



universidad
de león

TRABAJO FIN DE MÁSTER
del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*
Curso Académico 2014-2015

CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES
DURANTE EL PERÍODO CLIMATÉRICICO

Women's quality of life during climateric status

Realizado por: Paula Martínez Raposo
Tutorizado por: Fco Javier Pérez Rivera
Olga Arias Gudin

En León, a 7 de Agosto de 2015

VºBº TUTOR/A

VºBº AUTOR/A

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	3
Palabras clave/Key words	4
INTRODUCCIÓN	5
Marco teórico y revisión bibliografía	5
Objetivo general y específicos	9
Hipótesis de estudio	10
METODOLOGÍA	10
Método	10
Muestra	10
Variables de estudio	11
Instrumentos	11
Procedimiento	12
Consideraciones éticas	13
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFÍA	24

Resumen

Introducción: el climaterio es un proceso fisiológico normal que acontece en la vida de la mujer y que representa una época importante de cambios en la vida de ésta, manteniéndose en el tiempo. Puede cursar con sintomatología tanto física, como psíquica ó conductual y cuya vivencia se ha demostrado influenciada por factores sociodemográficos. Existe múltiple bibliografía dedicada al estudio de esta sintomatología, pero es escasa aquella que relaciona esta etapa de la vida de la mujer con cambios en la calidad de vida relacionada con la salud sobre todo en nuestro medio.

Objetivo: el presente estudio plantea la descripción de la calidad de vida de un grupo de mujeres en período climatérico y sus factores asociados.

Metodología: se trata de un estudio descriptivo transversal, en muestra no aleatorizada de 17 mujeres entre 45-59 años de edad, pertenecientes al Área de Salud de Valladolid. La recogida de la información se realizó a través de cuestionarios individuales registrándose las siguientes variables de estudio: sociodemográficas y calidad de vida. En la recogida de datos se utilizaron los siguientes cuestionarios y escalas: cuestionario específico para recogida de variables sociodemográficas y la Escala Cervantes para la calidad de vida. El análisis estadístico se efectuó con el programa Epilinfo.

Resultados: Las mujeres estudiadas mostraron una calidad de vida media. Dentro del estatus climatérico reportaron una peor calidad de vida las mujeres premenopáusicas, y dentro de las mismas, las que presentaban en el momento del estudio una amenorrea menor de 12 meses. El dominio más afectado en el que se mostraron puntuaciones más elevadas fue el correspondiente a menopausia y salud. No se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y la calidad de vida.

Conclusiones: se sugiere que el climaterio es en sí mismo una situación influyente por sus características en la percepción de la calidad de vida. Las mujeres premenopáusicas presentan peor calidad de vida que las mujeres postmenopáusicas, existiendo una tendencia en la mejora de calidad de vida en mujeres climatéricas a medida que avanza la edad.

Abstract

Introduction: climacteric is a normal physiological process that occurs in the life of a woman and that represents an important period of life change for her over time. It can be accompanied by both physical as well as psychological or behavioral symptoms, and it has been demonstrated that the experience is influenced by sociodemographic factors. There is an ample bibliography dedicated to the study of these symptoms, but there is little that

relates this stage in a woman's life to changes in health-related quality of life, especially in our environs.

Purpose: this study proposes a description of the quality of life for women during climacterium and the associated factors.

Methodology: it is a cross-sectional descriptive non-randomized sample study of 17 women between the ages of 45-59 years old in the Health Area of Valladolid. Information was collected by means of individual questionnaires that recorded the following study variables: sociodemographics and quality of life. The following questionnaires and scales were used for data collection: a specific questionnaire for collecting sociodemographic variables and the Cervantes Quality of Life scale. The statistical analysis was done with the EpiInfo program.

Results: The women studied showed an average quality of life. Within climacteric status, premenopausal women showed a worse quality of life, and in particular those who showed an amenorrhoea of less than 12 months at the time of the study. The domain that was most affected and where the highest scores were recorded was the one corresponding to menopause and health. Statistically significant relationships were not found between the sociodemographic variables and quality of life.

Conclusions: it is suggested that climacterium in itself is a situation that, due to its characteristics, influences the perception of quality of life. Premenopausal women have a worse quality of life than postmenopausal ones, and there is a tendency for the quality of life for climacteric women to improve as they grow older.

Palabras clave

Climaterio, menopausia, calidad de vida, sintomatología, factores sociodemográficos, conocimientos.

Key words

Climateric, menopause, quality of life, symptomatology, sociodemographic factors, knowledge.

INTRODUCCIÓN

El climaterio es un período de la vida de la mujer que se extiende durante varios años dentro de ésta; concretamente, los autores de la Guía de Práctica Clínica sobre la Menopausia y Postmenopausia (2004) la describen como un período que se extiende desde 2-8 años antes de la fecha de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación.

La Organización Mundial de la salud (1996) distingue dentro de este período distintas etapas, por un lado hace referencia a la premenopausia, término que define todo el periodo reproductivo hasta el periodo menstrual final ó menopausia, dentro del cual se incluiría el período de transición menopáusica el cual, se caracteriza por el aumento de la variabilidad del ciclo menstrual; la menopausia ó periodo menstrual final se caracteriza por un cese permanente de la menstruación resultante de la perdida de actividad folicular en los ovarios, se reconoce como la producida al cabo de doce meses consecutivos de amenorrea sin otra causa patente patológica o psicológica, y finalmente la postmenopausia que define el período posterior al periodo menstrual final.

Analizando ambos conceptos, tanto el concepto de climaterio como el de menopausia, García y Gómez (2009) afirman que ambos están íntimamente relacionados; Gómez (2010), en esta línea de investigación, determina que esta relación va más allá y considera que el acontecimiento central del climaterio lo constituye la menopausia.

Debemos de considerar tanto el climaterio como la menopausia etapas normales dentro de la vida de la mujer, pero enfocarlo desde una perspectiva biopsicosocial. Partiendo del concepto de la posible afectación del área física y psicosocial de la mujer climatérica y basándose en el concepto de calidad de vida aportado por la Organización Mundial de la Salud (1995) en el que la define como:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (p.1405)

La calidad de vida relacionada con la salud se perfila como un instrumento válido y adecuado para garantizar un cuidado óptimo de las mujeres en transición menopáusica ya que permite la evaluación de los cambios tanto a nivel de dominio físico, como cognitivo y emocional, proporcionando una visión de la afectación global

en la percepción de la salud de este grupo de mujeres; de hecho, la percepción de la calidad de vida se perfila como un factor determinante en la adherencia y seguimiento de planes de atención de la salud diseñados para esta población (Utian & Woods, 2013).

Por ello, se han realizado investigaciones que han intentado determinar el grado en que el período climatérico afecta en la percepción de la calidad de vida de la mujer. Woods (2010) en esta línea, a través de la conceptualización de un marco teórico que explicase el climaterio, sintomatología y calidad de vida, determinó la importancia de conceptualizar la experiencia de las mujeres en este período y la influencia de éste sobre la percepción de la salud.

Las características que definen el climaterio vienen determinadas a nivel gonadal por una disminución de la actividad ovárica; biológicamente, por disminución de la fertilidad y clínicamente por alteraciones del ciclo menstrual y por un conjunto de síntomas característicos; mientras que, la menstruación es concretamente producida debido al agotamiento de los folículos de los ovarios, que conducen a una disminución importante de las tasas de estradiol sanguíneo (Pallaruelo, 2012). De forma general, podemos afirmar que a nivel hormonal ambos procesos se caracterizan por hipoestrogenismo (Organización Mundial de la Salud, 1996).

La modificación de los niveles hormonales considerada como la base biológica tanto del proceso climatérico como de la menopausia, se acompaña a su vez de manifestaciones que incluyen amenorrea, síntomas vasomotores, psiconeurológicos y ginecológicos (De Cetina & Polanco, 1996).

En relación con dichos síntomas que pueden acontecer durante el climaterio y que serán los que caracterizarán al síndrome climatérico, los autores de la Guía de Práctica Clínica sobre la Menopausia y Postmenopausia (2004), establecieron que dicha sintomatología abarca tanto el aspecto físico, apareciendo síntomas tales como síntomas vasomotores, vaginales, urinarios, mamarios, músculo-esqueléticos; como el psicoafectivo, afectando al estado de ánimo, la sexualidad ó la esfera cognitiva.

Basándonos en el concepto biopsicosocial de la menopausia y de una forma más concreta desde una perspectiva psicoafectiva, se ha evidenciado una elevada prevalencia de síntomas de depresión y físicos y su asociación con mujeres de mediana edad, a pesar de ello, no se establece una relación directa con el climaterio (Ros, Comas & García, 2009). Se ha demostrado en esta misma perspectiva, una afectación del área cognitiva y sexual, de este modo, Lopez (2014) en un estudio con mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas

concluye que las postmenopáusicas presentaban un menor deseo sexual, y en ambos casos se presentaban porcentajes altos de síntomas depresivos (34.93% y 35.26%, respectivamente).

La revisión sistemática realizada por Nelson y colaboradores (2005) acerca de la evidencia de los síntomas asociados con la menopausia, concluye que los síntomas que más se asocian a la transición menopáusica son la sequedad vaginal y los síntomas vasomotores, estos últimos afectando aproximadamente al 50% de mujeres durante el climaterio.

La relación entre la sintomatología vasomotora y los resultados psicosociales fue estudiada por Van Dole y colaboradores (2010) demostrando que las mujeres refirieron una sintomatología en aumento y a la vez reportaron un aumento del grado de molestias en el ámbito psicosocial.

La sintomatología citada, característica del síndrome climatérico, puede presentarse en tres etapas: a corto plazo (labilidad emocional, sudoración, sofocos, irritabilidad, palpitaciones, nerviosismo, tendencia a la obesidad); a medio plazo (cambios que afectan a la musculatura, piel y aparato genitourinario) y a largo plazo (osteoporosis) (Martín, Padilla, Saavedra & Barroso, 2014).

Con respecto a las mujeres que padecían síntomas durante el climaterio, la mayoría de estos eran de carácter transitorio, a pesar de lo cual, las mujeres consideraban que influían en su vida (Nelson, 2008), esta afirmación se contrapone a la aportada por Despaigne, Durán, Jo y Silva (1999), los cuales determinaron que el 70% de las mujeres presentaban un climaterio asintomático o no crítico, considerando que los síntomas acontecidos durante el mismo no interferían en la vida cotidiana de estas mujeres.

Reforzando la idea de que el síndrome climatérico afecta a la mayoría de mujeres en edad susceptible, Velasco, Fernández, Ojeda, Padilla y Cruz (2007) estipularon a través de su investigación con una muestra de 4162 mujeres en edad susceptible de climaterio que el 60.8 % de estas mujeres presentaban un síndrome climatérico severo, caracterizado por tres o más síntomas, dentro de los cuales los de mayor representatividad tanto en premenopáusicas como en postmenopáusicas se trataban de sintomatología vasomotora e irritabilidad, seguido de alteraciones menstruales y sensación de tristeza en premenopáusicas y de depresión y dolor de cabeza en postmenopáusicas.

A pesar de considerar el climaterio un proceso natural, común en la vida de toda mujer, se ha evidenciado la existencia de un desconocimiento de las características de esta etapa por parte de las mismas, García, López, Toronjo, Toscano y Contreras (2000) cifraron

en un 88% el total de mujeres españolas entre 30 y 60 años y por lo tanto susceptibles de transición climatérica que poseían conocimientos entre muy bajos y medios acerca de los acontecimientos característicos de esta etapa; esta idea se refuerza por la conclusión recogida en el informe redactado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2006, citado por Gutierrez & Larroy, 2009), en el cual, se advertía de la existencia de un desconocimiento por parte de las mujeres acerca de los acontecimientos sucedidos en el climaterio y la influencia de los mismos en la percepción de la salud.

Los cambios endocrinológicos descritos acontecidos durante el climaterio, además de ser responsables de los síntomas descritos se ha evidenciado su influencia desde un punto de vista de la salud a largo plazo, de este modo, se ha descrito relación entre los cambios tanto hormonales como fisiológicos acontecidos en el climaterio y la aparición de problemas de salud como la pérdida de masa ósea (Altchek, Deligdisch & Kase, 2003), principal característica de la osteoporosis, cuya prevalencia fue estudiada por Díaz Curriel (1998) citado por Muñoz y Pérez (2010) en el que se midió la densidad de masa ósea en una muestra de 1304 mujeres españolas y en el que se encontró una prevalencia de osteoporosis en mujeres mayores de 50 años del 26.07%.

Con la finalidad de paliar las posibles consecuencias de dicha sintomatología, así como su posible influencia en las distintas áreas de la percepción de la calidad de vida tanto a corto como a largo plazo, se han realizado investigaciones con objeto de estudio la prevalencia de dicha sintomatología durante el proceso climatérico y de la influencia de las distintas terapias tanto farmacológicas como no farmacológicas sobre los síntomas climatéricos y la percepción de los mismos por parte de las mujeres. De esta forma, Utian y Woods (2013) a través de una revisión bibliográfica estudiaron la influencia de la terapia hormonal en la calidad de vida de las mujeres menopáusicas, determinando que la terapia hormonal mejora la sintomatología severa y con ello la calidad de vida, dicha mejora no es significativa en mujeres sin sintomatología grave asociada al climaterio. Como se ha indicado, la eficacia de las terapias no farmacológicas también ha sido objeto de estudio, de forma concreta, Thompson (2010) concluye que existe evidencia observacional acerca de que la terapia homeopática mejora síntomas asociados al climaterio como los sofocos, la fatiga y la ansiedad pero por otro lado los posibles efectos adversos no están claros. Siguiendo la línea del uso de terapias no farmacológicas en la mejora de los síntomas climatéricos, los autores Kim, Cho, Ahn, Yim, y Park, (2014), estudiaron la asociación entre la actividad física y los síntomas menopáusicos en mujeres perimenopausicas de Korea, concluyendo que un nivel moderado de actividad física se asocia con una reducción de los síntomas psicosociales y físicos asociados a la menopausia.

A pesar de que la transición climatérica es un proceso común en la vida de toda mujer, se ha demostrado que la perspectiva de experiencia de la misma así como la sintomatología y signología que la acompaña no es una experiencia similar universal, sino que, está condicionada a factores socio-culturales como lo son la raza o etnia (Avis et al., 2001), incluso Matthews (1991) citado por García y Gómez (2009) determinó que la intensidad de la sintomatología parecía estar mediada por diferencias culturales. Además de las diferencias culturales y la etnia, se ha demostrado que determinadas características socioeconómicas como un nivel educacional bajo ó un nivel de ingresos bajos se asocian con un aumento de los síntomas menopáusicos (Brzyski, Medrano, Hyatt-Santos & Ross, 2001).

Además de asociar la perspectiva de la experiencia de la transición climatérica a cambios endocrinológicos y factores sociodemográficos, autores como Dennerstein et al., (1994) y Hardy y Kuh (2002), citados por Bryant, Judd y Hickey (2012), asocian dicha experiencia a un ajuste psicosocial en referencia a cuestiones tales como la pérdida de la fertilidad y el cambio de los roles familiares y sociales, cuestión que García y Gómez (2009) consideran puede influir en provocar una valoración negativa de la experiencia de la menopausia.

Basándonos en que la edad promedio a la que se presenta la menopausia es a los 50 años (Organización Mundial de la Salud, 1996) y concretamente en España se sitúa en torno a los 51.4 años (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2006, citado por García y Gómez-Calcerrada, 2009) y que actualmente según las cifras del Instituto Nacional de Estadística (2011), en España hay aproximadamente 12 millones de mujeres mayores de 40 años, y aproximadamente 7 millones que se encuentran entre los 40 y los 60 años, es decir, un porcentaje importante de población susceptible del proceso de climaterio, analizando las proyecciones de futuro, el grupo de edad quinquenal más numeroso sería el de 50-54 años (Instituto Nacional de Estadística, 2014), lo cual nos lleva a la conclusión que el grupo susceptible de transición climatérica irá en aumento en un futuro.

Se evidencia la necesidad de profundizar de manera observacional en la influencia de este período en la calidad de vida de la mujer desde una perspectiva global y biopsicosocial ya que los resultados parecen marcar una tendencia hacia la afectación de la misma pero ésta no es definitiva; para determinar el nivel de calidad de vida percibido por las mujeres y determinar los factores más influyentes sobre el mismo, para así poder diseñar futuros planes y estrategias de actuación que se ajusten a la realidad y características de la población actual.

El objetivo general del presente estudio es describir la magnitud de la calidad de vida de un grupo de mujeres susceptibles de transición climatérica y sus factores asociados;

Como objetivos específicos se han determinado:

a) describir las características demográficas y epidemiológicas de la población de mujeres climatéricas participantes del estudio;

b) analizar la calidad de vida relacionada con la salud en los cuatro dominios de la Escala Cervantes (menopausia y salud, psíquico, sexualidad y relación de pareja)

c) identificar la relación entre las variables sociodemográficas y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud.

METODOLOGÍA

Método

El presente estudio se rige por una metodología analítica de tipo descriptivo y carácter trasversal, se realizó en el Área Sanitaria de Valladolid en los Centros de Atención Primaria en los cuales se prestaban los servicios de la Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología durante los meses de Mayo a Julio de año 2015.

Muestra

Se estudió un grupo de mujeres con una edad comprendida entre los 45 y 59 años de edad, ya que es en este intervalo de edad en el cual la mayoría de mujeres se encuentran en transición climatérica (Obermeyer, Reher, Alcalá, & Price, 2005). Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta, la presencia de imposibilidad de comunicarnos de manera eficiente (bien debido a barreras idiomáticas, cognitivas,...). La muestra total de 27 mujeres se estableció a través de una técnica no probabilística por reclutamiento, siendo la captación de la muestra realizada a través de los Centros de Atención a la Mujer de la Provincia de Valladolid, contando con la colaboración de los profesionales de referencia, en este caso las enfermeras especialistas en ginecología y obstetricia (matronas), a las cuales se les informó previamente de los objetivos del estudio así como de los criterios de inclusión de la muestra. Las mujeres fueron captadas al acudir al centro para la revisión citológica a través del método de consejo/información, momento en el cual eran informadas sobre el estudio por el referente, tras lo cual si aceptan participar, se les administró el consentimiento informado correspondiente así como el cuestionario de evaluación de características demográficas y la Escala Cervantes de valoración de la calidad de vida.

Variables de estudio e instrumentos

Para la evaluación de la calidad de vida que representa la variable dependiente del estudio, se empleó la Escala Cervantes (Anexo 1), validada en el 2004 como instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud específica para la menopausia. Se compone de 31 ítems estructurados en 4 dimensiones de menopausia y salud, sexualidad, dominio psíquico y relación de pareja. En la Tabla 1 se enumeran las características de las dimensiones de la Escala Cervantes. La dimensión de menopausia y salud incluye las subdimensiones de sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento (Palacios et al., 2004, p.209). Se trata de un instrumento específico para la mujer española durante la premenopausia y la posmenopausia, es capaz de valorar el impacto de su estado de salud en distintas áreas físicas y psicosociales y, en especial, su repercusión en el bienestar general, manteniendo la esencia del concepto biopsicosocial de climaterio. Ya que ha sido desarrollado y validado en una muestra representativa y ponderada de la población española, permite su uso generalizado en la población femenina de 45 a 64 años de edad de nuestro país. El cuestionario se realiza en una media de tiempo de unos 7 minutos. La puntuación mínima de la escala es 0 y la máxima, 155 (de mejor a peor calidad de vida). La corrección consiste en la acumulación de las puntuaciones de los diferentes ítems (todos puntúan igual) para cada uno de los dominios y subdominios. Es un instrumento con una alta consistencia interna con un valor de coeficiente α de Cronbach de la escala global de .9092 (Palacios et al. 2004).

En el cuestionario general de variables sociodemográficas (Anexo 2) diseñado en base a la bibliografía consultada específicamente para el estudio, se incluyeron datos relativos a edad (en años), número de miembros de la unidad familiar (entrada numérica), número de hijos si los tuviese, estado civil (soltera, casada/vive en pareja, viuda, separada/divorciada), nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios), situación laboral (activa, en paro, ama de casa, jubilada/pensionista), país de nacimiento (respuesta abierta/libre), ciclo menstrual (ciclos regulares, ciclos irregulares, amenorrea menor de 12 meses, menopausia), si ya ha acontecido la menopausia (años de la última menstruación), tratamiento con terapia hormonal sustitutiva (respuesta dicotómica) y presentación de alguna patología crónica (respuesta libre/abierta).

Tabla 1:
Características dimensiones Escala Cervantes

Dimensiones	Número Ítems	Consistencia interna α Cronbach	Puntuación máxima
Menopausia y salud	15	.8501	75
Relación de pareja	3	.8260	15
Sexualidad	4	.7989	20
Dominio psíquico	9	.9092	45

Palacios et al. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes.

Con el fin de clasificar el estado menopáusico de cada mujer se indagó a través del cuestionario sobre las características del ciclo menstrual ó el tiempo transcurrido desde la última menstruación. De esta forma, siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (1996), las mujeres que mantenían ciclo (tanto de forma regular como irregular) ó presentaban una amenorrea menor de 12 meses se consideraron premenopáusicas. Las mujeres con amenorrea mayor o igual a 12 meses se consideraron postmenopáusicas.

Procedimiento

Para la realización del análisis estadístico se utilizó el paquete informático Epi Info versión 3.5.4. Se consideraron como significativas las diferencias para $p < .05$. Los resultados se presentan como medias, desviaciones estándar y porcentajes. Con motivo del tamaño muestral se utilizaron pruebas de significación estadística de tipo no paramétrico, de esta forma, se utilizó la prueba de Test de U de Mann-Whitney para analizar la relación entre una variable cualitativa de dos categorías (país de nacimiento, hijos, hábito tabáquico, estado climatérico, tratamiento hormonal y enfermedad crónica) con una variable cuantitativa continua (Escala Cervantes y dominios ó subescalas). Para analizar la relación entre una variable cualitativa de más de dos categorías (grupo de edad, nivel de estudios, situación laboral, estado civil y ciclo menstrual) con una variable cuantitativa continua se utilizó el test de Krustal-Wallis. Finalmente para el análisis de dos variables cuantitativas (edad) se utilizó coeficiente de correlación.

Consideraciones éticas

En cuanto a las consideraciones éticas del estudio, todas las mujeres fueron informadas de forma verbal y escrita sobre el contenido y características del mismo independientemente de su participación en éste; siendo necesario que firmasen el consentimiento informado diseñado expresamente para el estudio. Se informó de igual modo que el estudio tiene un carácter voluntario con lo que podían abandonarlo en cualquier momento si así lo deseaban. Los datos obtenidos fueron tratados de forma privada y confidencial. Se informó que su uso fue exclusivo para el presente estudio. El Comité Ético de Investigación Clínica fue informado de forma pertinente del estudio, del mismo modo se informó a la Gerencia de Atención Primaria. Además de ello, se han seguido las premisas y recomendaciones recogidas en la Declaración de Helsinki, donde se recogen los principios éticos que deben regir la investigación médica en seres humanos (Asociación Médica Mundial, 2008).

RESULTADOS

La muestra final estaba compuesta por un total de 27 mujeres, de las cuáles se desecharon las encuestas con errores en las respuestas del tipo: duplicidad en las mismas, falta de datos e ilegibilidad; obteniendo finalmente un tamaño muestral de 17 mujeres; las características sociodemográficas de dicha muestra se muestran en la Tabla 2; destacando, la edad media de la muestra fue de 52.24 años (4.507), siendo el grupo de edad más numeroso el perteneciente a la categoría de 55 a 59 años representado por un porcentaje del 41.2%. El 88.2% de las mujeres habían nacido en España y el mismo porcentaje de las mismas tenían hijos. Los estudios predominantes en la muestra fueron los secundarios representados por un total del 58.8%, el 64.7% de las mujeres se encontraba en una situación activa laboralmente y el 76.5% estaba casada o vivía en pareja. El 58.8% de las mujeres no fumaban, el 64.7% no presentaba una enfermedad crónica y el 94.1% no tomaba tratamiento hormonal sustitutivo. Con respecto a las características del ciclo menstrual el 52.9% presentaba menopausia (falta de menstruación desde hace 12 o más meses) y por lo tanto, el mismo porcentaje se encontraba en estado postmenopausico dentro de período climatérico.

Tabla 2

Características sociodemográficas de la muestra

Datos de la muestra (n=17)	N (%)
Edad (años)	
45-49	6 (35.3)
50-54	4 (23.5)
55-59	7 (41.2)

Nivel de estudios	
Sin estudios	0 (0)
Estudios primarios	6 (35.3)
Estudios secundarios	10 (58.8)
Estudios universitarios	1 (5.9)
Situación laboral	
Activa	11 (64.7)
En paro	0 (0)
Ama de casa	4 (23.5)
Jubilada/Pensionista	2 (11.8)
Estado civil	
Soltera	1 (5.9)
Casada/vive en pareja	13 (76.5)
Viuda	1 (5.9)
Separada/divorciada	2 (11.8)
País de nacimiento	
España	15 (88.2)
Otros	2 (11.8)
Hijos	
Si	15 (88.2)
No	2 (11.8)
Hábito tabáquico	
Si	7 (41.2)
No	10 (58.8)
Tratamiento hormonal sustitutivo	
Si	1 (5.9)
No	16 (94.1)
Enfermedad crónica	
Si	6 (35.3)
No	11 (64.7)
Ciclo menstrual	
Ciclo regular	3 (17.6)
Ciclo irregular	3 (17.6)
Amenorrea < 12 meses	2 (11.8)
Amenorrea > 12 meses	9 (52.9)

Estado climatérico	
Premenopausia	8 (47.1)
Postmenopausia	9 (52.9)

Se halló mediante la prueba de correlación de Pearson, una relación estadísticamente significativa entre la edad y el estado climatérico, con un valor de $p= .049$, de forma que a medida que avanza la edad existen más mujeres en estado postmenopausico.

Con respecto a la Escala Cervantes, la media de la puntuación global fue intermedia correspondiéndose con 58.47 puntos, siendo la media para cada dominio la siguiente, para el dominio menopausia y salud la media fue de 29.29 puntos, para el dominio psíquico fue de 11.41 puntos, la puntuación media para el dominio sexualidad fue de 8.53 puntos y finalmente para el dominio relación de pareja la media de puntuación fue de 9.12 puntos.

El grupo que presentó una mayor media de puntuación global en la Escala Cervantes y por lo tanto una peor calidad de vida fue el grupo de 50 a 54 años, con una media global de 69 puntos. La puntuación global para cada grupo de edad se muestra en la Figura 1.

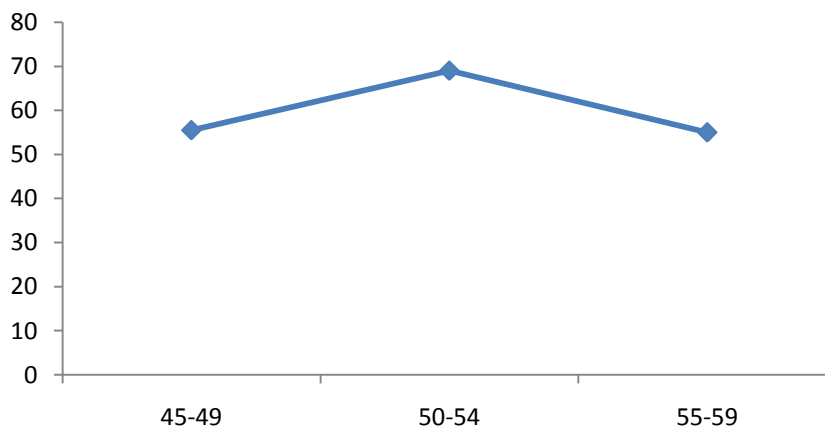


Figura 1. Media puntuación global Escala Cervantes por grupo de edad

Las puntuaciones globales de los dominios de la Escala Cervantes por grupo de edad se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3:**Puntuación media global Escala Cervantes y dominios por grupo de edad**

Grupo edad	N (%)	DMS (DE)	DP (DE)	DS (DE)	DRP (DE)
45-49	6 (35.3)	24.16 (12.998)	12 (8.672)	9.16 (4.665)	9.83 (4.956)
50-54	4 (23.5)	38 (6.325)	10.75 (5.795)	10 (6.683)	10.25 (3.862)
55-59	7 (41.2)	28.71 (12.932)	11.28 (5.529)	7.14 (4.413)	7.85 (4.741)

EC: Escala Cervantes

DMS: Dominio Menopausia y Salud

DP: Dominio Psíquico

DS: Dominio Sexualidad

DRP: Dominio Relación de Pareja

DE: Desviación estándar

Con respecto al estado climatérico, no se halló una relación estadísticamente significativa con el nivel de calidad de vida a través de la prueba U de Mann-Whitney, con un valor estadístico de $p = .665$, pero sí se observan diferencias en la puntuación global media de la Escala Cervantes en función del estado climatérico. En la Tabla 4 se muestra los resultados de la puntuación media global de la Escala Cervantes y de los dominios de la misma en función del período climatérico.

Tabla 4**Puntuación media global Escala Cervantes y Dominios según estado climatérico**

Estado climatérico	N (%)	Media global EC	DMS	DP	DS	DRP
Premenopausia	8 (47.1)	60.5 (20.69)	28.25 (13.78)	11.12 (8.06)	10.25 (5.31)	10.62 (4.47)
Postmenopausia	9 (52.9)	56.66 (17.46)	30.22 (11.64)	11.66 (5.09)	7 (4.21)	7.77 (4.29)

EC: Escala Cervantes

DMS: Dominio Menopausia y Salud

DP: Dominio Psíquico

DS: Dominio Sexualidad

DRP: Dominio Relación de Pareja

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y la calidad de vida ni los dominios de la misma. La Tabla 5 muestra los resultados estadísticos del análisis de la relación entre ambas variables.

Tabla 5**Resultados análisis estadísticos relación variables sociodemográficas, Escala Cervantes y dominios**

Variable sociodemográfica	Puntuación media global EC (p)	DMS (p)	DP (p)	DS (p)	DRP (p)
Grupo edad	.397	.195	.912	.586	.496
Nivel estudios	.945	.938	.669	.779	.212
Estado civil	.402	.295	.900	.622	.110
Situación laboral	.337	.365	.299	.821	.319
Hijos	.881	.654	.294	.202	.498
Hábito tabáquico	.494	.464	.524	.768	.300
Ciclo menstrual	.969	.839	.639	.138	.186
Estado climatérico	.665	.809	.847	.160	.065
Tratamiento hormonal	.102	.220	.101	.932	.917
Enfermedad crónica	.247	.546	.061	.839	.509

EC: Escala Cervantes

DMS: Dominio Menopausia y Salud

DP: Dominio Psíquico

DS: Dominio Sexualidad

DRP: Dominio Relación de Pareja

A pesar de ello, si se mostraron diferencias con respecto a la puntuación media global de la calidad de vida entre los diferentes grupos de variables, para este análisis se utilizó el estadístico de U de Mann-Whitney para el análisis de variables cualitativas de dos categoría (hábito tabáquico y enfermedad crónica) y variables cuantitativa continua (Escala Cervantes); por otra parte para el análisis de las variables cualitativas de más de dos categorías (nivel de estudios, situación laboral y estado civil) y variables cuantitativas continua (Escala Cervantes) se usó el estadístico de Krustal-Wallis. En la Tabla 6 se muestra la puntuación media de la calidad de vida con la Escala Cervantes por variables sociodemográficas.

Tabla 6
Media puntuación global Escala Cervantes por grupos de variables sociodemográficas

Variable sociodemográfica	Media global EC (DE)
Nivel de estudios	
Estudios primarios	56.33 (15.91)
Estudios secundarios	59.70 (21.58)
Estudios universitarios	59
p	.945
Situación laboral	
Activa	61.72 (18.36)
Ama de casa	47.25 (16.52)
Jubilada/Pensionista	63 (25.46)
p	.337
Estado civil	
Soltera	50
Casada/vive en pareja	60.84 (19.49)
Viuda	32
Separada/divorciada	60.50 (9.19)
p	.402
Hábito tabáquico	
Si	61.57 (18.76)
No	53.30 (19.07)
p	.494
Enfermedad crónica	
Si	65.83 (18.96)
No	54.45 (17.89)
p	.247

EC: Escala Cervantes

DE: Desviación estándar

DISCUSIÓN

La calidad de vida como concepto global, no se limita a síntomas físicos, sino que incluye además dimensiones relacionadas con el aspecto emocional, social y cognitivo (González, Pérez, Britapaja, Martín & Salas, 2014). En el contexto actual, en el cual, la menopausia no se considera como un hecho único relacionado solamente con los cambios hormonales (Palacios et al., 2004), la estimación de la calidad de vida se perfila como un instrumento relevante para conocer la situación y problemas de las mujeres en esta etapa de transición.

En el presente estudio, la media de puntuación global de la Escala Cervantes de calidad de vida fue de 58.47 puntos, consideramos este resultado como una calidad de vida media ya que en la valoración de dicha escala se considera mejor calidad de vida a menor puntuación en un rango entre 0 y 155 (Palacios et al., 2004).

Si bien es cierto, que la muestra del estudio objeto de discusión es muy limitada, el resultado de esta media global es más elevado que el obtenido en estudios similares realizados en población española y utilizando el mismo instrumento, que al contrario, muestran una buena puntuación global en este rango poblacional, como el llevado a cabo por Calvo y Campillo (2013) en el cual la media de puntuación global fue de 32.2 puntos. Por el contrario, existen estudios cuyos resultados se asemejan al del actual, como el llevado a cabo por González y colaboradores (2014) cuya media global fue de 53.85 puntos. Esto nos lleva al planteamiento de la necesidad de realizar estudios epidemiológicos en diferentes partes de España que demuestren la homogeneidad de estos resultados o por el contrario si en un mismo territorio existen diferencias en las características poblacionales que justifiquen dicha diferencia.

Dicha fluctuación en la percepción de la calidad de vida en este grupo de población, podría explicarse atendiendo a la premisa del impacto de las actitudes personales y su influencia sobre la experiencia de la transición climatérica, ya que se ha evidenciado que mujeres con actitudes negativas hacia el climaterio reportan más síntomas y por lo tanto menor calidad de vida (Ayers & Hunter, 2010). Esta premisa añade una nueva línea de investigación en la cual además de las características poblacionales sería conveniente realizar estudios científicos que tuvieran en cuenta las actitudes de las mujeres ante eventos vitales y en que forma y magnitud estas actitudes influyen en la percepción de la calidad de vida.

Analizando de forma más concreta la calidad de vida reportada por las mujeres encuestadas, mostraron una puntuación más elevada y por tanto peor calidad de vida las mujeres en estado premenopáusico, y dentro de las mismas, las que presentaban

amenorrea menor de 12 meses, es decir se encontraban en transición menopáusica (Organización Mundial de la Salud, 1995); este resultado puede deberse a que la sintomatología vasomotora, que representa la sintomatología más frecuentemente asociada al climaterio (Pérez, Martínez, López & Ornat, 2013) tienen su máxima incidencia en la premenopausia y la etapa precoz de la postmenopausia, tendiendo a disminuir con el tiempo (Despaigne et al., 1999).

Esta afirmación se puede ver reflejada en la puntuación media con respecto a los dominios, ya que el dominio de menopausia y salud que recoge a su vez información acerca de la sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento es el que presenta de forma general una mayor puntuación y por lo tanto una peor valoración.

Con respecto a las características sociodemográficas de la muestra y a pesar de que no se han establecido relaciones estadísticamente significativas de éstas con la calidad de vida, si se reflejan datos que llaman nuestra atención.

Solamente el 1% de la muestra se encontraba en el momento del estudio en tratamiento hormonal sustitutivo, si bien es cierto que el tamaño muestral es escaso, esta cifra es menor que la reportada para el conjunto de España, dónde aproximadamente el 5% de las mujeres están en terapia de reemplazo hormonal (Delgado, Sánchez, Galindo, Pérez & Duque, 2001). Estos datos se contraponen a los obtenidos en estudios con mayor muestra (Calvo & Campillo, 2013) en los cuales, aproximadamente un 14% de la muestra se encontraba en tratamiento hormonal, lo que plantea la cuestión de una posible medicalización de la menopausia (Solomon & Dluhy, 2003).

Por otro lado, se ha evidenciado una clara influencia del estado civil en la calidad de vida de las mujeres de mediana edad, Giannouli y colaboradores (2012) determinaron que el estado civil era uno de los predictores más importantes de calidad de vida, de esta forma, las mujeres que viven en pareja o están casadas presentan mejor calidad de vida y menor estrés (Avis et al., 2003), afirmación que se contrapone a la tendencia que reflejan los datos del presente estudio, en el cual, las mujeres casadas o que viven en pareja reportaron una peor calidad de vida, siendo los dominios menopausia y salud, y psíquico los más afectados, a pesar de que en otras investigaciones el dominio más afectado era el de la sexualidad (Yanikkerem, Tamay & Dikayak, 2012).

El climaterio se asocia con una etapa de ajuste psicosocial relacionada con cuestiones tales como cambios en los roles sociales y laborales (Bryantt, Judd & Hickey, 2012), de esta manera se ha evidenciado que mujeres activas laboralmente presentan menos síntomas específicos del climaterio (Membrive et al., 2011), conclusión que respalda

el resultado obtenido en el presente estudio, en el cual las mujeres no activas laboralmente presentan peor calidad de vida.

Llama la atención en el presente estudio que las mujeres con un nivel de estudios secundarios presenten peor calidad de vida, ya que se ha demostrado que ésta se ve afectada negativamente por un nivel educacional bajo (Bal & Sahin, 2011), aunque cabe reseñar del mismo modo, que se ha demostrado a la vez, que las mujeres con más estudios a pesar de que reportan hábitos de vida más saludables, percibían su salud de una forma más negativa (Abalía, García, Feito, Sánchez & Sánchez, 2006), lo que puede repercutir en la percepción global de su calidad de vida. Sería conveniente estudiar la descripción de la influencia del nivel educativo sobre la percepción de la salud con el fin de diseñar estrategias de prevención primaria más efectivas.

Con respecto al hábito tabáquico y su influencia sobre la calidad de vida existe evidencia contradictoria; en nuestro estudio, a pesar de la no existencia de una relación estadísticamente significativa, si se muestra una tendencia de que las mujeres fumadoras reportan una puntuación mayor en la encuesta, por lo tanto una peor calidad de vida, esta conclusión es paralela a la aportada por Gallichio y colaboradores (2006) que afirmaron que el hábito tabáquico se asocia con aparición de síntomas vasomotores (sofocos) independientemente de los niveles estrogénicos, en cambio, Caylan y colaboradores (2011) no encontraron diferencias entre el grupo de fumadores y no fumadores. Dado que el problema del tabaquismo requiere de un abordaje desde el punto de vista de educación para la salud, es importante conocer los ámbitos en los que éste influye negativamente con el fin de trasladar a la población dichas evidencias.

Un hallazgo inusual es que el 35.3% de las mujeres encuestadas presenta algún tipo de comorbilidad, esta coexistencia de condiciones puede haber tenido repercusión sobre la puntuación global de la escala, siendo en este caso mayor y por tanto presentando peor calidad de vida dichas mujeres. La influencia que la comorbilidad parece ejercer sobre la calidad de vida ha sido evidenciada por Tan, Kartal y Guldal (2014) y Bal y Sahin (2011), que han descrito esta influencia como negativa, pero es cierto que teniendo en cuenta dicha influencia deberían llevarse a cabo estudios epidemiológicos que estudiaran esta cuestión, con el fin de determinar si existe una interacción entre comorbilidad y climaterio realmente mantenida en el tiempo, además de tener en cuenta la premisa a través de la cual se demuestra que la menopausia puede constituir un factor de riesgo para la presencia de diversas enfermedades crónicas entre las que se encuentran la osteoporosis (de Cetina & Polanco, 1996).

CONCLUSIONES

Entre las mujeres pertenecientes al estudio, la media de calidad de vida es menor que en estudios con población de referencia, lo que sugiere que el climaterio es en sí mismo una situación influyente por sus características en la percepción de la calidad de vida.

Con respecto al objetivo general del estudio en el cual se plantea la descripción de la calidad de vida de un grupo de mujeres en estado climatérico, los resultados obtenidos sugieren que, la transición climatérica engloba distintas etapas y dentro de las mismas se mostraron tendencias que evidenciaron diferencias en la percepción del nivel de calidad de vida en las distintas etapas; de modo que, estos niveles eran menores en el inicio de la transición menopáusica, incluido dentro del período premenopáusico, demostrando esta muestra peor calidad de vida que la perteneciente al período postmenopausico.

Por lo tanto, se muestra una tendencia en la mejora de la percepción de la calidad de vida a medida que avanza la edad de la mujer en estado climatérico.

En cuanto a los objetivos específicos los resultados obtenidos muestran distintas tendencias.

A través del diseño del cuestionario específico de variables sociodemográficas, se ha conseguido describir las características demográficas y epidemiológicas de la población de mujeres participantes en el estudio.

En referencia al análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en los distintos dominios de la Escala Cervantes, se evidencia que, dentro del concepto de calidad de vida en período climatérico, se sugiere una peor percepción del dominio menopausia y salud, de modo que, se valora de forma más negativa los eventos relacionados con los síntomas vasomotores, la salud y el envejecimiento.

Además, con respecto a la identificación de la relación entre las variables sociodemográficas de la muestra y el nivel de calidad de vida relacionado con la salud, a pesar de no establecer relaciones estadísticamente significativas, si sugiere posibles asociaciones entre las variables sociodemográficas y epidemiológicas y la calidad de vida de las mujeres climatéricas.

De modo que, se muestra cierta notoriedad con respecto a que el efecto de los cambios relacionados con el climaterio en la calidad de vida muestra una tendencia a relacionarse con las características personales, sociales y culturales de cada individuo.

Debido a la dificultad encontrada en la recogida completa de los datos de la muestra, se sugiere otra estrategia de recolección, en la cual el investigador se muestre presente y accesible en el momento de la misma, acompañando al individuo durante ésta.

Con relación a los instrumentos validados para la medición de la calidad de vida de las mujeres en el período climatérico, se muestra la Escala Cervantes como un instrumento con alta validez externa que permite comprender las características y factores asociados a la percepción de la calidad de vida en este grupo de población.

Desde el punto de vista de la práctica clínica, conocer la calidad de vida relacionada con la salud y los aspectos de la misma más relevantes en la población femenina de mediana edad, así como, las características sociodemográficas y epidemiológicas de este grupo de edad, nos ayudará, por un lado, a diferenciar qué síntomas y problemas de salud se asocian propiamente a los cambios hormonales derivados del climaterio y por otro lado, a desarrollar estrategias de actuación, así como programas de salud, tratamientos e intervenciones eficaces, seguros y sobre todo adecuados a la realidad y necesidades de esta población.

Entre las limitaciones del presente estudio que deben ser consideradas en lo referente a la interpretación de los resultados, cabe citar, su diseño transversal que no permite determinar causas y efectos. Tanto el tamaño de la muestra como el diseño de un muestreo no probabilístico no permiten la extrapolación de los resultados a la población general, añadir además que, al tratarse de una muestra pequeña para cuyo análisis se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas, el poder estadístico es más limitado. Por otra parte, la muestra estudiada no permite extrapolar las conclusiones a la población general.

Bibliografía

- Abalia, I., García, M., Feito, M.T., Sánchez, C., & Sánchez, A. (2006). Perfil socioeconómico y calidad de vida de mujeres de 40-60 años en una muestra de la Comarca Uribe-Kosta. *Enfermería Comunitaria (edición digital)*, 2(1), 30-37. Recuperado de <<http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a30-37.php>>
- Asociación Médica Mundial (2008). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Avis, N., Ory, M., Matthews, K., Schocken, M., Bromberger, J., & Colvin, A. (2003). Health-related quality of life in a multiethnic sample of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Medical Care*, 41 (11), 1262-1276.
- Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Bromberger, J., Ganz, P., Cain, V., & Kagawa-Singer, M. (2001). Is there a menopausal syndrome? menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science & Medicine*, 52(3), 345-356.
- Ayers, B., Forshaw, M., & Hunter, M. S. (2010). The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas*, 65(1), 28-36.
- Bal, M. D., & Sahin, N. H. (2011). The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*, 18(12), 1309-1316.
- Bryant, C., Judd, F. K., & Hickey, M. (2012). Anxiety during the menopausal transition: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 139(2), 141-148.
- Calvo, A., & Campillo, C. (2013). Quality of life of menopausal women in the island of Majorca: A population based study. *Gynecological Endocrinology*, 29(6), 556-558.
- Caylan, A., Aydemir, I., Dagdeviren, N., Akturk, Z., Set, T., Oztora, S., & Can, F. E. (2011). Evaluation of health related quality of life among perimenopausal Turkish women. *HealthMED*, 5 (4), 741-752.
- De Cetina, T. E. C., & Polanco-Reyes, L. (1996). Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico. *Rev Biomed*, 7 (4), 227-236.
- Delgado, A., Sánchez, M. C., Galindo, I., Pérez, C., & Duque, M. J. (2001). Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predictoras. *Atención primaria*, 27(1), 3-11.
- Despaigne, D. N., Durán, R. S. P., Jo, A. S., & Silva, M. D. (1999). Factores relacionados con las características del síndrome climatérico en un grupo de mujeres cubanas. *Rev Cubana Endocrinol*, 10(2), 116-123.

- Gallicchio, L., Miller, S. R., Visvanathan, K., Lewis, L. M., Babus, J., Zacur, H., & Flaws, J. A. (2006). Cigarette smoking, estrogen levels, and hot flashes in midlife women. *Maturitas*, 53(2), 133-143.
- García, C. L., & Gómez, S. G. (2009). Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: Efectos a corto plazo. *Psicothema*, 21(2), 255-261.
- García, F., López, V., Toronjo, A., Toscano, T., & Contreras, A. (2000). Valoración de conocimientos sobre el climaterio en mujeres andaluzas. *Atención Primaria*, 26(7), 476-481.
- Giannouli, P., Zervas, I., Armeni, E., Koundi, K., Spyropoulou, A., Alexandrou, A., & Lambrinou, I. (2012). Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey. *Maturitas*, 71(2), 154-161.
- Gómez, A. (2009). Menopausia. Salud genitourinaria. *Offarm*, 29 (5), 60-66.
- González, C., Pérez, I., Britapaja, I., Martín, M., Salas, L. (2014) Calidad de vida de las mujeres en climaterio y cuidados de Enfermería. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)*, 10(2). Recuperado de <http://www.indexf.com.proxy1.athensams.net/comunitaria/v10n2/ec9285.php>
- Gutiérrez, S., & Larroy, C. (2009). Efectos a largo plazo de un programa de intervención cognitivo conductual en la sintomatología menopáusica: Resultados de un estudio piloto. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 165-179.
- Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia (2004). Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Recuperado de http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (2011). Censos de población. Recuperado de www.ine.es
- Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la población en España 2014-2064. *Nota de prensa*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- Altchek, A., Deligdisch, L., & Kase, N. (Eds.). (2003). *Diagnosis and management of ovarian disorders*. Academic Press. doi: 10.1016/B978-012053642-9/50032-6
- Kim, M. J., Cho, J., Ahn, Y., Yim, G., & Park, H. Y. (2014). Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women. *BMC women's health*, 14(1), 122.

- Lopez, J. (2014). Diferencias en disfunciones sexuales y depresión entre mujeres premenopáusicas (de 40-50 años) y mujeres posmenopáusicas (de 50-60 años). Estudio prospectivo de un año. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. doi: 10.1016/j.gine.2014.04.008
- Martín, R. M., Padilla, R. M. G., Saavedra, M. P. O., & Barroso, N. S. (2014). Calidad de vida y menopausia: Resultados de una intervención psicoeducativa. *Nure Investigación*, 2(70), 1-15.
- Membrive, J. M., Granero, J., Salmerón, M. J. S., Fernández, C., López, C. M. R., & Carreño, T. P. (2011). Calidad de vida en mujeres climatéricas que trabajan en el sistema sanitario y educativo. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19(6), 1314-1321. doi: 10.1590/S0104-11692011000600006
- Muñoz, M., & Pérez, M. D. (2010). Osteoporosis. Definición. Epidemiología. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 2(3), 5-7.
- Nelson, H. D., Haney, E., Humphrey, L., Miller, J., Nedrow, A., Nicolaidis, C.,..... & Nygren, P. (2005). Management of Menopause-Related Symptoms: Summary. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11956>
- Nelson, H. D. (2008). Menopause. *The Lancet*, 371(9614), 760-770.
- Obermeyer, C. M., Reher, D., Alcalá, L. C., & Price, K. (2005). The menopause in Spain: results of the DAMES (Decisions At Menopause) study. *Maturitas*, 52(3), 190-198.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1996). *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41984/1/WHO_TRS_866_spa.pdf
- Palacios, S., Ferrer, J., Parrilla, J., Castelo, C., Manubens, M., Alberich, X., & Martí, A. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la escala cervantes. *Medicina Clínica*, 122(6), 205-211.
- Pallaruelo Lanau, L. (2012). Si eres mujer y tienes entre 40-54 años deberás de saber... (trabajo fin de máster). Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España.
- Pérez, G. R., Martínez, R., López, M. T., & Ornat, L. (2013). Síntomas relacionados con el climaterio en mujeres residentes en la provincia de Zaragoza. *Enfermería Clínica*, 23(6), 252-261.
- Ros Montalbán, S., Comas Vives, A., & García-García, M. (2009). Síntomas depresivos y somáticos en mujeres de mediana edad atendidas en Atención primaria. *SEMERGEN - Medicina De Familia*, 35(4), 165-172.

- Solomon, C. G., & Dluhy, R. G. (2003). Rethinking postmenopausal hormone therapy. *New England Journal of Medicine*, 348(7), 579-580.
- Tan, M. N., Kartal, M., & Guldal, D. (2014). The effect of physical activity and body mass index on menopausal symptoms in Turkish women: a cross-sectional study in primary care. *BMC women's health*, 14(1), 38.
- Thompson, E. A. (2010). Alternative and complementary therapies for the menopause: A homeopathic approach. *Maturitas*, 66(4), 350-354.
- Utian, W. H., & Woods, N. F. (2013). Impact of hormone therapy on quality of life after menopause. *Menopause*, 20(10), 1098-1105. doi:10.1097/GME.0b013e318298debe
- Van Dole, K. B., Williams, R. E., Brown, R. S., Gaynes, B., Devellis, R., & Funk, M. J. (2010). Longitudinal association of vasomotor symptoms and psychosocial outcomes among postmenopausal women in the united states: A population-based study. *Menopause*, 17(5), 917-923. doi:10.1097/gme.0b013e3181d824c8 [doi]
- Velasco, V; Fernández, I; Ojeda, R; Padilla, I; & Cruz, L. (2007). Conocimientos, experiencias y conductas durante el climaterio y la menopausia en las usuarias de los servicios de medicina familiar del IMSS. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(6), 549-556.
- WHOQOL group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Woods, N. F. (2010). Menopause, symptoms, and quality of life: Time for a theoretical framework. *Menopause*, 17(5), 892-893. doi:10.1097/gme.0b013e3181eba09a
- Yanikkerem, E., Koltan, S. O., Tamay, A. G., & Dikayak, Ş. (2012). Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*, 15(6), 552-562.

ANEXO I

ESCALA CERVANTES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación.

Comprobará que al lado del 0 y el 5 aparecen unas palabras que representan las dos formas opuestas de responder a la pregunta. Además, entre el 0 y el 5 figuran 4 casillas numeradas del 1 al 4. Responda a las preguntas y marque con una X la casilla que considere más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen. Es decir, si está totalmente de acuerdo marque el 5 y si está totalmente en desacuerdo marque el 0. Si no está totalmente de acuerdo o en desacuerdo utilice las casillas intermedias.

No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad.

Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

1. Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más	Nunca	0	1	2	3	4	5	Todos los días
2. No puedo más de lo nerviosa que estoy	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
3. Noto mucho calor de repente	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
4. Mi interés por el sexo se mantiene como siempre	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual o más
5. No consigo dormir las horas necesarias	Nunca me ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
6. Todo me aburre, incluso las cosas que antes me divertían	No es cierto	0	1	2	3	4	5	Cierto
7. Noto hormigueos en las manos y/o los pies	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Insoportable
8. Me considero feliz en mi relación de pareja	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
9. De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
10. He perdido la capacidad de relajarme	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Completamente
11. Aunque duermo, no consigo descansar	Nunca me ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
12. Noto como si las cosas me dieran vueltas	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
13. Mi papel como esposa o pareja es...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Muy importante
14. Creo que retengo líquido, porque estoy hinchada	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Sí, mucho más
15. Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
16. Noto que los músculos o las articulaciones me duelen	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Dolor insoportable
17. Creo que los demás estarían mejor sin mí	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Cierto
18. Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Mucho
19. Desde que me levanto me encuentro cansada	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
20. Tengo tan buena salud como cualquier persona a mi edad	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Igual o mejor
21. Tengo la sensación de que no sirvo para nada	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
22. Tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual o más
23. Noto que el corazón me late muy deprisa y sin control	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
24. A veces pienso que no me importaría estar muerta	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
25. Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos	En absoluto	0	1	2	3	4	5	Constantemente
26. En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
27. Siento picor en la vagina, como si estuviera demasiado seca	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
28. Me siento vacía	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
29. Noto sofocaciones	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
30. En mi vida el sexo es...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Extremadamente importante
31. He notado que tengo más sequedad de piel	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Sí, mucho más

Palacios, S., Ferrer, J., Parrilla, J., Castelo, C., Manubens, M., Alberich, X., & Martí, A. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la escala cervantes. *Medicina Clínica*, 122(6), 205-211.

ANEXO II**ENCUESTA VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Los datos contenidos en el cuestionario son de carácter anónimo. Le agradecemos enormemente su colaboración.

1. EDAD (entrada numérica)
2. SITUACIÓN LABORAL (elegir una opción) :
 - Activa
 - En paro
 - Ama de casa
 - Jubilada/Pensionista
3. NIVEL DE ESTUDIOS (elegir una opción):
 - Sin estudios.
 - Estudios primarios.
 - Estudios secundarios.
 - Estudios universitarios.
4. ESTADO CIVIL (elegir una opción) :
 - Soltera
 - Casada/vive en pareja
 - Viuda
 - Separada/divorciada
5. PAÍS DE NACIMIENTO (entrada de texto) _____
6. TIENE HIJOS:
 - Si
 - No
7. ¿ES USTED FUMADORA?
 - Si
 - No
8. EN LA ACTUALIDAD, USTED TIENE UN CICLO MENSTRUAL (marque la respuesta que se acerque en mayor precisión a su situación actual):
 - Ciclos regulares
 - Ciclos irregulares
 - Amenorrea (falta de regla) de menos de 12 meses.
 - Menopausia (falta de regla desde hace 12 o más meses).
9. ¿Actualmente se somete a un tratamiento hormonal sustitutivo? (respuesta dicotómica).
 - Si
 - No
10. En la actualidad, ¿padece algún tipo de enfermedad crónica?.
 - Si
 - No