuantitativa discreta                      | Pregunta 2 | <i>Ad hoc</i>                      |
|                                   | Nivel educativo           | Nivel de escolaridad alcanzado (secundario, universitario, posgrado) | Cualitativa ordinal                        | Pregunta 2 | <i>Ad hoc</i>                      |
|                                   | Ocupación                 | Tipo de actividad laboral (docencia, salud, arte, etc.)              | Cualitativa nominal                        | Pregunta 2 | <i>Ad hoc</i>                      |
|                                   | Lugar de residencia       | Provincia o país de residencia actual                                | Cualitativa nominal                        | Pregunta 2 | <i>Ad hoc</i>                      |

## 5. METODOLOGÍA

El presente estudio adopta un diseño descriptivo, de corte transversal y prospectivo. Se considera descriptivo porque su propósito es caracterizar la presencia y las manifestaciones de la constipación en un grupo específico de mujeres postmenopáusicas, sin establecer relaciones causales entre las variables. Es transversal, dado que los datos se recolectaron en un único momento temporal, permitiendo una fotografía representativa del estado actual de las participantes. Asimismo, se clasifica como prospectivo, ya que la recolección de la información fue planificada con anterioridad al levantamiento de los datos, mediante la elaboración de un instrumento diseñado específicamente para tal fin.

La elección de este tipo de diseño se fundamenta en la naturaleza del problema planteado: la constipación en la postmenopausia es un fenómeno multifactorial que requiere una aproximación observacional inicial antes de formular hipótesis explicativas. Este enfoque permite obtener una descripción integral de las variables biológicas, conductuales y emocionales implicadas, acorde con los objetivos generales y específicos del estudio.

La población objetivo estuvo constituida por mujeres postmenopáusicas de aproximadamente 58 años, egresadas en 1985 de un colegio privado de la localidad de Vicente López, provincia de Buenos Aires. Este grupo se seleccionó por su homogeneidad etaria, socioeducativa y cultural, lo cual permitió reducir la variabilidad atribuible a factores externos y favorecer la consistencia de los resultados.

La población accesible correspondió a las mujeres pertenecientes a dicha cohorte que se encuentran actualmente localizables y dispuestas a participar voluntariamente del estudio. La muestra final estuvo conformada por las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y completaron la encuesta en su totalidad, tras la exclusión de los casos que no reunieron las condiciones requeridas o presentaron respuestas inconsistentes.

## **5.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

### 5.1.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres postmenopáusicas egresadas en 1985 del colegio seleccionado.
- Que manifiesten su consentimiento voluntario y completo para participar.
- Que hayan completado la totalidad del cuestionario administrado.

### 5.1.2. Criterios de exclusión:

- Mujeres que no deseen participar del estudio.
- Egresadas de otros años o de otras instituciones educativas.

### 5.1.3. Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas o con inconsistencias evidentes en las respuestas.
- Participantes que decidan retirarse antes de finalizar la encuesta.

## **5.2. Tipo de muestreo**

El muestreo adoptado fue de tipo no probabilístico. Las participantes fueron seleccionadas en función de criterios previamente establecidos (año de egreso, edad y condición postmenopáusica).

## **5.3. Metodología de recolección de datos**

La recolección de datos se efectuó mediante un cuestionario estructurado y autoadministrado, elaborado específicamente para este estudio y distribuido a través de la plataforma Google Forms, lo que permitió un acceso remoto, anónimo y simultáneo por parte de todas las participantes. Los datos fueron exportados en formato tabular (.xlsx) para su posterior análisis estadístico. La estructura de las respuestas —en su mayoría ordinales y categóricas— permitió realizar una descripción cuantitativa y cualitativa de las variables relevadas indicadas en el Anexo 1. El cuestionario incluyó las variables indicadas en la Sección 4.4.

#### **5.4. Aspectos éticos**

El estudio respetó los principios éticos de la investigación en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y en las normativas locales vigentes. La participación fue voluntaria, anónima y no remunerada, garantizando la confidencialidad de los datos y la posibilidad de retiro en cualquier momento sin consecuencias. Se informó a todas las participantes acerca del propósito del estudio. El consentimiento informado fue explícitamente solicitado al inicio del cuestionario digital.

#### **5.5. Tratamiento y análisis de los datos**

Una vez recolectadas las encuestas, se elaboró una matriz de datos que permitió identificar la distribución de frecuencias de los principales indicadores y describir las características de la constipación en la población estudiada.

## 6. RESULTADOS

La encuesta fue respondida por 33 mujeres de las cuales 2 (6%) fueron excluidas por no cumplir con alguno de los criterios de exclusión mencionados, en particular, aquel que excluye a mujeres egresadas de otros años o de otras instituciones educativas. Una de ellas reportó haber egresado en otro año, y la otra haber egresado de otra institución. Las características sociodemográficas recopiladas se encuentran resumidas en la Tabla 2.

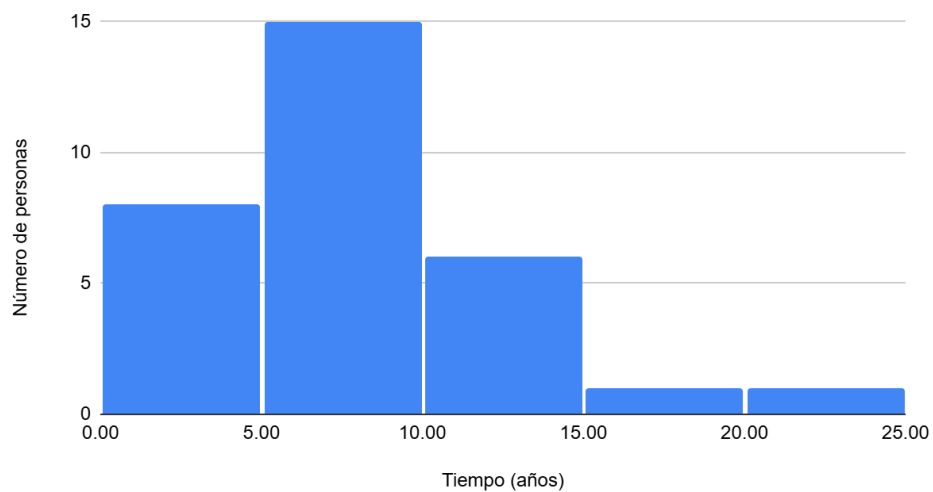
Tabla 2: Características sociodemográficas de las participantes

| <b>Categoría</b>           | <b>Variable</b>                      | <b>Distribución (%)</b> |
|----------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| <b>Lugar de residencia</b> | Provincia de Buenos Aires            | 84                      |
|                            | Ciudad Autónoma de Buenos Aires      | 13                      |
|                            | Salta                                | 3                       |
|                            | Uruguay                              | 3                       |
| <b>Nivel educativo</b>     | Secundario completo                  | 100                     |
|                            | Terciario o universitario completo   | 94                      |
|                            | Posgrado                             | 16                      |
| <b>Ocupación</b>           | Tareas contables y/o administrativas | 19                      |
|                            | Salud                                | 16                      |
|                            | Docencia                             | 16                      |
|                            | Rubro inmobiliario                   | 13                      |
|                            | Disciplina artística                 | 10                      |
|                            | Otras actividades                    | 29                      |

Tabla de elaboración propia. Los porcentajes fueron calculados sobre un total de 31 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y completaron la encuesta en su totalidad.

Las participantes relataron haber tenido su última menstruación entre 1 y 20 años desde el momento en el que fue realizada la encuesta, con un promedio de 7 años y un desvío estándar de 4 años. La Fig. 1 brinda información adicional sobre la distribución de dichos datos, en forma de histograma indicando el tiempo (en años) desde la última menstruación hasta la actualidad de las participantes. Esta pregunta fue contestada por 30 de las participantes, mientras que la mujer restante no recordó la cantidad exacta de años desde la última vez que tuvo su menstruación.

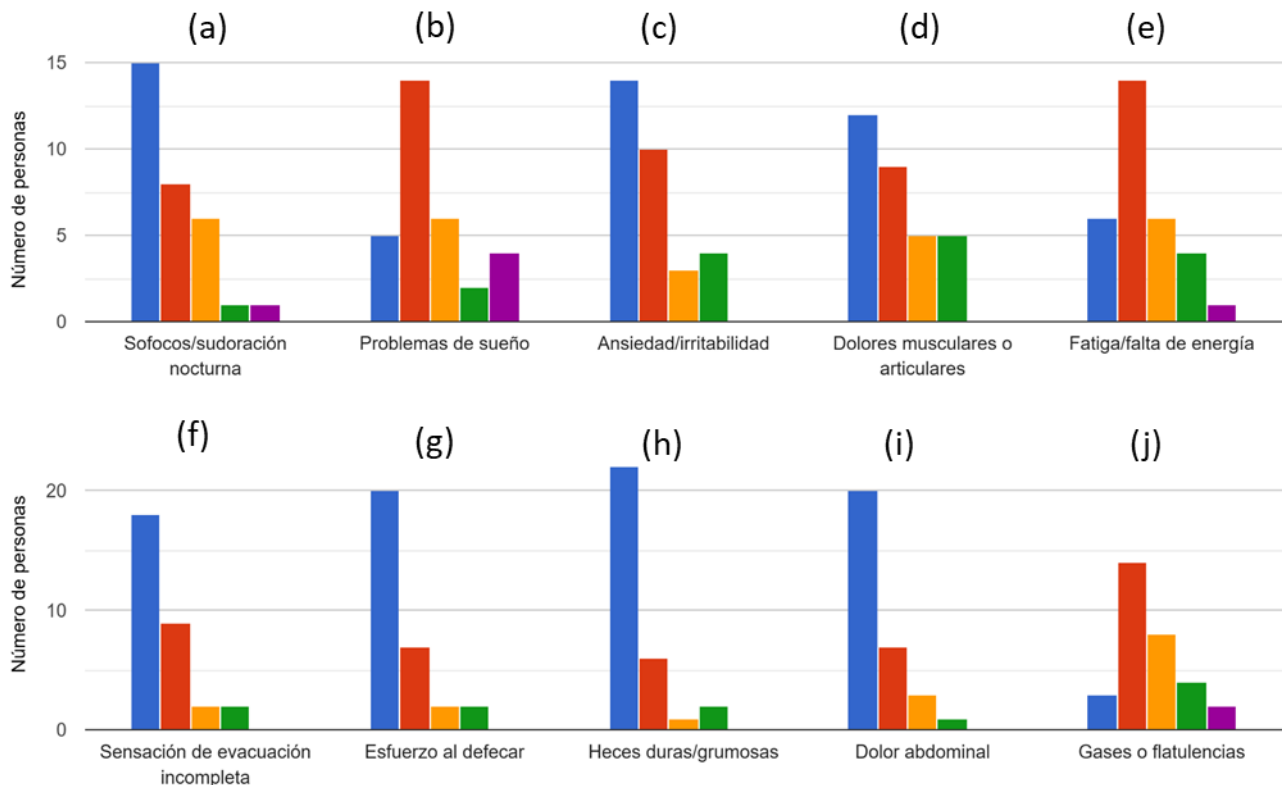
**Figura 1:** Tiempo desde la última menstruación (n=30).



A continuación se presentan los resultados asociados a la severidad reportada para síntomas relacionados con la menopausia (según *Menopause Rating Scale*) y con la constipación (según los criterios Roma). Por un lado, la severidad de los síntomas menopáusicos fue generalmente baja, con una mayoría de las participantes que reportaron no presentar sofocos/sudoración nocturna (48%), no presentar ansiedad/irritabilidad (35%), ni presentar dolores musculares (39%). Asimismo, la mayoría refirieron presentar problemas de sueño leves (45%), y fatiga/falta de energía leves (45%). Por otro lado, la presencia de síntomas de constipación fue aun más baja, ya que más de la mitad de las participantes refirió no presentar sensación de evacuación incompleta (58%), ni esfuerzo al defecar (65%), tampoco heces duras (71%), ni dolor abdominal (65%). Sólo un 6% refirió no presentar síntomas de gases y flatulencias, mientras que un 45% refirió síntomas leves. La totalidad

de las respuestas se encuentran detalladas en la Fig. 2 a partir de histogramas. Los paneles (a)-(e) muestran los síntomas asociados a la menopausia, y los paneles (f)-(j) síntomas asociados a la constipación. Los grados de severidad se encuentran indicados con diferente color, siendo azul = ninguna, rojo = leve, amarillo = moderada, verde = severa, y violeta = muy severa.

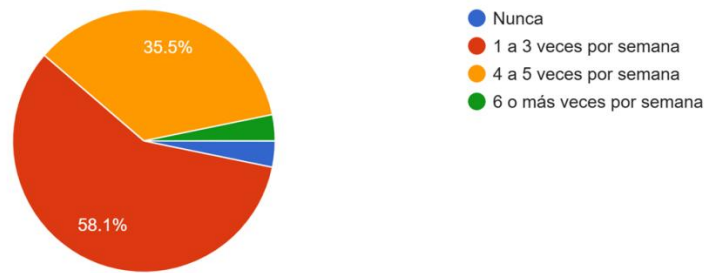
**Figura 2:** Severidad de síntomas asociados a la menopausia y a la constipación (n=31).



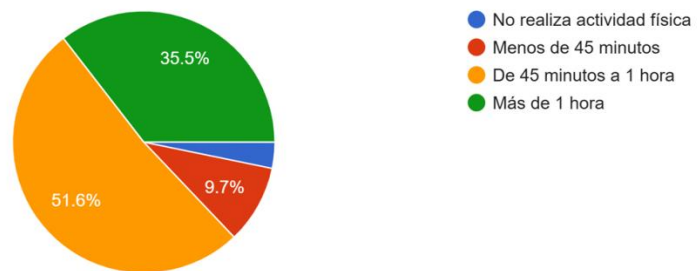
En cuanto a hábitos y estilo de vida, a continuación se presentan los resultados asociados con actividad física, consumo de fibra dietética, consumo de líquidos. El 58% de las participantes declararon realizar actividad física de 1 a 3 veces por semana, el 35% de 4 a 5 veces por semana, y el 3% 6 o más veces por semana. El 36% afirmó dedicarle más de 1 hora cada vez, el 52% le dedicó de 45 minutos a 1 hora, el 10% menos de 45 minutos. El 54% respondió que consume frutas, verduras y/o cereales integrales 6 o más veces por semana, 23% que las consumen de 4 a 5 veces por semana, 19% que las consumen de 1 a 3 veces por semana, y el 4% restante nunca. Todos estos resultados están representados en los gráficos de tortas de la Fig. 3.

**Figura 3:** Actividad física y consumo alimenticio (n=31).

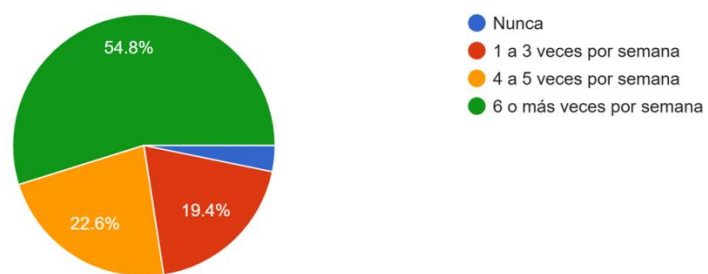
(a) ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?



(b) ¿Cuánto tiempo le dedica a la actividad cada vez que la realiza?

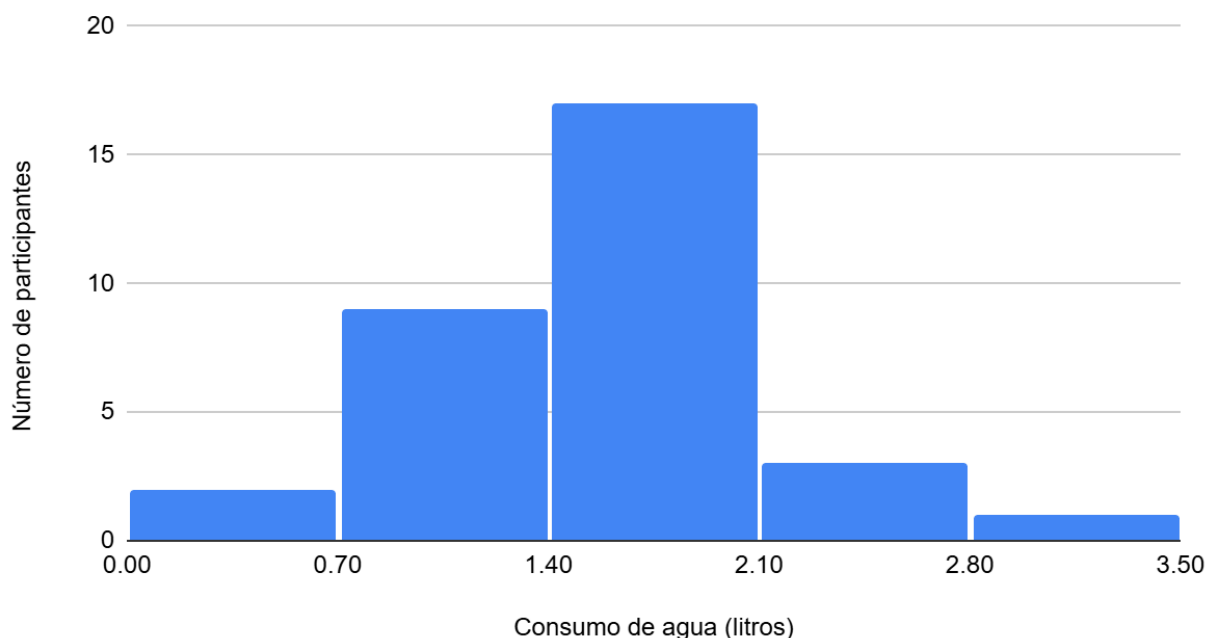


(c) ¿Consume frutas, verduras y/o cereales integrales?



La Fig. 4 muestra un histograma con la cantidad de agua consumida diariamente (en litros) por las participantes. Se registró un promedio de consumo de 1,6 litros por día, con un desvío estándar de 0,6 litros por día.

Figura 4: Consumo diario de agua (n=31).



En cuanto al uso de medicamentos, el 13% de las participantes se realizó algún tratamiento con bótox, y un 10% está recibiendo actualmente algún tipo de terapia hormonal. El 55% refirió tomar algún tipo de medicamentos, entre los cuales se encuentran: Prednisona, azatioprina, noster, docusato de sodio, simvastatina, amlodipina, complejo multivitamínico, atenolol, montelukast, somit, calcio (carbonato o citrato), semaglutida, levotiroxina sódica, antidepresivos (tricíclicos e ISRS), rosuvastatina, estatinas, valsartán, omega 3, magnesio. La constipación está reportada como potencial efecto secundario para el 53% de los medicamentos utilizados, y como síntoma poco frecuente en el 35%. Una de las participantes utiliza Ozempic el cual es uno de los fármacos con mayor asociación clínica a la constipación. El 13% de las participantes recibió además algún tipo de tratamiento con laxantes, entre los cuales se mencionaron Prunex, Pscillium, Fibra dietética, Dosne.

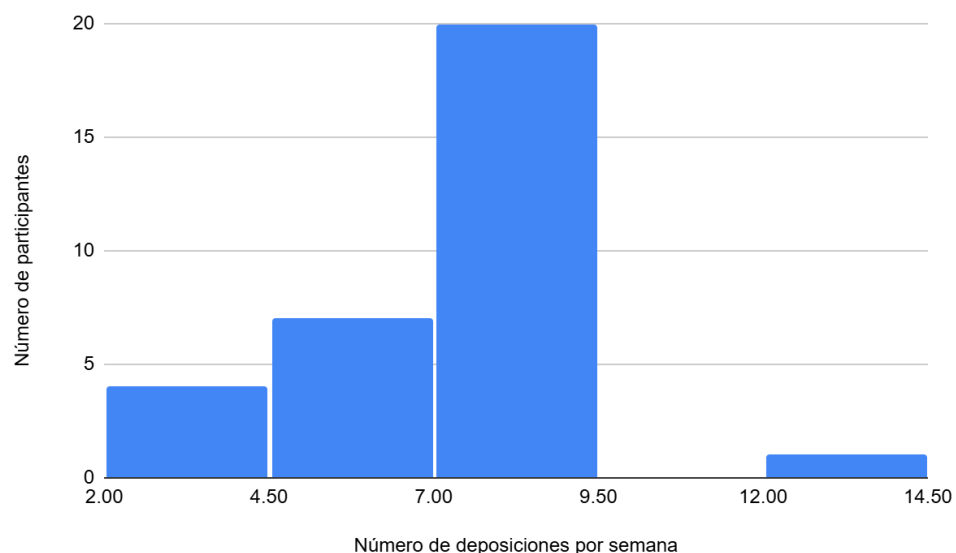
Los resultados asociados al estado general de salud mostraron que el 26% de las participantes padece algún tipo de enfermedad crónica, entre las cuales se mencionan hipertensión arterial (9,6%), hipotiroidismo (6,4%), epilepsia (3,2%), asma (3,2%), hepatitis autoimmune (3,2%), depresión (3,2%), y dislipidemia (3,2%). La constipación fue reportada como un síntoma frecuente

en el 38% de estas participantes, como síntoma posible en otro 38%, y como síntoma raro en el restante 24%.

Con respecto a los factores psicológicos que prevalecen en la constipación, se evaluaron el estrés y/o ansiedad autoreportada por las participantes. El 7% refirió haberse sentido nerviosa o ansiosa 4 o más veces durante las últimas dos semanas, el 16% de 3 a 4 veces, el 52% de 1 a 2 veces, y el 26% nunca. El 3% ha reportado sentir que no podía controlar cosas importantes en su vida más de 4 veces por semana, el 7% de 3 a 4 veces por semana, el 42% de 1 a 2 veces por semana y el 48% nunca.

Se evaluó la prevalencia de constipación como variable dependiente de este estudio, incluyendo la frecuencia de evacuaciones y síntomas asociados. Las 31 participantes reportaron una frecuencia de evacuación entre 2 y 14 veces por semana, con un promedio de 6,4 deposiciones semanales y un desvío estándar de 1,9 deposiciones. La Fig. 5 muestra el histograma completo asociado a dicha variable.

Figura 5: Número de deposiciones semanales de las participantes (n=31).

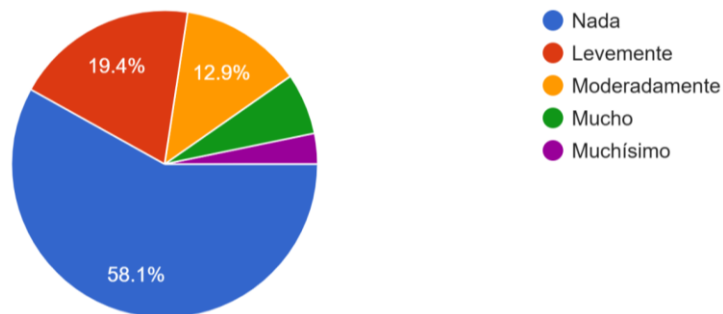


El 19% de las participantes consultó a un médico por constipación en el último año. Al 42% se le

realizó algún tipo de estudio diagnóstico, de los cuales el 83% de estos estudios están relacionados con el funcionamiento intestinal.

La Fig. 6 muestra un gráfico de torta indicando el impacto de la constipación sobre la calidad de vida de las participantes; siendo azul = nada, rojo = levemente, amarillo = moderadamente, verde = mucho, y violeta = muchísimo. El 22,5% de las participantes reportó realizar excesivo esfuerzo en la evacuación intestinal, el 29% reportó heces duras o secas, el 29% reportó sensación de evacuación incompleta, el 10% reportó necesidad de maniobras manuales, y 3% reportó hacer menos de 3 deposiciones por semana.

Figura 6: Impacto de la constipación sobre la calidad de vida (n=31).



## 7. DISCUSIÓN

### 7.1. Comparación de los Resultados

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron analizar la presencia de síntomas de constipación en una muestra de mujeres postmenopáusicas de 57–58 años, en comparación con los hallazgos reportados por la literatura científica.

En líneas generales, los resultados mostraron que la prevalencia de síntomas de constipación en este grupo fue considerablemente menor que la reportada en estudios previos sobre mujeres postmenopáusicas. En este estudio, solo el 3 % de las participantes refirió menos de tres evacuaciones semanales —criterio clínico habitual de constipación— y alrededor del 25–30 % manifestó síntomas leves o esporádicos de esfuerzo al defecar, heces duras o sensación de evacuación incompleta. En contraste, Arar (2023) y Arar y Erbil (2023) hallaron que entre el 30 % y 45 % de las mujeres postmenopáusicas presentaban síntomas gastrointestinales compatibles con constipación crónica. De manera similar, Oliveira et al. (2005) y Versi et al. (2001) informaron prevalencias cercanas al 37%, mientras que Brimienè et al. (2023) observaron una frecuencia de síntomas digestivos del 33%, particularmente vinculados a la severidad de los síntomas menopáusicos generales.

Estas diferencias podrían atribuirse, en parte, a las variaciones metodológicas empleadas en la cuantificación del síntoma. Los estudios mencionados utilizaron criterios diagnósticos de constipación crónica, incluyendo evaluación médica o exploración física en algunos casos. En cambio, en el presente trabajo se adoptó un enfoque descriptivo mediante encuesta autoadministrada, en la cual se indagó la frecuencia de evacuaciones semanales y la presencia subjetiva de síntomas específicos (esfuerzo, consistencia de las heces, sensación de evacuación incompleta, dolor y flatulencias). Esta metodología, centrada en la percepción individual más que en el diagnóstico clínico, permitió captar el malestar funcional sin asumir criterios patológicos estrictos, lo que podría haber explicado la menor prevalencia observada en comparación con los

estudios clínicos previos.

Los resultados coincidieron, en cambio, con los estudios de Gul y Bulut (2021) y Callan et al. (2018), que describieron una prevalencia reducida de constipación y un adecuado funcionamiento digestivo en mujeres que mantenían hábitos saludables, sugiriendo que los factores de estilo de vida podrían haber desempeñado un rol más relevante que los hormonales. En la muestra analizada, se observó un nivel de actividad física moderado a alto (58 % realizaba ejercicio de 1 a 3 veces por semana y 35 % de 4 a 5 veces), una ingesta frecuente de alimentos ricos en fibra (54 % seis o más veces por semana) y un consumo de líquidos adecuado. Estas características pudieron haber contribuido a explicar la baja incidencia de síntomas digestivos, en línea con las hipótesis de Kamm (1991) y Drossman (2016), quienes señalaron que la constipación podía verse mitigada por hábitos dietarios y físicos adecuados.

En cuanto al componente psicológico, si bien parte de la bibliografía indicaba que el estrés y la ansiedad influían negativamente sobre la motilidad intestinal (Chrousos, 2009; Goes, 2018), en este estudio la frecuencia autorreportada de ansiedad fue moderada: el 52 % de las participantes se sintió nerviosa o ansiosa solo una o dos veces por semana, y menos del 10 % refirió niveles altos. Este perfil emocional pudo haber explicado, en parte, la estabilidad observada en la función intestinal.

También resultó relevante que, aunque el 55 % de las mujeres reportó uso de medicación, y más de la mitad de los fármacos utilizados mencionaban la constipación como posible efecto secundario, la manifestación efectiva del síntoma fue escasa. Una posible interpretación descriptiva fue que la combinación de buena hidratación, dieta equilibrada y actividad física regular pudo haber atenuado esos efectos adversos, coherentemente con lo planteado por Gul y Bulut (2021).

Desde un punto de vista descriptivo, el estudio aportó evidencia que amplió el panorama de heterogeneidad reportado en la literatura. Mientras algunos trabajos sostuvieron que la menopausia incrementaba la prevalencia de la constipación (Arar, 2023; Kamm, 1991; Brimiené et al., 2023), los resultados aquí obtenidos mostraron que existían grupos en los que el síntoma se presentaba con baja frecuencia, posiblemente debido a un conjunto de factores protectores relacionados con la educación, los hábitos de salud y el bienestar emocional.

## **7.2. Fortalezas del Estudio**

Entre las principales fortalezas de este trabajo se destaca la aplicación de un cuestionario estructurado, que permitió relevar de manera sistemática aspectos biológicos, conductuales y emocionales relacionados con la menopausia y el estreñimiento. El instrumento combinó ítems elaborados ad hoc con secciones provenientes de encuestas validadas internacionalmente, tales como la *Perceived Stress Scale* (PSS-10) para la evaluación del estrés percibido y el *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) para la medición de síntomas de ansiedad. Asimismo, se incorporaron criterios de Roma IV para la identificación del estreñimiento funcional y adaptaciones de los cuestionarios PAC-SYM y Bristol Stool Form Scale para valorar la severidad y las características de las deposiciones. El uso de estas herramientas validadas incrementa la confiabilidad y comparabilidad de los resultados, permitiendo vincular los hallazgos locales con la literatura científica internacional.

Además, la homogeneidad de la muestra —compuesta por mujeres de 58 años, egresadas de un mismo colegio privado y por tanto con un contexto socioeducativo relativamente uniforme— contribuyó a reducir la variabilidad asociada a factores demográficos y socioculturales. Esta característica fortaleció la consistencia interna del análisis y permitió enfocar la interpretación de los resultados en las diferencias individuales dentro del grupo, más que en disparidades estructurales externas.

En conjunto, la utilización de instrumentos validados y la selección controlada de la muestra constituyen elementos metodológicos sólidos que respaldan la validez descriptiva del estudio y su potencial para generar evidencia útil sobre la relación entre menopausia, factores psicosociales y salud intestinal.

## **7.3. Limitaciones del Estudio**

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el tamaño muestral reducido, compuesto por 31 casos válidos, lo cual restringe la capacidad de generalización de los resultados y limita la robustez estadística del análisis descriptivo. A ello se suma el diseño de corte transversal, que impide observar la evolución temporal de los síntomas o establecer patrones de cambio asociados al

avance de la postmenopausia o a modificaciones en los hábitos de vida.

Otro aspecto relevante es la baja validez externa inherente al muestreo no probabilístico por conveniencia. La selección de participantes dentro de un grupo socialmente homogéneo —mujeres de 58 años egresadas de un mismo colegio privado—, si bien aportó control sobre variables socioeducativas, restringe la extrapolación de los hallazgos a poblaciones más amplias o diversas en términos socioeconómicos, culturales o de acceso a la salud. En consecuencia, los resultados deben interpretarse como representativos únicamente de este grupo particular y no necesariamente de la totalidad de las mujeres postmenopáusicas.

Asimismo, la naturaleza autorreferencial de los datos constituye una limitación metodológica importante. Al basarse en el autoinforme, las respuestas pueden estar influenciadas por sesgos de recuerdo, subestimación de síntomas leves o intermitentes, o una tendencia a responder según percepciones subjetivas más que sobre registros objetivos. Este tipo de sesgos puede afectar especialmente la valoración de variables sensibles como el estrés, la ansiedad y los hábitos intestinales. Aunque el uso de escalas validadas como PSS-10, GAD-7 y los criterios de Roma IV mejora la confiabilidad del autoinforme, la dependencia exclusiva de información subjetiva sigue siendo un factor que puede limitar la precisión diagnóstica y la consistencia de algunas categorías sintomáticas.

En conjunto, estas limitaciones sugieren la necesidad de futuros estudios con muestras más amplias y representativas, la incorporación de diseños longitudinales y, cuando sea posible, la inclusión de medidas objetivas complementarias que permitan fortalecer la validez interna y externa de las observaciones.

## 8. CONCLUSIONES

Aunque en previos estudios la menopausia se consideró un factor influyente, la evidencia fue heterogénea y sugirió que otros elementos —como el estrés, la dieta y el estilo de vida— pudieron haber desempeñado un papel más determinante en el bienestar gastrointestinal. Esta variabilidad en los hallazgos reforzó la necesidad de estudios descriptivos que caracterizaran de forma imparcial cómo se manifestaba la constipación en mujeres postmenopáusicas, sin asumir necesariamente una relación directa con los cambios hormonales.

En esta muestra de mujeres postmenopáusicas de entre 57 y 58 años egresadas de un mismo colegio, los resultados obtenidos muestran que la constipación no constituyó un síntoma prevalente ni clínicamente significativo. La mayoría de las participantes mantuvo una frecuencia evacuatoria dentro de los valores considerados normales y sólo un pequeño porcentaje refirió síntomas leves, como esfuerzo o heces duras. Factores como el nivel educativo elevado, la práctica regular de actividad física, una alimentación con buena presencia de fibra y un adecuado consumo de agua parecen haber contribuido a un tránsito intestinal saludable. Estos hallazgos permiten caracterizar la presencia y las manifestaciones de la constipación en esta población, y sugieren que el conjunto de hábitos y condiciones de vida puede desempeñar un papel clave en su mantenimiento o ausencia. En conjunto, el trabajo contribuye a una comprensión más matizada del fenómeno, subrayando la necesidad de considerar las diferencias individuales y contextuales en futuras investigaciones.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Arar, M. A., & Erbil, N. (2023). The effect of menopausal symptoms on women's daily life activities. *Przegląd Menopauzalny*, 22(1), 6–15. <https://doi.org/10.5114/pm.2023.126799>
- Blesa Baviera, L. C. (2017). Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. *Actualidad en Pediatría*, 3, 99–114. [https://www.aepap.org/sites/default/files/099-114\\_criterios\\_roma\\_iv.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/099-114_criterios_roma_iv.pdf)
- Blonska, A., Chojnacki, M., Macieja, A., Blasiak, J., Majsterek, I., Chojnacki, J., & Poplawski, T. (2024). Tryptophan metabolism in postmenopausal women with functional constipation. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(1), 273. <https://doi.org/10.3390/ijms25010273>  
[MDPI](#)
- Brimienė, I., Šiaudinytė, M., Burokas, A., & Grikšienė, R. (2023). Exploration of the association between menopausal symptoms, gastrointestinal symptoms, and perceived stress: Survey-based analysis. *Menopause*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002254>
- Callan, N. G., Mitchell, E. S., Heitkemper, M. M., & Woods, N. F. (2018). Constipation and diarrhea during the menopause transition and early postmenopause: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause*, 25(6), 615–624. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001052>
- Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 5, 374–381. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404> [PubMed](#)
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt,

- M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381–1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Crandall, C. J. (Ed.). (2019). *Menopause practice: A clinician's guide* (6th ed.). North American Menopause Society.
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262–1279. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
- Foster, J. A., McVary, K. T., & Brubaker, L. (2014). Botulinum toxin in urology: Clinical applications. *Current Opinion in Urology*, 24(6), 580–586. <https://doi.org/10.1097/MOU.0000000000000098>
- Frank, L., Kleinman, L., Farup, C., Taylor, L., & Miner, P., Jr. (1999). Psychometric validation of a constipation symptom assessment questionnaire (PAC-SYM). *Quality of Life Research*, 8(6), 523–532. <https://doi.org/10.1023/A:1008970422594> [jstor.org](http://www.jstor.org)
- Goes, T. C., Almeida Souza, T. H., Marchioro, M., & Teixeira-Silva, F. (2018). Excitotoxic lesion of the medial prefrontal cortex in Wistar rats: Effects on trait and state anxiety. *Brain Research Bulletin*, 142, 313–319. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2018.08.009>
- Gul, D. K., & Bulut, S. (2021). Constipation and its effects on quality of life in menopausal women. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 269–275. [https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/29\\_ayca\\_original\\_14\\_1.pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/29_ayca_original_14_1.pdf)
- Jost, W. H., & Schimrigk, K. (1993). Use of botulinum toxin in anal fissure. *Diseases of the Colon & Rectum*, 36(10), 974–977. <https://doi.org/10.1007/BF02049731>
- Kamm, M. A., Farthing, M. J. G., Lennard-Jones, J. E., Perry, L. A., & Chard, T. (1991). Steroid hormone abnormalities in women with severe idiopathic constipation. *Gut*, 32(1), 80–84. <https://doi.org/10.1136/gut.32.1.80>
- Kirka, A. S., Korkut Öksüz, S., Gul, D. K., & Bulut, S. (2021). Constipation and its effects on quality of life in menopausal women. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 269–275).

(Artículo disponible en el portal de la revista). [internationaljournalofcaringsciences.org](http://internationaljournalofcaringsciences.org)

Lewis, S. J., & Heaton, K. W. (1997). Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32(9), 920–924.

<https://doi.org/10.3109/00365529709011203> [jamanetwork.com](http://jamanetwork.com)

Marquis, P., De La Loge, C., Dubois, D., McDermott, A., & Chassany, O. (2005). Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 40(5), 540–551. <https://doi.org/10.1080/00365520510012208>

[PubMed](#)

Mayo Clinic. (2023). Constipation. Mayo Foundation for Medical Education and Research.

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/constipation/symptoms-causes/syc-20354253>

Oliveira, S. C. M., Pinto-Neto, A. M., Góes, J. R. N., Conde, D. M., Santos-Sá, D., & Costa-Paiva, L. (2005). Prevalence and factors associated with intestinal constipation in postmenopausal women. *Arquivos de Gastroenterologia*, 42(1), 24–29. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032005000100006>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Menopause*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

Sacomori, C., Cardoso, F. L., Portella, N. A., Negri, N. B., & Alvarenga, F. F. (2014). Prevalence, repercussion and factors associated with intestinal constipation in women in Florianópolis, Brazil. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 34(4), 254–259.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2014.08.006> [scielo.br](http://scielo.br)

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.

<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092> [jstor.org](http://jstor.org)

Versi, E., Harvey, M. A., Cardozo, L., Brincat, M., & Studd, J. W. W. (2001). Urogenital prolapse and atrophy at menopause: A prevalence study. *International Urogynecology Journal*, 12(2), 107–110. <https://doi.org/10.1007/s001920170072>

Wilding, J. P. H., Batterham, R. L., Calanna, S., Davies, M., Van Gaal, L. F., Lingvay, I., McGowan, B. M., Rosenstock, J., Tran, M. T., Wadden, T. A., Wharton, S., Yokote, K., Zeuthen,

N., Kushner, R. F., & STEP 1 Study Group. (2021). Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *The New England Journal of Medicine*, 384(11), 989–1002.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183>

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.

<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> [scirp.org](http://scirp.org)

## 10. ANEXO 1: ENCUESTA SOBRE MENOPAUSIA Y CONSTIPACIÓN

### Instrucciones:

Esta encuesta es anónima y voluntaria. Sus respuestas se usarán solo con fines de investigación. Por favor, responda con sinceridad.

### Consentimiento informado

Esta encuesta es anónima y sus respuestas serán utilizadas únicamente con fines de investigación. No se recopilarán datos que permitan identificarle personalmente. Su participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento, sin consecuencias.

De acuerdo con lo establecido en la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales y en la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, solicitamos su consentimiento para participar:

O Sí, acepto participar voluntariamente.

O No (Si responde “No”, finalizar encuesta).

---

¿Es egresada del colegio Michael Ham de Vicente Lopez en el año 1985?

O Sí.

O No.

---

Edad: \_\_\_\_ años

Provincia/ciudad: \_\_\_\_\_

Nivel educativo completo:

O Secundario

O Terciario/Universitario

O Posgrado

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Padece enfermedades crónicas?

O Sí (¿cuáles?) \_\_\_\_\_

O No

¿Se hace tratamiento con botox?

O Sí

O No

---

¿Hace cuántos años tuvo su última menstruación? \_\_\_\_ años

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

Sofocos

O Sí

O No

O A veces

Sudoración nocturna

O Sí

O No

O A veces

¿Está recibiendo terapia hormonal actualmente?

O Sí (¿cuál?) \_\_\_\_\_

O No

---

¿Presenta alguno de estos síntomas? Indique la severidad de cada síntoma (0 = ninguno, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo, 4 = muy severo):

Sofocos/sudoración nocturna: 0 1 2 3 4

Problemas de sueño: 0 1 2 3 4

Ansiedad/irritabilidad: 0 1 2 3 4

Dolores musculares o articulares: 0 1 2 3 4

Fatiga/falta de energía: 0 1 2 3 4

---

Hábitos y estilo de vida

Consumo de fibra (frutas, verduras, cereales integrales):

O Nunca

O 1 a 3 veces por semana

O 4 a 5 veces por semana

O 6 o más veces por semana

Consumo de agua/día (litros aprox.): \_\_\_\_\_

- Frecuencia de actividad física:
    - O Nunca
    - O 1 a 3 veces por semana
    - O 4 a 5 veces por semana
    - O 6 o más veces por semana
  - Tiempo de actividad física cada vez que la realiza
    - O Menos de 45 minutos
    - O De 45 minutos a 1 hora
    - O Más de 1 hora
  - ¿Toma medicamentos?
    - O Sí (¿cuáles?) \_\_\_\_\_
    - O No
- 

En las últimas 2 semanas:

- ¿Se ha sentido nerviosa o ansiosa?
  - O Nunca
  - O 1 o 2 veces por semana
  - O 3 a 4 veces por semana
  - O 4 o más veces por semana

¿Ha sentido que no podía controlar cosas importantes en su vida?

O Nunca

O 1 o 2 veces por semana

O 3 a 4 veces por semana

O 4 o más veces por semana

---

Basándose en los últimos 3 meses, respecto a la evacuación, presentó:

Esfuerzo excesivo en las deposiciones [ ] Sí [ ] No

Heces duras o secas [ ] Sí [ ] No

Sensación de evacuación incompleta [ ] Sí [ ] No

Necesidad de maniobras manuales [ ] Sí [ ] No

Menos de 3 deposiciones por semana [ ] Sí [ ] No

Frecuencia promedio: \_\_\_\_\_ veces/semana

Basándose en las últimas 2 semanas, indique la severidad de cada síntoma (0 = ninguno, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo, 4 = muy severo):

Sensación de evacuación incompleta: 0 1 2 3 4

Esfuerzo al defecar: 0 1 2 3 4

Heces duras/grumosas: 0 1 2 3 4

Dolor abdominal: 0 1 2 3 4

Gases/flatulencias: 0 1 2 3 4

---

¿En qué medida la constipación afecta su calidad de vida?

O Nada

O Levemente

O Moderadamente

O Mucho

O Muchísimo

¿Ha consultado a un médico por constipación en el último año?

O Sí

O No

¿Le indicaron estudios diagnósticos (colonoscopia, tránsito intestinal, etc.)?

O Sí (¿cuáles?) \_\_\_\_\_

O No

¿Recibió tratamiento con laxantes naturales o indicados farmacológicamente?

O Sí (¿cuál?) \_\_\_\_\_

O No