



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Factores relacionados con el bienestar de las
mujeres en la etapa del climaterio.**

María del Carmen García Moñino

2016

UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

**Factores relacionados con el bienestar de las
mujeres en la etapa del climaterio.**

DIRECTORA

Dra. Dña. Florentina Pina Roche

DOCTORANDA

Dña. M^a del Carmen García Moñino

AGRADECIMIENTOS

Al llegar al final de esta Tesis, es imprescindible mencionar a todas aquellas personas que con su apoyo han ayudado en la realización.

En primer lugar agradecer a la Universidad de Murcia por su confianza en este trabajo.

En segundo lugar, agradezco los consejos y la profesionalidad en estos años de mi directora de tesis, la Doctora Dña. Florentina Pina Roche.

En tercer lugar, sin la participación de los centros Santo Ángel, Rosalía de Castro de El Palmar y Emilia Pardo Bazán de El Barrio del Infante, sus presidentas y las mujeres asociadas, esta investigación no hubiera sido posible. Mi más sincero agradecimiento a estas instituciones públicas por su colaboración y sobre todo por brindar tanta ayuda a las mujeres.

El asesoramiento de Dña. Ana Belén Maldonado y Dña. Esther Cortés Lorente en la metodología de la tesis ha sido esencial. Gracias por mostrarnos tan colaboradoras con este proyecto y por estar disponibles siempre que os lo he pedido.

La ayuda incondicional de mis padres, Mari Carmen y Mariano, que sin su apoyo nunca hubiera logrado llegar hasta aquí, siempre habéis buscado tiempo para escucharme, para aconsejarme y para animarme a seguir adelante con la tesis.

Quiero agradecer a Pablo Noguera Villaescusa, que por encima de todo es el pilar más importante para la realización de este trabajo. Gracias por creer en mí y elegir ser mi compañero de viaje en la vida. Sin tu ayuda ni siquiera hubiera empezado el largo camino del doctorado.

En este momento no entiendes mis palabras, pero para cuando seas capaz de leerlas, quiero que sepas que tú y tu padre sois la razón por la que cada día me esfuerzo por conseguir mis logros y en éste has estado presente en todo momento. Leo, te quiero.

"La menopausia no es una enfermedad, es una etapa de la vida de la mujer que merece vivirse" (Arnedo, 2003).

*Índice y
Abreviaturas*

INDICE

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	1
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN.....	5
1.2. JUSTIFICACIÓN	6
2. <i>DELIMITACIÓN CONCEPTUAL</i>	9
3. <i>RECUERDO ANATÓMICO Y FISIOLÓGICO</i>	10
3.1. CICLO OVÁRICO.....	11
3.2. CICLO ENDOMETRIAL	13
3.3. ACCIÓN SISTÉMICA DE LOS ESTRÓGENOS	13
4. <i>MANIFESTACIONES DURANTE EL CLIMATERIO</i>	16
4.1. MANIFESTACIONES FÍSICAS	16
4.1.1. CAMBIOS LOCALES.....	16
4.1.2. CAMBIOS GENERALES.....	17
4.2. MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS.....	19
4.3. DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL CLIMATERIO	20
4.4. SÍNDROME CLIMATÉRICO	25
5. <i>PROBLEMAS DE SALUD EN EL CLIMATERIO</i>	27
5.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	27
5.2. CÁNCER GINECOLÓGICO.....	29
5.2.1. TUMORES DE CÉRVIX UTERINO.....	30
5.2.2. CÁNCER DE VAGINA Y VULVA	31
5.2.3. CÁNCER DE ENDOMETRIO	31
5.2.4. CÁNCER DE MAMA.....	32
5.3. OSTEOPOROSIS	34
6. <i>HÁBITOS DE VIDA EN EL CLIMATERIO</i>	37
7. <i>SALUD Y CLIMATERIO</i>	45
7.1. CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR	46
7.2. SATISFACCIÓN VITAL	49
7.3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: PATRONES FUNCIONALES	56
7.4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESTINADA A MUJERES EN EDAD MENOPÁUSICA	60
7.5. GÉNERO Y CLIMATERIO	64
7.5.1. MODELO FEMINISTA	71
7.5.2. MODELO BIOMÉDICO.....	73
7.6. EL ASOCIACIONISMO EN LAS MUJERES DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	74

CAPÍTULO 2. MARCO METODOLÓGICO	77
1. <i>OBJETIVOS DEL ESTUDIO</i>	79
1.1. OBJETIVO GENERAL.....	79
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	79
2. <i>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....</i>	80
2.1. TIPO DE ESTUDIO	80
2.2. TÉCNICA DE MUESTREO	80
2.3. PARTICIPANTES Y CONTEXTUALIZACIÓN GEOGRÁFICA Y POBLACIONAL	80
3. <i>INSTRUMENTOS DE MEDIDA. VARIABLES DEL ESTUDIO.....</i>	82
4. <i>PROCEDIMIENTO.....</i>	85
4.1. FASE BIBLIOGRÁFICA	85
4.1.1. CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	86
4.2. FASE DE CAMPO.....	88
4.2.1. ESTUDIO PILOTO	88
4.2.2. ESTUDIO COMPLETO	90
5. <i>MÉTODOS ESTADÍSTICOS.....</i>	90
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	93
1. <i>RESULTADOS.....</i>	95
1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	95
1.1.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PRE Y POST MENOPAUSIA.....	97
1.2. HÁBITOS DE VIDA.....	98
RESUMEN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PRE Y POST MENOPAUSIA CON SIGNIFICACIÓN.	98
1.2.1. HÁBITOS DE VIDA PRE Y POST MENOPAUSIA	101
1.2.2. ASOCIACIONES DE HÁBITOS DE VIDA.....	103
RESUMEN DE HÁBITOS DE VIDA PRE Y POST MENOPAUSIA CON SIGNIFICACIÓN.	104
RESUMEN DE ASOCIACIONES DE HÁBITOS DE VIDA CON SIGNIFICACIÓN.....	104
1.3. MANIFESTACIONES FÍSICO-PSICO-SOCIALES.....	105
1.3.1. MANIFESTACIONES FÍSICO- PSICO- SOCIALES PRE Y POST MENOPAUSIA	108
RESUMEN DE MANIFESTACIONES FÍSICO- SICO-SOCIALES PRE Y POST MENOPAUSIA CON SIGNIFICACIÓN.	112
1.4. SATISFACCIÓN VITAL	113
1.4.1. SATISFACCIÓN VITAL PRE y POST MENOPAUSIA.....	113
1.4.2. SATISFACCIÓN VITAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	115
1.4.3. SATISFACCIÓN VITAL Y HÁBITOS DE VIDA	115

1.4.4. SATISFACCIÓN VITAL Y MANIFESTACIONES PSICO-FÍSICO-SOCIALES	116
1.4.5. SATISFACCIÓN VITAL RELACIONADA CON OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS	118
RESUMEN DE ASOCIACIONES CON SIGNIFICACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN VITAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	121
RESUMEN DE ASOCIACIONES CON SIGNIFICACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN VITAL Y HáBITOS DE VIDA	122
Resultados sin presentar asociación estadísticamente significativa:.....	122
RESUMEN DE ASOCIACIONES CON SIGNIFICACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN VITAL Y MANIFESTACIONES PSICO-FÍSICO-SOCIALES	123
RESUMEN DE ASOCIACIONES CON SIGNIFICACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN VITAL Y OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS.	123
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	125
1. DISCUSIÓN	127
2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	139
3. PERSPECTIVAS DE FUTURO	140
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	143
CONCLUSIONES.....	145
CAPÍTULO 6. BIBLIOGRAFÍA	149
ANEXO 1. CARTEL INFORMATIVO	169
ANEXO 2. INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UMU	171
ANEXO 3. PERMISO DEL CENTRO.....	173
ANEXO 4. HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO.....	175
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PARTICIPANTES	177
ANEXO 6. CUESTIONARIO.....	179
ANEXO 7. TABLAS DE RECOPIACIÓN Y RELACIÓN DE DATOS.....	181
ANEXO 8. COMUNICACIÓN ORAL II JORNADAS DOCTORALES DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA	187
ANEXO 9. COMUNICACIÓN ORAL II CONGRESO NACIONAL DE JÓVENES INVESTIGADORES EN ENFERMERÍA	189

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad mediana de las mujeres de la Región de Murcia.	6
Figura 2. Etapas del climaterio y su relación con la menopausia	10
Figura 3. Defunciones según grandes causas y edad, por sexo (mujeres).	27
Figura 4. Defunciones distribuidas por edad provocadas por enfermedades del sistema circulatorio. Mortalidad por causas	28
Figura 5. Percepción de la salud en la Región de Murcia y en España	49
Figura 6. Pirámide de Maslow	56
Figura 7. Medias \pm DE de mujeres POST 79,30 % (n=203) y PRE 20,70 % (n=53)menopausia	95
Figura 8. Medias \pm DE de Edad de las mujeres POST (58,45) y PRE (48,43) menopausia.	95
Figura 9. Distribución según el Estado Civil.	96
Figura 10. Distribución según la Situación Laboral.	96
Figura 11. Distribución según el Nivel de Estudios	96
Figura 12. Mujeres con (90,23 %) y sin hijos (9,77 %)	96
Figura 13. Situación Laboral en mujeres en activo PRE (81,1 %) y POST (55,2 %) MENOPAUSIA	97
Figura 14. Nivel de estudios básicos en mujeres PRE (20,8 %) y POST (52,7 %) y MEDIO PRE (49,1 %) y POST (31 %) MENOPAUSIA ($p<0,001$).	97
Figura 15. Hábitos de vida: mujeres que tomaban tratamiento hormonal u otro	99
Figura 16. Hábitos de vida: autocuidado	99
Figura 17. Hábitos de vida: cuidado de la imagen corporal:	99
Figura 18. Hábitos de vida: sueño las horas necesarias	99
Figura 19. Hábitos de vida: alimentación saludable	100
Figura 20. Hábitos de vida: hábito tabáquico (>10 cigarrillos al día):	100
Figura 21. Hábitos de vida: revisiones médicas:	100
Figura 22. Hábitos de vida: revisiones médicas	100
Figura 23. Hábitos de vida: sueño las horas necesarias con frecuencia PRE (45,3 %) y POST (25,6 %) MENOPAUSIA ($p=0,020$).	102
Figura 24. Hábitos de vida: hábito tabáquico PRE (41,5 %) y POST (18,2 %) MENOPAUSIA ($p=0,001$).	102
Figura 25. Manifestaciones físico-psico-sociales: ansiedad o depresión	105
Figura 26. Manifestaciones físico-psico-sociales: desmotivación	105
Figura 27. Manifestaciones físico- Psico-sociales: desinterés por la vida	106
Figura 28. Manifestaciones físico-psico-sociales: desinterés social	106
Figura 29. Manifestaciones físico-psico-sociales: infelicidad con la pareja	106
Figura 30. Manifestaciones físico-psico-sociales: desinterés sexual	106
Figura 31. Manifestaciones físico-psico-sociales: insatisfacción sexual	107

Figura 32. Manifestaciones físico-psico-sociales: dolor muscular o articular	107
Figura 33. Manifestaciones físico-psico-sociales: incontinencia urinaria	107
Figura 34. Manifestaciones físico-psico-sociales: picor y sequedad vaginal	107
Figura 35. Manifestaciones físico-psico-sociales: ansiedad o depresión PRE (34 %) y POST (17.7 %) menopausia (p=0,034).	109
Figura 36. Manifestaciones físico-psico-sociales: desmotivación PRE (73,6 %) y POST (49,3 %). A VECES PRE (22,6 %) y POST (40,9 %) MENOPAUSIA (p=0,006).	109
Figura 37. Manifestaciones físico-psico-sociales: infelicidad con la pareja NUNCA PRE (58,5 %) y POST (37,9 %). A VECES POST (48,8 %) y PRE (20,8 %) (p=0,001).	110
Figura 38. Manifestaciones físico-psico-sociales: desinterés sexual NUNCA PRE (43,4 %) y POST (22,2 %) (p=0,006)	110
Figura 39. Manifestaciones físico-psico-sociales: insatisfacción sexual: NUNCA PRE (58,5 %) y POST (28,1 %) (p<0,001)	110
Figura 40. Manifestaciones físico-psico-sociales: dolor muscular o articular CON FRECUENCIA PRE (24,5 %) POST (48,3 %) y A VECES PRE (52,8 %) y POST (36,9 %) (p=0,008).	110
Figura 41. Manifestaciones físico-psico-sociales: picor vaginal NUNCA PRE (79,2 %) POST (45,8 %) (p<0,001) y con FRECUENCIA PRE (1,9 %) POST (21,2 %)(p<0,001)	111
Figura 42. Satisfacción vital Mujeres satisfechas (37,1 %), muy satisfechas (20,7 %), insatisfechas (6,6 %) o muy insatisfecha (1,2 %).	113
Figura 44. Dispersión entre edad y satisfacción vital (n=256)	114
Figura 43. Satisfacción Vital PRE Y POST MENOPAUSIA	114
Figura 45. SATISFACCIÓN VITAL Y NIVEL DE ESTUDIOS	119
Figura 46. SATISFACCIÓN VITAL Y AUTOCAUIDADO	119
Figura 47. SATISFACCIÓN VITAL Y ANSIEDAD O DEPRESIÓN	120
Figura 48. SATISFACCIÓN VITAL Y DESINTERÉS POR LA VIDA	120
Figura 49. SATISFACCIÓN VITAL E INFELICIDAD EN LA PAREJA	120

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población residente en España.	5
Tabla 2. Factores de impacto sobre la mortalidad en los países desarrollados	41
Tabla 3. Hábitos de vida. Mujeres y peso.	44
Tabla 4. Hábitos de vida. Mujeres y consumo de tabaco.	44
Tabla 5. Esperanza de vida en buena salud en mujeres de la Región de Murcia en 2013	47
Tabla 6. Esperanza de vida en mujeres de la Región de Murcia en 2013.	47
Tabla 7. Valoración del estado de salud percibido en mujeres de la Región de Murcia en 2014	60
Tabla 8. Variables sociodemográficas	82
Tabla 9. Hábitos de vida	83
Tabla 10. Manifestaciones físico- psico- sociales	83
Tabla 11. Escala de satisfacción con la vida (SWLS)	84
Tabla 12. Análisis de la consistencia interna de la ESV para nuestra muestra total y su división en subgrupos	88
Tabla 13. RESUMEN: RESULTADOS POR PATRONES DE M. GORDON	101
Tabla 14. RESUMEN: RESULTADOS POR PATRONES DE M. GORDON EN GRUPOS PRE Y POSTMENOPAUSIA	102
Tabla 15. HÁBITOS DE VIDA EN FUNCIÓN DE LA FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA	103
Tabla 16. RESUMEN: RESULTADOS POR PATRONES DE M. GORDON	108
Tabla 17. RESUMEN: RESULTADOS POR PATRONES DE M. GORDON EN GRUPOS PRE Y POSTMENOPAUSIA	111
Tabla 18. Regresión logística binaria bivariada de SV y características sociodemográficas	115
Tabla 19. Regresión logística binaria bivariada de SV y hábitos de vida	116
Tabla 20. Regresión logística binaria bivariada de SV y manifestaciones físico- psico- sociales	117
Tabla 21. Modelo de regresión logística binaria multivariante de SV y las variables predictoras.	118
Tabla 22. Variables sociodemográficas, hábitos de vida y manifestaciones (n = 256)	181
Tabla 23. Variables sociodemográficas, hábitos de vida y manifestaciones /vs/ Menopausia	183
Tabla 24- Variables sociodemográficas, hábitos de vida, manifestaciones y mediana de satisfacción vital según estado de menopausia	185

ABREVIATURAS

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CREM: Centro Regional de Estadísticas de Murcia

CVRS: Calidad de Vida relacionada con la Salud

EC: Enfermedad Coronaria

ECV: Enfermedad Cardiovascular

ESV: Escala de Satisfacción Vital

DE: Desviación Estándar

FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics

FSH: Hormona Folículo Estimulante

FUR: Fecha de la última regla

HDL: Lipoproteínas de Alta Densidad

HTA: Hipertensión Arterial

IARC: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer

LDL: Lipoproteínas de Baja Densidad

LH: Hormona Luteinizante

M: Media

Me: Mediana

MRS: Menopausia Rating Scale

NAWHME: National Academy on Women's Health Medical Education

OMS: Organización Mundial de la Salud

P: Percentiles

POST: Mujeres que han superado la menopausia

PRE: Mujeres que no han superado la menopausia

THS: Terapia Hormonal Sustitutiva

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SEOR: Sociedad Española de Oncología Radioterápica

SIM: Sociedad Internacional de Menopausia

SV: Satisfacción con la Vida

SWLS: Satisfaction with Life Scale (Escala de Satisfacción Vital)

SWAN: Studio Woman's Health across the Nation

WHO: World Health Organization

RESUMEN

Actualmente, un grupo numeroso de población femenina se enmarca en el climaterio, periodo que se caracteriza por la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva y que compromete a las mujeres por diversas razones, como vivir una situación de vulnerabilidad ante posibles desavenencias.

Por otro lado, los indicadores sanitarios se dirigen hacia la integración de nuevos aspectos, la Organización Mundial de la Salud ha establecido que la satisfacción vital es el principal indicador de bienestar subjetivo en el contexto de los objetivos de salud para el 2020, que unido a que el climaterio se ha convertido en el presente en un problema social y sanitario de impacto, con este estudio se pretendió analizar los factores relacionados con el bienestar durante la etapa del climaterio, el nivel de satisfacción vital, los hábitos de vida y la presencia de manifestaciones en los grupos de PRE y POST menopausia, evaluando los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Metodología. Se realizó un estudio observacional de cohorte transversal y se seleccionó una muestra de 256 mujeres entre 45 y 65 años, residentes de las pedanías del Sur de Murcia. El instrumento utilizado fue un cuestionario en el que se recopilaron variables sociodemográficas, hábitos de vida y manifestaciones físico- psico- sociales de la escala Cervantes, que modificamos y la satisfacción vital, que se evaluó mediante Satisfaction With Life Scale.

Por otra parte, se agruparon los ítems por los Patrones Funcionales. Como paso previo al empleo de la escala de satisfacción vital, se analizó la confiabilidad obteniendo un alpha de Cronbach de 0,858.

Se analizó la normalidad de la distribución de los datos para las variables cuantitativas mediante el test de Kolgomorov-Smirnof. Los resultados fueron expresados por media, mediana, desviación estándar, percentiles 25-75, frecuencias absolutas y el porcentaje válido. La relación entre variables cuantitativas no paramétricas se realizó mediante un estudio de correlación de Spearman, un análisis diferencial con la prueba de

la Ji-cuadrado y una regresión logística binaria bivariante. Para analizar la relación entre satisfacción vital como variable dependiente dicotómica y el resto de variables del estudio como variables independientes ajustadas por edad se realizó una regresión logística binaria multivariante, considerando significativa una p -valor $< 0,25$.

Resultados. La mayoría de las mujeres habían superado la menopausia (N=203), eran casadas un 68,4 %, activas laboralmente un 60,5 %, con estudios básicos un 46,1 % y con hijos un 90,2 %. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la situación laboral ($p=0,002$), nivel de estudios ($p<0,001$) y la menopausia, predominando las mujeres laboralmente activas y de nivel de estudios medio y alto en el grupo PRE menopausia.

Un 79,9 % de las mujeres nunca tomaron tratamiento hormonal u otros, casi un 82 % cuidaban su imagen, un 71,5 % dormían las horas necesarias, casi el total seguían una alimentación saludable, un 62,5 % practicaban actividad física y un 96,9 %, realizaban controles de salud, de lo que se desprende que un 90 % de las mujeres estaban satisfechas con su vida. En la división por grupos, encontramos mayor número de no fumadoras y que su descanso era adecuado en el grupo de PRE menopausia.

Ambos grupos presentaron ansiedad o depresión (78,91 %), inapetencia e insatisfacción sexual (73,44 %) (65,62 %), desmotivación (45,7 %), desinterés social y por la vida (13,67 %) (13 %) e infelicidad con su pareja (57,81 %); la mayoría de las encuestadas refirió la presencia de dolor muscular o articular (83,59 %), que se observó más en el grupo POST menopausia (85,18 %), al igual que el resto de manifestaciones.

Así mismo, las posibilidades de tener un nivel de satisfacción con la vida fue superior en mujeres jóvenes ($p=0,009$) con mayor nivel de estudios ($p=0,002$), laboralmente activas ($p<0,001$), las cuales dedicaban más tiempo a ellas mismas ($p<0,001$), cuidaban su alimentación ($p<0,05$), realizaban actividad física ($p=0,001$), dormían las horas necesarias ($p=0,012$) y no se

encontraban deprimidas, eran positivas en su actitud y felices en sus relaciones de pareja ($p < 0,05$; $p < 0,001$; $p < 0,05$).

Conclusiones. Los resultados de nuestra investigación señalaron que las participantes gozan de un adecuado bienestar y no se observa relación de éste con respecto a la menopausia, aunque sí con el paso de los años. Sus hábitos de vida son saludables y presentan algunas manifestaciones tales como: dolor muscular, seguido de ansiedad o depresión, pérdida de interés sexual, infelicidad en la relación de pareja e insatisfacción sexual. En general, las mujeres estudiadas declaran una alteración de los patrones de Autopercepción-Autoconcepto, Rol-Relaciones, y de Eliminación y con mayor intensidad se presentan en el grupo de POST menopausia los de Tolerancia al Estrés, Cognitivo-Perceptivo y Sexualidad-Reproducción. Por otra parte, las mujeres PRE menopáusicas están más satisfechas con sus vidas, gozando de un mejor nivel de bienestar, por lo que anticiparse a la etapa de la postmenopausia puede ser una medida eficaz para que las mujeres mejoren su bienestar y calidad de vida, elaborando programas y desarrollando estrategias educativas oportunas.

PALABRAS CLAVE: climaterio, menopausia, satisfacción vital, bienestar, hábitos de vida, calidad de vida.

ABSTRACT

Nowadays, a large group of the female population is framed in the climacteric, a transitional period from the reproductive to the non-reproductive life in women. This phase jeopardizes them for different reasons, like living in vulnerable situations when facing possible setbacks. Furthermore, health status indicators are directed to the integration of new aspects, life satisfaction has been established as the main indicator of subjective well-being by the World Health Organisation in the context of its health goals for the year 2020 and along with the fact that today the climacteric period has turned into a social and health problem with impact, this study aimed to analyse the factors related to well-being during climacteric phase, life satisfaction level, lifestyle, and the presence of manifestations in PRE and POST menopausal groups, through Marjory Gordon's Functional Health Patterns.

Method. A sample of 256 women between the ages of 45 and 65 years old, residing in the districts of southern Murcia, was selected for this observational, cohort and cross-sectional study. A survey was the tool used to collect socio-demographic variables, lifestyle and physical and psycho-social manifestations from Cervantes's scale that we modified, and life satisfaction was assessed by Satisfaction With Life Scale. The items were also clustered by Functional Health Patterns. Reliability was analysed previously to the use of the Life Satisfaction scale, obtaining Cronbach's alpha of 0,858.

The normal distribution of data for quantitative variables was analysed through the Kolmogorov-Smirnov test, and the results obtained were expressed by mean, media, standard deviation and percentiles 25-75. For qualitative variables, the results were expressed by absolute frequencies and valid percentage. Relationship between nonparametric quantitative variables was established through a Spearman's correlation study, a differential analysis within Chi-square test, and a bivariate binary logistic regression. A multivariate binary logistic regression was also carried out to analyse the relationship between life satisfaction, as dichotomous

dependent variable and the rest of the variables of this study as independent variables adjusted for age. Variables included in the multivariate analysis were those obtaining a p value $<0,25$ in an initial bivariate logistic regression analysis, and those with statistical significance in the correlation analysis.

Results. Most of women were beyond menopause (N=203). 68,4 % of the sample were married women, 60,5 % were employed, 46,1 % had basic education, and 90,2 % had children. Significant differences were found in regard to the employment status ($p=0,002$), educational attainment ($p<0,001$), and menopause. Working women with medium and high educational attainment were dominant in the PRE-menopausal group.

79,9 % of women were never put under hormone therapy or other treatments, nearly 82 % of them took care of their image, 71,5 % slept the necessary hours, almost 100 % had a healthy diet, and 96,9 % had health controls, verifying that 90 % of women were satisfied with their lives. In the division into groups, we found a larger number of non-smokers and that their rest was adequate in the PRE-menopausal group.

In both groups, women showed symptoms of anxiety or depression (78,91 %), lack of sexual desire and sexual dissatisfaction (73,44 %) (65,62 %), lack of motivation (45,7 %), lack of interest in social activities and daily living (13,67 %) (13 %), and felt unhappy with their partners (57,81 %). Most participants cited muscle or joint soreness (83,59 %), that was more present among women from the POST menopausal group (85,18 %), as well as the rest of the symptoms.

Moreover, the chance of having a level of life satisfaction was higher in young women ($p=0,009$) with higher educational attainment ($p=0,002$) who were employed ($p<0,001$), who devoted more time to themselves ($p<0,001$), who watched their diet ($p<0,05$), who were physically active ($p=0,001$), who slept the necessary hours ($p=0,012$), who were not depressed, and who maintained a positive attitude and felt happy in their romantic relationship ($p<0,05$; $p<0,001$; $p<0,05$).

Conclusions. The results of our study pointed out that participants possess a proper level of well-being, and no relationship between this one and menopause has been observed, but with the passage of time. Participants' lifestyles are healthy and they show manifestations such as muscle soreness, followed by anxiety or depression, lack of sexual desire, unhappiness in their romantic relationship and sexual dissatisfaction. Overall, the women who were studied reveal alterations of Self-Perception—Self-Concept, Role-Relationship and Elimination patterns. Women from the POST-menopausal group strongly reveal alterations of Coping-Stress Tolerance, Cognitive-Perceptual and Sexuality-Reproductive patterns. Otherwise, PRE-menopausal women are more satisfied with their lives and have a higher level of well-being; thus, anticipating the POST-menopausal phase could be an effective measure to improve women's well-being and quality of life, by the development of suitable programs and educational strategies.

KEY WORDS: climacteric, menopause, life satisfaction, well-being, lifestyle, quality of life.

*Marco
Teórico*

1. INTRODUCCIÓN

La salud y el bienestar se modifican en función de unos estándares procedentes del contexto social y cultural donde se desarrolla el individuo, incluyendo las condiciones variables del sexo, edad, etnia y costumbres, sin olvidar, además, sus vivencias personales y percepciones subjetivas. A su vez, la salud es un proceso de autorregulación del organismo frente a las exigencias ambientales, que nos permite adaptarnos para disfrutar de la vida mientras crecemos, maduramos y envejecemos, siendo capaces de sobreponernos a las diferentes condiciones que se nos presentan durante los procesos vitales.

En la actualidad, las investigaciones manifiestan que el climaterio es una etapa precedida de una sucesión de cambios fisiológicos, que pueden afectar al estado de salud de las mujeres e incluso agravar problemas de salud ya establecidos, pero que es un acontecimiento natural, cuya adaptación debería suponer una nueva experiencia. Sin embargo, debido al estilo de vida impuesto en nuestra sociedad, la menopausia parece estar acompañada de un sentimiento de crisis que irrumpe en la cotidianidad de la vida de la mujer, mientras que, en países de Sudamérica por ejemplo, se considera más como una liberación con la que finaliza la etapa fértil¹⁻³.

El auge que ha sufrido el estudio de esta fase es debido al aumento de la esperanza de vida en la mujer y al incremento consecuente de la población mayor de 45 a 65 años². Además, la mujer, por “ser mujer”, va a tener un condicionamiento de género, histórico y económico, por su incorporación al trabajo, junto al concepto sociocultural de “pilar principal” de la familia en la que conviven varias generaciones⁴, que convendrán la acomodación a este nuevo periodo. Así, esta condición de “superwoman” puede producirle una sobrecarga emocional y física, que apunte a un estado de necesidad de atención, debido a que los cambios generados por la disminución hormonal en su organismo transformen este acontecimiento vital en una enfermedad⁵⁻⁸.

En esta misma línea, algunos investigadores generalizan que, debido a las características del sistema reproductor femenino, tanto en la etapa reproductiva como en la no reproductiva, los procesos fisiológicos pueden desembocar en un deterioro del organismo con connotaciones desfavorables⁷.

Por el contrario, otros comparan el climaterio con la pubertad en cuanto que los dos son periodos de transición, la menarquia y la menopausia marcan el inicio y

el fin de la función reproductiva y ambos son hitos significativos para la mujer si se desarrollan en virtud a la propia naturaleza del proceso. Pero, mientras el primero tiene una connotación de desarrollo y vitalidad, el segundo, en nuestra cultura, implica la idea de envejecimiento y la pérdida de funcionalidad, lo que altera el valor de un suceso que en sí mismo no debería evolucionar a lo patológico^{3, 5, 9}.

Lo cierto es, que las mujeres de mediana de edad están expuestas a cambios personales vinculados a factores físicos, sociales y emocionales, todos no incluidos en los instrumentos de medición de la calidad de vida en el climaterio.

En este contexto, nuevos aspectos se integran actualmente como indicadores sanitarios: la salud y el bienestar autopercebidos se describen como predictores de morbilidad y mortalidad, por lo que adquieren gran importancia y conocerlos se considera un desafío científico, siendo una de las tres formas de evaluar la calidad de vida de las sociedades, junto con los indicadores económicos y los sociales¹⁰.

Santisteban⁴ destaca que la edad de la menopausia resulta un indicador del nivel socioeconómico: *“en países desarrollados como Suiza y Holanda la edad mediana de la menopausia está por encima de los 50 años, mientras que en países subdesarrollados (por ejemplo Cuba), está por debajo de esta edad (48)”* y a su vez, expone que el conocimiento sobre el período climatérico es insuficiente matizando su asociación a problemas sociales y a un estilo de vida saludable, que incrementaría o no sus síntomas; por lo que plantea realizar estudios que permitan evaluar su influencia en las mujeres lo que nos permitiría trazar políticas de salud con las particularidades de cada país.

Es por ello que, entidades como la OMS fomentan la realización de investigaciones que descifren un mayor número de detalles en lo referente a las mujeres climatéricas y los factores determinantes de sus condiciones de vida, para así conocer cómo se sienten y qué esperan de este periodo, percepción esencial para entender su bienestar¹¹.

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN

Las condiciones de vida de los seres humanos dependen de la interacción entre los procesos biológicos, ecológicos, reproductivos y económicos, todos relacionados entre sí, que van a determinar la dinámica del proceso salud-enfermedad, donde por un lado existen factores que la protegen y, por otro, acciones que la deterioran⁴.

Por otra parte, vivimos un momento en el que destaca la creciente medicalización de situaciones que en otra época se catalogarían como entidades fisiológicas propias de la vida: el cuidado de las mujeres embarazadas, la institucionalización del parto y por tanto del nacimiento, el envejecimiento, la planificación familiar, así prácticamente la totalidad de acontecimientos propios del ciclo vital han pasado a ser vivencias que requieren la atención de profesionales sanitarios.

Es en esta línea de evolución, por la que el climaterio se incluye en la lista de circunstancias sobre las que se requiere un control y se valora, desde el punto de vista biomédico, con el fin de conseguir mayores beneficios para las mujeres.

En España, casi el 50 % de la demografía está representada por mujeres. Tal como se expone en la Tabla 1, la población femenina ha aumentado en un año (10.000) mientras que la masculina ha descendido considerablemente (21.000)¹².

Tabla 1. Población residente en España.

	2015	2016
Población total (habitantes)	46.449.565	46.438.422
Mujeres	23.623.019	23.633.362
Hombres	22.826.546	22.805.060

Fuente: INE, 2016.

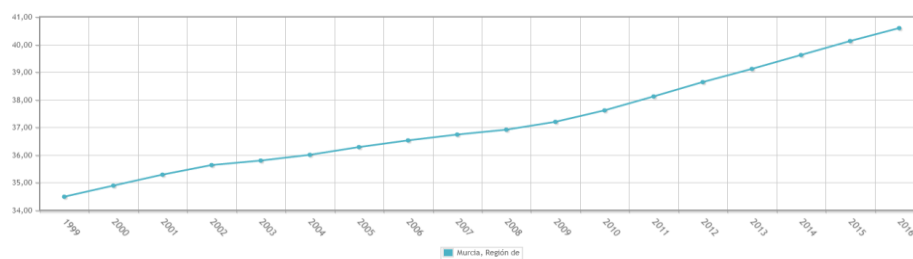
Por otro lado, la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres en la Región de Murcia es 84,83 años y 5 años menos para la población masculina. Según los datos del INE¹², la esperanza de vida a partir de los 65 años de estas mujeres es de 22

años, así, debemos plantearnos que estas mujeres deben alcanzar esta edad con una calidad de vida aceptable y un buen nivel de bienestar.

Más concretamente, en la Región de Murcia viven 1.464.440 individuos, de los cuales, aproximadamente la mitad (731.019) son mujeres, teniendo un 25% (186.114) entre los 45 y los 65 años, de forma que, esta franja de edad supone un alto porcentaje de los habitantes de esta región¹².

Cabe destacar también, que la edad mediana de las mujeres de la Región de Murcia se ha ido incrementando con el paso de los años desde los 34,48 en 1999 hasta los 40,59 del año actual (Figura 1), con lo cual, si se mantiene esta tendencia, esta cifra alcanzará la edad de inicio de la perimenopausia (45), tiempo en el que las mujeres estarán obligadas a enfrentarse a unas circunstancias que afectarán a su modo de vida previo.

Figura 1. Edad mediana de las mujeres de la Región de Murcia.



Fuente: INE, 2016.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El periodo denominado climaterio se caracteriza por los múltiples cambios que lleva consigo: fisiológicos, psicológicos, ginecológicos, sexuales y sociales, los cuales van a suponer un desafío tanto para las mujeres como para quien les rodea: su entorno laboral y socio-familiar. Todos estos factores determinarán la capacidad de adaptación de dichas mujeres a esta nueva situación y les serán favorables o contraproducentes para superar esta nueva fase con éxito.

A su vez, es necesario reflexionar acerca de la diferencia entre experimentar un síntoma y ser molestado o funcionalmente incapacitado por él, ya que implica diferentes repercusiones en la atención de servicios de salud. De la misma manera, es importante considerar que este tramo es peligroso para la aparición y fijación de

enfermedades como el cáncer, la osteoporosis y las afecciones cardiovasculares, en las que profundizaremos más adelante.

Continuamente se están realizando estudios en mujeres de mediana edad que comprenden el uso de cuestionarios acerca de la experiencia menopáusica como parte de otras preguntas relacionadas con la salud. Es por ello que habría que evaluar la fiabilidad y la validez de la indicación de síntomas en cuestionarios o entrevistas y eliminar los estereotipos sociales en las respuestas relacionadas con la menopausia. Por tanto, la propuesta sería incluir en los estudios transversales un número alto de mujeres de 45-65 años y apreciar así las diferencias de la frecuencia de síntomas según el estado menopáusico, controlando al mismo tiempo la edad y su bienestar.

Así mismo, debemos tener en cuenta la definición que ofrecieran Diener, Emmons, Larsen y Griffin¹³ en 1985 sobre la satisfacción con la vida, que sigue vigente en la actualidad¹⁴, denominándola *“el componente cognitivo del bienestar subjetivo”*.

A todo esto, se pronuncia la OMS¹⁵, que los estudios trasversales suponen un plataforma de información acerca de una población que posteriormente puede ser objeto de seguimiento prospectivo y son especialmente apropiados para investigar la transición menopáusica y sus manifestaciones.

En el presente, los indicadores sanitarios se dirigen hacia la integración de nuevos aspectos de la salud. Recientemente, la OMS¹⁶ ha establecido que la satisfacción vital es el principal indicador de bienestar subjetivo en el contexto de los objetivos de salud para el 2020. De esta manera, este componente del bienestar¹³, que ofrece mayor estabilidad temporal y resistencia a influencias externas, constituye la cuarta Meta de Salud para 2020:

“Mejorar el Bienestar de la población europea”.

En este sentido, interesa destacar que la mayoría de las personas mantienen su nivel de bienestar subjetivo en un rango positivo y estable^{14.17} pero, ante una amenaza para la salud, la satisfacción vital suele experimentar un descenso en sus niveles.

En base a las evidencias anteriores, actualmente se admite que un porcentaje alto de la población femenina se enmarca en edades comprendidas entre los 45 y los 65 años, periodo que se caracteriza por la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva. Como se ha explicado, esta etapa compromete a las mujeres, por diversas razones, a vivir una situación de vulnerabilidad ante posibles desavenencias. Por eso, debido a que el climaterio se ha convertido en el presente en un problema social y sanitario de impacto, debemos adoptar una actitud investigadora para averiguar la influencia de estas manifestaciones en el bienestar y promotora de estilos de vida saludables que disminuyan las contrariedades provenientes de la llegada de la menopausia. Por tanto, si averiguamos el nivel de satisfacción vital que consideran las mujeres murcianas, sus hábitos de salud y la presencia de manifestaciones relacionadas con el climaterio, podremos dilucidar cuál es su estado actual y descubrir probables conflictos que pongan en riesgo su bienestar.

De este modo, tendríamos a nuestra alcance la posibilidad de abordar la situación con el fin de orientar el afrontamiento de estas mujeres ante este rompecabezas, resolver las dudas que acontecen hacia su salud con la comparecencia de esta etapa, no sólo física, sino también emocional y social, explotar al máximo su autocuidado y potenciar su calidad de vida.

Además, dentro del colectivo de los profesionales sanitarios, los especialistas en Enfermería Obstétrica y Ginecología son los más cercanos para llevar a cabo el seguimiento de estas mujeres, ya que cuentan con la formación y los conocimientos necesarios para desempeñar esta tarea.

Para tal efecto añadiremos que la mayor parte de las propuestas presentadas por las asociaciones de mujeres de la Región de Murcia son talleres y conferencias que favorezcan la participación activa de la mujer en la vida económica, social y cultural, de manera que se promueva su participación política y se fomente la investigación “de” mujeres y “sobre” mujeres, con el fin de definir con mayor precisión sus necesidades específicas. Por último, algunas de estas asociaciones surgen para asistir y apoyar a las mujeres en el ámbito psicológico y jurídico, laboral, de formación o en materia de salud, lo que convierte a estas entidades en el lugar idóneo, de fácil acceso y perfectamente acondicionado para proporcionar información y asesoramiento sobre los derechos, recursos y servicios a los que pueden acceder, potenciar habilidades y estrategias de afrontamiento fomentando

la autonomía personal, promover la formación permanente, analizar la situación específica de cada mujer y elaborar un plan de trabajo personalizado en los casos en que se precise una intervención más profunda¹⁸.

Por todo lo expuesto anteriormente hemos llevado a cabo esta investigación en asociaciones femeninas de la Región, centrándonos en las pedanías del Sur, ya que cumplen características y aspectos similares que les concede una identidad específica que nos permitirá conocer, analizar, interpretar y evaluar nuestros objetivos.

2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

El comité científico de la OMS y la SIM consensuaron unas definiciones para evitar errores terminológicos³.

Climaterio. Periodo de la vida de la mujer que se extiende desde 2-8 años antes de la fecha de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación.

Menopausia. Es el cese permanente de la menstruación que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Es la fecha de la última regla (FUR) y suele ocurrir aproximadamente a los 50 años. Se reconoce tras 6 meses consecutivos de amenorrea (FIGO) o 12 meses (OMS), sin que exista ninguna otra causa patológica o fisiológica.

Menopausia artificial. Ocurre como consecuencia de la extirpación de los ovarios, con o sin histerectomía, o por las radiaciones y la quimioterapia que causan destrucción de las células germinales.

Menopausia espontánea o natural. Es la que ocurre de forma gradual y progresiva por el normal envejecimiento ovárico.

Menopausia precoz. La que ocurre antes de los 40 años.

Menopausia tardía. La que ocurre después de los 55 años.

Perimenopausia. Incluye el periodo anterior a la menopausia (cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia) y el primer año tras la menopausia.

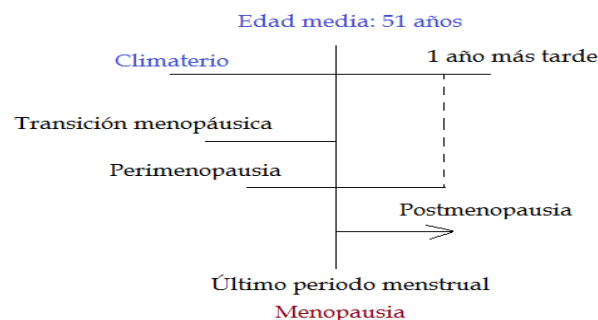
Premenopausia. Etapa de 2-6 años previa a la menopausia, que puede cursar con sintomatología.

Postmenopausia establecida. Periodo a partir de los 12 meses de la fecha de última regla.

Postmenopausia inmediata. Periodo desde la última menstruación hasta un año después.

Los términos climaterio y menopausia se utilizan como sinónimos cuando no lo son: el primero se refiere a todo un periodo de tiempo, mientras que el segundo es un episodio aislado que tiene lugar en el transcurso de aquél (Figura 2).

Figura 2. Etapas del climaterio y su relación con la menopausia



Fuente: Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia, 2004.

3. RECUERDO ANATÓMICO Y FISIOLÓGICO

Antes de profundizar en la investigación, es preciso recordar someramente la situación y función del aparato genital femenino.

La pelvis es la parte del cuerpo que se encuentra entre los huesos de la cadera. Las estructuras que la componen las podemos clasificar en externas e internas. Los genitales internos se relacionan entre sí a modo de estantería, oblicuamente, de forma que la base de soporte está formada por varias capas de músculos elásticos que constituyen el suelo pélvico y encima se sitúa la vejiga, el útero y los anejos (trompas de Falopio y ovarios).

Los genitales externos están compuestos por la vulva, delimitada en su parte superior por el meato urinario, seguido del clítoris protegido por los labios menores, labios mayores y monte de Venus cubierto de vello. Los labios se distribuyen a los lados formando el introito vaginal. En un nivel más inferior se sitúa el ano. Anterior a éste, se presenta la vagina, que es un espacio virtual cuyas paredes están pegadas. Su mucosa forma unos pliegues con una gran capacidad de distensión que pone en contacto el útero con el exterior. El útero es el órgano muscular cuya pared más interna (endometrio) se desprende con la menstruación y cumple la función de anidar al óvulo tras la fecundación entre otras.

El ciclo menstrual está dirigido por el ovario que estimulado por hormonas hipofisarias (FSH y LH) responde secretando estrógenos y progesterona, las cuales actúan localmente determinando la ovulación y la menstruación en caso de que el óvulo no sea fecundado. Toda esta cascada hormonal se ve afectada por el hipoestrogenismo causado por la degeneración de los ovarios, fenómeno que sucede cuando sobreviene la menopausia³.

3.1. CICLO OVÁRICO

La menopausia se produce al interrumpirse el ciclo ovárico y éste se interrumpe porque se agota la reserva foliculogénica, es decir, porque los folículos primordiales se acaban. Debido a la disminución de estrógenos se produce una pérdida del feedback negativo sobre el hipotálamo y las gonadotropinas.

Hacia los 40 a 45 años, de los casi 2 millones de folículos primordiales que tiene el feto de 5 meses y de los casi 1 millón que tiene la recién nacida, se pasa a cero debido al envejecimiento de estos órganos, de manera que después de los 35 años de edad el ovario disminuye de tamaño y peso, contiene menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos en degeneración, fenómeno que se acentúa con la edad¹⁹.

Al no madurar folículos, no hay estrógenos y al no formarse cuerpos amarillos no hay progesterona, por lo que se interrumpe el proceso hormonal.

El ciclo ovárico se divide en: fase folicular (preovulatoria), que comprende desde el primer día del ciclo con el inicio del sangrado hasta la ovulación y fase lútea (postovulatoria), desde la ovulación hasta el primer día del siguiente sangrado²⁰.

1- La fase folicular dura de 10 a 14 días desde el primer día de la menstruación.

Durante esta fase, en la corteza ovárica se produce la maduración de folículos primarios a secundarios para finalizar con la formación del folículo maduro (de Graaf) que estallará liberando al ovocito en la ovulación. Esta etapa es fundamentalmente promovida por la hormona FSH que además activa la síntesis de estrógenos. También, proliferan las células granulosas que secretan líquido folicular, que contienen grandes concentraciones de estrógenos, con el cual se forma un antro y, por fuera de éstas, se forma una capa de células fusiformes llamada teca. Los estrógenos secretados y la LH estimulan la proliferación de las células granulosas hasta formar el folículo vesicular que seguirá creciendo.

Antes de la ovulación, un folículo en particular por un proceso de selección, continua creciendo más que los otros y el resto involuciona. Excepcionalmente, algunas mujeres maduran más de un folículo liberando más de un ovocito.

2- La ovulación es el proceso por el cual el folículo maduro se rompe liberando el ovocito hacia las trompas. Se desencadena por el pico de LH, consecuencia del aumento de los estrógenos a nivel hipofisario. Luego cae la producción de estrógenos y predominan las concentraciones de progesterona, iniciando la luteinización del folículo con la consecuente formación del cuerpo amarillo²¹.

3- La fase lútea comienza después de la expulsión del ovocito y las células de la granulosa y de la teca se transforman para constituir el cuerpo lúteo o amarillo en el ovario, que secretará progesterona y una menor cantidad de estrógenos y LH. Ante la influencia de ambas hormonas, pero sobre todo de la progesterona, el endometrio comienza su fase secretora preparándose para la implantación en caso de que el ovocito sea fecundado. Si no hay implantación, el cuerpo lúteo degenera en unos cuantos días a cuerpo albicans conforme disminuyen las concentraciones hormonales, lo que desencadena una nueva menstruación al desprenderse el endometrio del útero. Si, por el contrario, tiene lugar la fecundación e implantación, el cuerpo lúteo se mantiene y continúa secretando progesterona y estrógenos²².

3.2. CICLO ENDOMETRIAL

El ciclo endometrial es paralelo al ciclo ovárico y comprende tres etapas:

1- Durante la fase proliferativa, bajo la acción de los estrógenos, se produce la proliferación de células epiteliales en el endometrio. La superficie epitelial se incrementa entre los tres y siete días después de iniciada la menstruación e irá aumentando su espesor, el cual al momento de la ovulación será de 3 a 4 mm. Por otra parte, las glándulas endometriales, en especial en la región cervical, secretan un moco delgado que se alinea por sí mismo formando conductos que ayudan a guiar a los espermatozoides en la dirección apropiada hacia las trompas.

2- En la fase secretora, después de la ovulación, el cuerpo amarillo secreta concentraciones elevadas de progesterona y algo menores de estrógenos. Los estrógenos sólo producen una ligera proliferación celular adicional del endometrio, en tanto que, la progesterona actúa sobre células secretoras del endometrio que acumulan elementos nutritivos. A su vez, el riego sanguíneo del endometrio también aumenta y al final de esta fase, la capa endometrial tiene un espesor de 5 a 6 mm.

El significado biológico de esta fase es brindar al posible embrión las condiciones necesarias para la implantación y un desarrollo apropiado.

3- La menstruación se produce por la falta de implantación y una brusca disminución de los niveles de estrógenos y progesterona al término del ciclo ovárico mensual. Sin la estimulación de estas hormonas, el endometrio involuciona hasta el 65% aproximadamente de su espesor. En las 48 horas posteriores al inicio de la menstruación, el endometrio habrá quedado totalmente descamado. Durante la menstruación normal se pierden aproximadamente 34 ml de sangre y unos 35 ml de líquido seroso²².

3.3. ACCIÓN SISTÉMICA DE LOS ESTRÓGENOS

En esta etapa de la vida, es importante diferenciar qué síntomas y problemas de salud están asociados con el cese de la función estrogénica y cuáles no. Los cambios hormonales que se producen en este periodo son los responsables de ciertos desajustes a nivel neurovegetativo, cutáneo, óseo, genitourinario, cardiovascular, psicológico, etc., que desarrollaremos a lo largo del texto.

A la menopausia se le han atribuido síntomas muy diversos que podrían ser debidos tanto a la pérdida de la función ovárica como al propio proceso de envejecimiento o incluso al estrés socioambiental de la llegada a la mitad de la vida.

Como ya hemos comentado en el apartado anterior, el ovario produce una serie de hormonas desde la pubertad hasta el climaterio que da lugar al ciclo menstrual y la menopausia se traduce como una insuficiencia en la secreción cíclica mensual de los ovarios. De manera que, con el paso de los años, los ovarios de una mujer almacenan menos óvulos y paralelamente disminuyen la producción de hormonas (estrógenos y progesterona), por lo que en torno a los 50 años la producción de hormonas es tan baja que ya no puede seguir estimulando el endometrio y desaparece la menstruación, dando paso a la menopausia.

Estos agentes hormonales tienen múltiples funciones³:

Intervienen en el metabolismo del calcio y del fósforo, permitiendo que el calcio (mineral fundamental de la estructura ósea) se fije a los huesos por lo que mejora la remodelación del esqueleto, manteniendo su estructura y previniendo la aparición de la osteoporosis.

Respecto al metabolismo de los lípidos, se sabe que favorecen los niveles elevados de las HDL, que a su vez mantienen bajas las LDL, consideradas de alto poder aterógeno.

A nivel local, los estrógenos actúan en la vulva manteniendo la turgencia de los labios mayores y menores, la hidratación, elasticidad y vascularización de la piel. Actúan sobre la mucosa vaginal favoreciendo su lubricación, pH adecuado y la flora saprofita. A su vez, aumentan el diámetro del conducto endocervical en el momento de la ovulación y favorecen el paso de los espermatozoides, generando un flujo cervical abundante, acuoso, transparente, alcalino y de gran elasticidad.

Por el contrario, la progesterona es antagonista de los efectos de los estrógenos: disminuye el grosor de la mucosa vaginal y favorece la descamación de células epiteliales. También, induce a un flujo más escaso, espeso, viscoso y opaco, que ocluye el canal cervical dificultando el paso del esperma.

En el endometrio, estrógenos y progesterona actúan preparando la mucosa para la probable anidación del cigoto.

Los estrógenos provocan en la mama una fase preovulatoria con crecimiento de los conductos glandulares y una fase de proliferación postovulatoria en la que se aprecia un aumento del volumen. Esta fase se potencia en los días premenstruales por acción de la progesterona.

Puesto que existen receptores específicos de estrógenos en el sistema nervioso central, se sospecha que la falta de éstos puede provocar alteraciones nerviosas y comportamentales durante la menopausia. Del mismo modo, no se conoce el mecanismo exacto por el que provoca modificaciones en la regulación de la temperatura corporal (provocando los sofocos) pero con probabilidad está vinculado a acciones hipotalámicas del estradiol.

Por último, los estrógenos estimulan la producción de colágeno a nivel de piel, mucosas y tejido conectivo, manteniendo la calidad de las mismos, por lo que el déficit hormonal contribuirá a su atrofia afectando fibras elásticas, glándulas sebáceas y sudoríparas, hidratación, vasos, vello, etc.

4. MANIFESTACIONES DURANTE EL CLIMATERIO

Se ha explicado, de forma generalizada, qué debemos entender por menopausia y qué estructuras pueden verse alteradas tras su instauración y en este apartado vamos a enumerar los signos y síntomas que pueden afectar a las mujeres debido a la disminución de la cantidad de hormonas producido por el envejecimiento de los ovarios. El descenso de estrógenos se asocia con modificaciones durante el climaterio tales como trastornos vasomotores, atrofia urogenital y disminución de la masa ósea. Cada uno de ellos puede afectar de forma variable, de manera que algunas mujeres presentan síntomas generalmente autolimitados que, aunque no son una amenaza grave para la salud, pueden resultar molestos.

En cambio, otras sufren estas transformaciones de forma más dramática, llegando a limitar su actividad, lo que dificulta la conquista de este nuevo periodo de manera satisfactoria. La Guía de Práctica Clínica de Menopausia y Postmenopausia por la SEGO los recoge de manera más específica³.

A su vez, las modificaciones las podemos diferenciar según si repercuten a nivel local o a nivel sistémico y también en base a si afectan a nivel físico, psíquico o social^{19,23}.

4.1. MANIFESTACIONES FÍSICAS

4.1.1. CAMBIOS LOCALES

Los ovarios disminuyen de tamaño y peso, las trompas de Falopio se atrofian y se retraen progresivamente y el ligamento suspensorio del ovario también se retrae, por lo que éste se eleva en la fosa ilíaca.

Igualmente el útero también pierde su forma y su tamaño. Su capa más interna (el endometrio) deja de menstruar y se retrae. En el caso de la vagina, se hace evidente la flaccidez del introito y la hipofunción de las glándulas secretoras, lo que ocasiona sequedad vaginal y prurito. Estos cambios provocarán la dispareunia.

A su vez, los labios mayores y menores se retraen, de manera que, en mujeres delgadas se puede observar la hendidura vulvar desde el exterior. Con frecuencia

la mucosa vaginal al tiempo que se atrofia se hace blanquecina y sus rugosidades desaparecen.

El periné también se relaja, pues los músculos perineales conservan su función y su tono por la acción de los estrógenos. Lo mismo ocurre con los ligamentos del útero, en especial los retináculos que se relajan y atrofian, lo que provocará prolapsos y descensos de los genitales, con síntomas tales como tenesmo vesical, disuria, incontinencia urinaria, etcétera.

4.1.2. CAMBIOS GENERALES

A nivel general, las modificaciones relacionadas con la pérdida del funcionamiento ovárico generan ciertos síntomas que pasamos a desarrollar a continuación.

Los sofocos constituyen de los síntomas vasomotores un signo característico del climaterio. Son una sensación subjetiva de calor que se manifiesta con rubor y sudoración, seguido de un descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca. Pueden durar desde unos pocos segundos hasta varios minutos y su intensidad y frecuencia son muy variables. En los países occidentales, un 45-54 % de las mujeres refiere sofocos de intensidad variable en los primeros años de la postmenopausia.

Cuando los sofocos tienen lugar durante la noche y son intensos pueden provocar dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, presentar despertares nocturnos o tener sueños no reparadores (insomnio).

La *“Teoría del Dominó”* que recogen en sus artículos tanto Boscino²⁴ como Couto y Nápoles⁷ plantea que los síntomas depresivos estarían causados por los fenómenos vasomotores (sofocos), que a su vez originarían alteraciones del sueño con la consecuente fatiga, irritabilidad y disminución del rendimiento diurno.

Aunque, Freedman y Roehrs²⁵ ajustan esta hipótesis en un estudio sobre trastornos primarios del sueño (apnea y síndrome de piernas inquietas), ya que estos rubores son comunes en las mujeres climatéricas y que la mejoría de los sofocos podría reducir algunas quejas de la falta de sueño, pero no necesariamente aliviar los trastornos primarios del sueño subyacentes. Por lo que, una vez más, existen opiniones de todo tipo con respecto a este tema.

De esta manera, en consecuencia a los trastornos del sueño, bien sean primarios o secundarios a los acaloramientos, la afectación del estado de alerta durante el día y su consecuente disminución de la actividad mental podría disminuir la productividad, producir cansancio e irritabilidad (que es síntoma psicológico más frecuente apareciendo en un 70 % de las mujeres), lo que englobaríamos dentro de los trastornos nerviosos. También se genera inestabilidad psíquica y cambios de carácter que incluso pueden afectar a las relaciones familiares y sociales^{23,19,3}.

Por otro lado, suele modificarse la constitución corporal favoreciéndose la tendencia a la obesidad en la mayoría de las mujeres. Los caracteres sexuales tienden a atrofiarse y a veces se marca una tendencia a la virilización (virilismo climatérico).

A nivel digestivo, fundamentalmente aparecen dispepsias y a veces meteorismo.

Con frecuencia aparece tendencia a la hipertensión y alteraciones en el riego de los miembros con parestesias, hiperemias cutáneas y vasoespasmos.

En cuanto al aparato urinario, la relación que pueda haber entre la incapacidad vesical para contener la orina y la disminución de estrógenos es polémica, ya que son otros agentes los que parecen tener mayor relación con la incontinencia urinaria que los cambios menopáusicos, como la paridad, los traumatismos del parto, los prolapsos uterinos y el uso de ciertos fármacos. Sin embargo, cambios fisiológicos como la abreviación de la uretra distal, la alcalinización del pH vaginal y la desaparición del lactobacillus podrían crear un ambiente favorable para la proliferación de gérmenes patógenos en las vías urinarias.

Referente a síntomas mamarios, ya que éstos están directamente relacionados con los estrógenos, en principio el hipoestrogenismo disminuiría las molestias a este nivel.

Los cambios fisiológicos que ocurren en este periodo no son responsables de la inestabilidad emocional ya que ésta depende más de otros factores referidos al entorno de las mujeres y a sí mismas. Así lo verificaron Costa y Gualda²⁶, cuyas entrevistadas entendían la menopausia como el hecho de *“dejar de ser mujer”*.

De la misma manera que, dada la consideración social de mujer, se expone la influencia de otro tipo de agentes causales, los socioculturales, debido a los cuales se ha observado una gran diferencia en la percepción de la menopausia entre las sociedades occidentales y otras culturas.

4.2. MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS

De todos los síntomas de origen psíquico que se originan por la venida de la menopausia, el más frecuente es la depresión, seguido de cambios en el carácter y cambios de humor^{6,27}.

Como se ha comentado, las manifestaciones a nivel emocional pueden sobrevenir tanto del cansancio debido al insomnio provocado por las sudoraciones nocturnas como de la ansiedad que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano y la serotonina encontrados en esta etapa de la mujer¹⁹.

También hemos referido con anterioridad que los cambios en el estradiol durante la transición menopáusica se relacionan con la ganancia de peso y la sequedad vaginal y existen autores que explican que éstos síntomas, en conjunto con el miedo a envejecer y a una insatisfacción sexual, van a provocar un estado de ánimo depresivo y, como consecuencia, un funcionamiento sexual deteriorado de manera significativa^{28,29}. Igualmente, el llanto frecuente y la irritabilidad son signos que también se muestran en estas mujeres³⁰.

En concordancia con las evidencias anteriores, el síntoma del dominio psíquico que más se presentó en otro estudio fue el cansancio físico y mental, seguido de la irritabilidad y el estado de ánimo depresivo en las mayores de 60 años^{31,32}.

A su vez, en esta etapa de la vida es frecuente que los hijos abandonen el hogar provocando el síndrome del nido vacío, que añade una carga psíquica negativa a la generada fisiológicamente¹⁹.

De la misma manera, encontramos una disminución de su satisfacción personal y por tanto de su autoestima debidos a preocupaciones de índole laboral y económicas, donde ella se percibe menos apta para el trabajo y tiene cerca la jubilación¹⁹ y, por otro lado, también es importante considerar que la mujer trabajadora está expuesta a sobrecargas laborales estresantes que se convierten en elementos deteriorantes de la salud, lo cual se expresa en síntomas más severos⁷.

Partiendo de los supuestos anteriores, los cambios físicos locales van a influir directamente en las relaciones sexuales. Pero la sexualidad, también, va a estar influenciada por otros determinantes intrínsecos de las propias mujeres que trataremos de explicar más adelante.

Algunos investigadores generalizan que, debido a las características del sistema reproductor femenino, tanto en la etapa reproductiva como en la no reproductiva, los procesos fisiológicos pueden desembocar en un deterioro del organismo en entornos desfavorables⁷. Otros comparan el climaterio con la pubertad como periodos de transición, por tanto la menarquia y la menopausia hacen referencia a una circunstancia concreta, marcan el inicio y el fin de la función reproductiva y ambos son hitos significativos en el desarrollo de la vida de la mujer, pero también los dos se pueden desarrollar en virtud a la propia naturaleza del proceso o bien pueden surgir desviaciones de la normalidad. Además, mientras el primero tiene una connotación de desarrollo y vitalidad, el segundo en nuestra cultura implica la idea de envejecimiento y la pérdida de funcionalidad, lo que altera el valor de un suceso que en sí mismo no debería evolucionar a lo patológico, desembocando en el “síndrome climatérico”. Por ejemplo, Freixas⁹ recrimina que desde el enfoque médico se recibe la menarquia como la evolución hacia la pubertad en la que se dan cambios hormonales que no son tratados y que se consideran saludables, necesarios y además se valoran emocional y socialmente; sin embargo, en el climaterio, la menopausia se considera una situación de carencia hormonal que necesita ser tratada y que explica la causa de cualquier queja o malestar.

4.3. DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL CLIMATERIO

De todos es ampliamente conocida la presunción de que el descenso de la actividad sexual es inherente al paso de los años, es progresivo, altamente frecuente y que esta relación no difiere entre género masculino o femenino, aunque sí parece más enfático quizá en las mujeres³².

Lo cierto es que no se puede generalizar, ya que es un tema adscrito a gran variabilidad de factores, pero un número importante de mujeres manifiestan durante el climaterio alteraciones en su vida sexual destacando la disminución del deseo e interés sexual, la excitación y la hipoorgasmia, además de la dispareunia debida a la sequedad vaginal entre otras razones.

En este tema, Couto y Nápoles⁷ refieren que en las mujeres postmenopáusicas son más frecuentes estas alteraciones.

Aún así, sería conveniente considerar otros aspectos. Por ejemplo, en términos de pareja, puede presentarse una comunicación inadecuada en la que la misma no responda a los cambios adaptativos propios de la etapa de la vida o, en otros casos, que la pareja busque compañía en mujeres más jóvenes, lo que afectaría no sólo al bienestar de la pareja sino por supuesto al de la mujer. Así, despliega Leyva Moral² en su análisis feminista del climaterio, que las necesidades de algunas mujeres están condicionadas por las demandas de sus parejas y por las creencias culturalmente construidas que las obligan a satisfacer las necesidades de sus maridos. De hecho, algunas incluso han cedido a la presión masculina para tener relaciones sexuales por temor a que sus maridos las abandonen por otras más jóvenes si ellas no satisfacen sus exigencias.

Esta situación de dominación machista ocupa un papel relevante en la vida de estas mujeres que incluso les empuja a tomar la THS para aumentar su libido y continuar su ritmo sexual previo. Así, la THS aparece como una herramienta para lograr la “eterna juventud” a pesar de sus efectos secundarios. A su vez, también recoge en su artículo, que la menopausia otorga la opción de renacer y crecer al tiempo que les permite alejarse de la presión sexual experimentada durante los últimos años, proporcionándoles un agradable estado de paz y relajación, pero a su vez, muestra cierta dualidad en la que parece que las mujeres pueden y deben seguir disfrutando de su sexualidad e incluso pueden experimentar un supuesto aumento de la libido sintiéndose atraídas por chicos jóvenes y una liberación por la despreocupación hacia el riesgo de embarazo.

Por otro lado, Leno, Leno y Lozano³³ añaden que en estas mujeres se detecta cierta fobia hacia el sexo al no considerarlo propio de su edad o por la disminución del apetito sexual.

En esta misma línea, las investigaciones de Thomas y Thurston³⁴ aportan un enfoque integral a la función sexual y se interesan por los cambios en ella debidos al envejecimiento y a la disfunción sexual relacionados con la edad. Para estos autores, una vida sexual satisfactoria es un componente importante del bienestar general, aunque reconocen que la alteración de este patrón es común en la mediana edad y establecen 4 tipos de disfunción sexual: el trastorno orgásmico, la disminución de la excitación, la pérdida de interés y la dispareunia, añadiendo que

la mayoría de los estudios longitudinales revelan una asociación entre el estado de avance de la menopausia y el empeoramiento de la función sexual.

Ahora bien, el déficit hormonal afecta a la sexualidad, pero no debemos olvidar otros factores como la disponibilidad de la pareja, la calidad de la relación y el funcionamiento psicológico, por lo que estos investigadores inciden en que las orientaciones futuras deben profundizar en el entendimiento del envejecimiento como agente de cambio de la salud sexual para desarrollar enfoques que logren la optimización de la misma.

La sexualidad es, como se sabe, algo mucho más extenso que las relaciones sexuales de la pareja. Abarca un amplio arco de fenómenos emocionales, corporales, intelectuales, éticos, psíquicos y sociales que configuran la existencia del individuo³⁴.

A este respecto, Avis, Stellato, Crawford, Johannes y Longcope³⁵ exponen que la menopausia influye significativamente en aspectos de la sexualidad como la disminución del deseo sexual, el interés por la actividad sexual y respuestas de menor excitación sexual de la mujer en comparación con épocas previas, que además disminuyen con la edad.

Por otro lado, otros factores tales como la salud, el estado civil (o una nueva pareja), la salud mental y el tabaquismo tienen un mayor impacto en el funcionamiento sexual de las mujeres en el climaterio. Por lo tanto, una vez más se evidencia que las hormonas determinan el buen funcionamiento sexual de las mujeres, sin embargo, sus condiciones personales son aún más decisivas.

Otros estudios, mantienen que la disparidad en el comportamiento sexual de los individuos se explica por teorías evolutivas, pero también se defienden con una connotación biomédica que sitúa el origen de las diferencias sexuales en las hormonas: *“una serie de anomalías hormonales humanas van acompañadas de una divergencia de los patrones cognitivos sexuales típicos... Los patrones cognitivos varían en el caso de un mismo individuo a medida que fluctúan los niveles hormonales”*³⁵.

Antiguamente la sexualidad en la mujer no era un tema difundido sino que ha sido discriminado en muchas culturas. Esta exclusión vivirá un antes y un después tras la aparición de Wilhelm Reich³⁶ y su obra titulada *Revolución Sexual*, que creía firmemente en el error fundamental de “*dar una interpretación psicológica al acto sexual*” y que “*al pretender que se compone de excitaciones no genitales, se niega la existencia de la genitalidad*”.

De este modo, son muchos los investigadores interesados en el tema, los cuales sugieren que el hecho que permite al ser humano gozar de la sexualidad sin tapujos ni tabúes ha supuesto un éxito y que surgió tras diferenciar el sexo para la reproducción del sexo por placer³².

Ahora bien, aunque en la actualidad se reconoce la práctica de una sexualidad abierta y sin restricciones como algo natural, aún arrastramos secuelas culturales que obstaculizan la instauración de esta concepción. Es, sobre todo en las mujeres, en las que se percibe este conflicto sociocultural y más concretamente en las que han tenido un acceso restringido a la información y a la formación.

“La sexualidad se reconoce en todas las épocas de la vida como una fuerza integradora de la identidad, que contribuye a fortalecer y/o producir vínculos integrales, además de ser el placer sexual, fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual, que cuando está libre de conflictos y angustias promueve el desarrollo personal y social”³⁷.

La OMS anunció en 2002 que la Salud sexual es “*un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos*”³⁸.

Lo cierto es que a medida que aumenta la edad generalmente existe una pérdida del interés sexual y así lo demuestran diversas revisiones disponibles⁷, las cuales concluyen que existe una asociación entre determinados aspectos de la sexualidad (disminución del interés sexual, la frecuencia del coito y la lubricación

vaginal) y la menopausia, pero los factores que influyen en esta pérdida del interés son complejos y múltiples.

Al mismo tiempo, como consecuencia de los cambios epidemiológicos y demográficos, se ha producido un incremento en la esperanza de vida en la población especialmente la femenina. La OMS estima que, para el año 2030, 1,2 billones de mujeres en el mundo tendrán más de 50 años, por lo que su salud sexual supondría un campo amplio de dedicación³⁹.

A este propósito, de las causas referidas anteriormente, las más importantes son las psicosociales y entre ellas, la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma³.

Por otro lado, también los problemas físicos y mentales, el deterioro de la salud, la pérdida de la pareja y el empleo de algunos medicamentos pueden afectar a la sexualidad⁴⁰, sin dejar al margen las condiciones sociales, familiares, educacionales, culturales e incluso de formación académica⁷.

En este sentido, la sexualidad es un suceso de una complejidad ilimitada en el ser humano influido por múltiples factores de diversa índole, tanto dependiente de la propia persona como ajeno a ella. Por tanto, la creencia de que las relaciones sexuales finalizan en el periodo climatérico no es del todo cierta.

Lo que parece indiscutible es que existen alteraciones demostrables (hipoestrogenismo) que pueden influenciar en la actitud ante las relaciones sexuales y este factor biológico es algo que no se puede modificar, el fallo ovárico es una acción irremediable y característica de esta etapa²⁷⁻²⁹.

Otra reflexión inequívoca es que la práctica sexual es inseparable del ser humano, por lo que este hecho supone: la supervivencia de la especie. De manera que es incuestionable que las relaciones sexuales han sufrido una metamorfosis desmedida con el paso de los años y lo que al principio de los tiempos era sólo procreación o reproducción, en la actualidad, se considera relación, por tanto comunicación e incluso diversión.

No han transcurrido muchos años desde el siglo pasado en el que las mujeres no acreditaban la sexualidad como la función vital presente en los seres humanos destinada a la satisfacción y sus vidas estaban relegadas al cuidado del hogar,

dependían económicamente del salario del varón principal de la casa y su satisfacción no era una preocupación, sino que de alguna manera intercambiaban dedicación (cuidados, sexo, etc) por recursos para asegurar su supervivencia y la de su progenie³².

A pesar de los avances en las relaciones interpersonales, se acepta que con la edad se produce una pérdida de interés por esta necesidad fisiológica en uno y otro sexos, pero, como ya hemos comentado antes, debido a la “fama” que se ha vinculado al sexo femenino a lo largo de la historia, las mujeres encuentran en el camino de la liberación sexual múltiples impedimentos.

En 1990, Botella Llusia⁴¹ ya apuntaba que “*la menopausia no es el fin de la vida*”, y en “*vida*” se incluyen las dimensiones emocional, física, social y también sexual, percepción que ha sido utilizada por otros autores.

En definitiva, lo que no podemos negar es que la menopausia entraña el cese de la menstruación y el final de la capacidad de engendrar de la mujer, pero que no significa que estas mujeres, cuando alcanzan esta etapa, abandonen su vida sexual dejando ésta en un plano secundario si no cuentan con una adecuada preparación.

Es por ello que, si actuamos sobre esta situación, despertaremos el interés por una sexualidad sin prohibiciones ni condiciones morales, sufriendo una transformación a favor de satisfacer las necesidades más primitivas del individuo.

4.4. SÍNDROME CLIMATÉRICO

Como ya se ha indicado, esta situación se constituye cuando existe un aumento de la intensidad de las manifestaciones climatéricas, síntomas que individualmente no constituyen un riesgo para la vida, pero que dificultan disfrutar de una calidad de vida aceptable durante este periodo de tiempo.

Ya añadieron en 1997, Lugones, Quintana y Cruz¹⁹ que dos de cada tres mujeres sufren el síndrome climatérico estableciendo tres categorías: alteraciones psicológicas (irritabilidad, depresión, ansiedad, nerviosismo y disminución de la libido), alteraciones genitourinarias (sequedad vaginal, prurito, disuria, incontinencia urinaria y prolapsos) y síntomas neurovegetativos (sofocos, sudor, cefalea, parestesias e insomnio).

También, señalaron que el 70 % de las mujeres refiere síntomas y signos que se podrían englobar en la definición del síndrome climatérico, pero que pueden estar condicionados por el medio en el que se desenvuelven, por su carácter o por su personalidad.

En opinión de Couto y Nápoles⁷, éste podría ser el caso de la mujer trabajadora está expuesta a sobrecargas laborales estresantes que se pueden convertir en deteriorantes de su salud, situación que se puede expresar en síntomas más severos, ya que los factores sociales están directamente relacionados con las preocupaciones económicas, laborales y psicoconductuales, pudiendo potenciar sinérgicamente los síntomas psicológicos referidos durante el periodo climatérico.

También, Bener y Falah⁴² en 2014 demostraron que los síntomas del climaterio están influenciados por el nivel socioeconómico, la genética, el medio ambiente y la paridad, añadiendo que la edad de la menopausia natural es un tema importante de investigación debido a los supuestos vínculos entre ésta y el riesgo de ciertas enfermedades: *“sin intervención, más del 75 % de las mujeres van a sufrir cefalea, irritabilidad, fatiga, depresión, nerviosismo, falta de concentración, disfunción sexual y los efectos más preocupantes de la osteoporosis relacionada con la menopausia y la cardiopatía isquémica, además de problemas para dormir, sequedad vaginal, atrofia y dispareunia, ansiedad...”*.

Igualmente, la Guía de la SEGO³ recoge que el hipoestrogenismo puede afectar de favorecer la aterosclerosis debida al aumento de LDL y la alteración de la función vascular, que junto con el estrés, condicionan la aparición de patologías graves como algunos tipos de cáncer, las ECV y la osteoporosis. Tal es la amenaza de la que hablamos, que las principales causas de muerte en las mujeres de más de 50 años son las enfermedades cardiovasculares, los cánceres ginecológicos y las fracturas producidas por osteoporosis⁴¹.

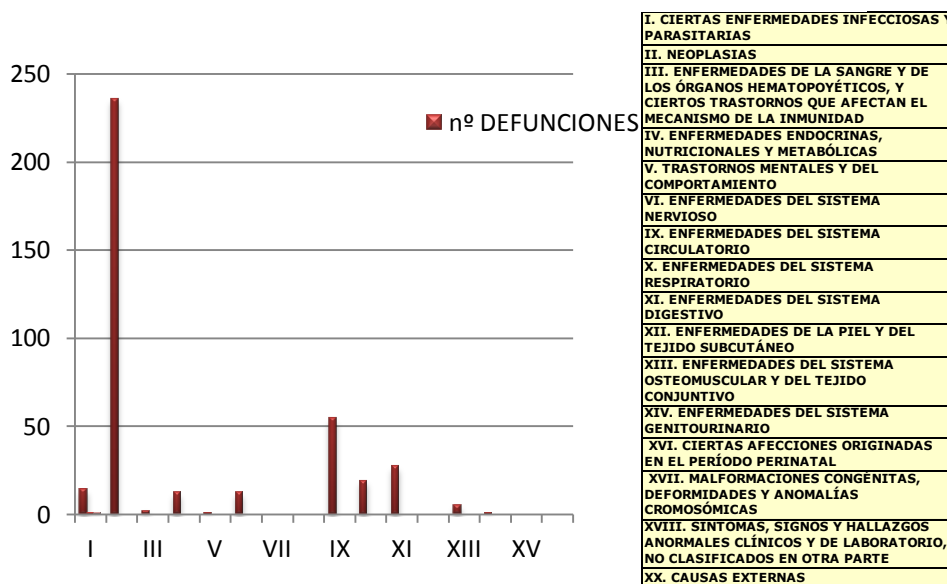
5. PROBLEMAS DE SALUD EN EL CLIMATERIO

5.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

En apartados anteriores se hace mención a la potencia cardioprotectora indirecta que tienen los estrógenos, por lo que en la salud cardiovascular de las mujeres, la disminución de estos agentes hormonales en el organismo tendría un efecto nocivo dejando el paso libre a la probabilidad de instaurarse una enfermedad generadora de graves consecuencias.

En los países desarrollados, la enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte. Concretamente en España, la enfermedad coronaria (EC) es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares (31 %)⁴³. En la figura 3 se puede visualizar con exactitud cuáles fueron las causas de muerte de las mujeres de la Región de Murcia en 2014, entre las que las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon un segundo lugar después de las neoplasias⁴⁴.

Figura 3. Defunciones según grandes causas y edad, por sexo (mujeres).



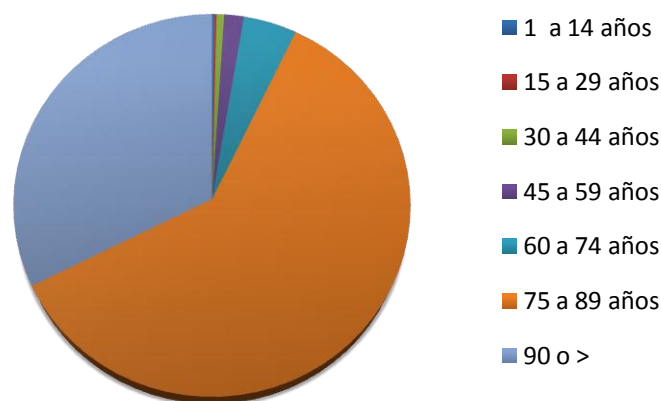
Fuente: CREM, 2016.

Aunque existen otros múltiples agravantes de dicha patología, el riesgo de padecer una afectación coronaria está ligado a la edad por las modificaciones que el paso de los años conlleva (fibrosis de los vasos, depósitos de grasa, enlentecimiento de la frecuencia cardíaca, entre otros).

Tal como se expone en la figura 4, el aumento de la edad va ligado al aumento de defunciones por causas circulatorias, tanto que antes de la menopausia la enfermedad coronaria es de cuatro a cinco veces superior en el hombre y después de esta (hacia los cuarenta y cinco años) la incidencia tiende a igualarse. De hecho, en el año 2013, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de defunción (33,6 %) en la población femenina y los tumores la segunda (22,7 %).

A su vez, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte en todas las comunidades autónomas excepto en Canarias, Cantabria, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra y País Vasco según datos del INE¹², en las que fueron los tumores.

Figura 4. Defunciones distribuidas por edad provocadas por enfermedades del sistema circulatorio. Mortalidad por causas



Fuente: INE, 2016.

Como complemento a añadir, en un estudio⁴⁵ realizado en 2006 sobre la enfermedad cardiovascular y el estado postmenopáusico, la relación no fue convincente en opinión de los autores. Sin embargo, encontraron un efecto de menopausia precoz sobre la enfermedad cardiovascular que fue más pronunciado para las mujeres con una menopausia artificial que para las mujeres con una menopausia natural, lo que reforzaría la actividad protectora de las hormonas del ciclo ovárico ante este tipo de patología.

5.2. CÁNCER GINECOLÓGICO

Haciendo referencia al anterior apartado, la principal causa de muerte de las mujeres de la Región de Murcia en 2014 fueron las neoplasias⁴⁴ (figura 3).

El cáncer ginecológico está entre las causas más frecuentes de muerte en la población femenina y algunos de ellos, como el adenocarcinoma de endometrio y el de mama aparecen con mayor frecuencia en las edades perimenopáusicas. Es más, las neoplasias del órgano reproductor femenino, singularmente las de endometrio, ovario y mama tienen su máxima frecuencia de aparición entre los cincuenta y los sesenta años¹⁹.

En España, los cánceres más frecuentes en la mujer son el cáncer de mama, los tumores colorrectales, el cáncer de útero, ovario y el de estómago. El carcinoma de endometrio es el cáncer ginecológico más frecuente (6,7 %) seguido de ovario (4,7 %) y de cérvix (4,5 %)⁴⁶.

A este respecto, los factores de riesgo conocidos relacionados con estas patologías son la nuliparidad, terapia hormonal sustitutiva no combinada, hiperplasia adenomatosa, síndrome de ovarios poliquísticos, diabetes, hipertensión y obesidad. El tamoxifeno también ha demostrado que se asocia a mayor riesgo de carcinoma de endometrio.

A su vez, la mayoría de las mujeres que padecen esta enfermedad son postmenopáusicas y se presenta con sangrado en un 75-90 % de los casos. Entre el 1 y el 25 % de las pacientes con sangrado postmenopáusico en función de la edad y factores de riesgo tiene carcinoma de endometrio⁴⁶, sobretodo en el caso del adenocarcinoma¹⁹.

El pico de incidencia es en la sexta década de edad, pero también ocurren hasta en un 5 % en pacientes menores de cuarenta años.

En el caso del cáncer de ovario, Lugones et al.¹⁹ señalan que la relación existente con la menopausia es puramente circunstancial aunque ocupe el cuarto lugar de incidencia en las mujeres españolas.

En relación con las implicaciones anteriores, el Grupo de Enfermería de la SEOR realiza una exposición detallada en la Guía de Tumores Ginecológicos^{46,47} que pasaremos a resumir brevemente en este apartado.

5.2.1. TUMORES DE CÉRVIX UTERINO

La patología neoplásica cervical es de gran trascendencia clínica ya que el cérvix representa el órgano diana de los carcinomas ginecológicos extraováricos, hecho que explica que la práctica totalidad de los tumores cervicales sean carcinomas. Existen tres grandes categorías de carcinoma cervical uterino: el carcinoma epidermoide (el más frecuente), el adenocarcinoma y un amplio grupo de carcinomas mucho menos frecuentes (en España la tasa de incidencia se estima que es de cinco por cada cien mil habitantes)⁴⁷.

Como ya se ha comentado, el carcinoma epidermoide hasta hace cincuenta años era el más frecuente del aparato genital femenino (AGF) y la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. En la actualidad, es el segundo tipo de cáncer más común y la edad media de aparición es a los cuarenta y cinco años. Es el más frecuente en países en vías de desarrollo, diagnosticándose más de cuatrocientos mil nuevos casos cada año. Pero gracias al screening citológico cervicovaginal, que permite el diagnóstico y tratamiento precoz de la lesión en fase premaligna de SIL (estadio curable), la incidencia del carcinoma epidermoide infiltrante cervical ha disminuido drásticamente, pasando a ocupar el octavo lugar en las causas de muerte por cáncer en la población femenina⁴⁸.

Suele afectar a mujeres mayores de cuarenta años, aunque cada vez se observa en pacientes más jóvenes (la mayor precocidad sexual conlleva mayor precocidad en la infección por VPH y un desarrollo del SIL y del Ca infiltrante más temprano).

Su clínica es variable y aunque hay casos asintomáticos, habitualmente debuta con síntomas como hemorragia vaginal (espontánea, costal), leucorrea, disuria, etc.

El pronóstico depende del estadio, tamaño del tumor, gradiente histológico y metástasis ganglionares, si bien globalmente es menos favorable que el del carcinoma epidermoide. El tratamiento de elección es la radioterapia aislada o radioterapia y cirugía combinadas.

5.2.2. CÁNCER DE VAGINA Y VULVA

El 70 % de los cánceres de vagina se dan en mujeres mayores de sesenta años. El 75 % de ellos son metastásicos. El carcinoma epidermoide también es el tipo más frecuente, representando el 95 % de todos los carcinomas vaginales primarios. Igual que en el de cérvix uterino, también en la vagina existen lesiones precursoras intraepiteliales de alto y bajo grado y la infección por el VPH juega un papel primordial en su patogenia.

Los factores de riesgo importantes para desarrollar este tumor son padecer un carcinoma epidermoide de cérvix y/o de vulva debido a una infección por el VPH, las alteraciones del sistema inmunitario, la promiscuidad sexual, el inicio prematuro de la actividad sexual y el hábito tabáquico⁴⁹.

Igual que en el cérvix, también en la vulva el tumor maligno más frecuente es el carcinoma epidermoide y sus lesiones precursoras. El carcinoma de vulva es una neoplasia rara con una incidencia del 2 al 3 % por cada cien mil mujeres; la edad media de presentación es de sesenta y cinco a setenta años. El 90 % corresponde a carcinomas epidermoides. Los factores de riesgo para desarrollar la neoplasia incluyen: hábito tabáquico e infección por VPH⁵⁰.

5.2.3. CÁNCER DE ENDOMETRIO

Por otro lado, en la actualidad, el adenocarcinoma endometrial es el carcinoma infiltrante más frecuente de todo el aparato genital femenino y se desarrolla habitualmente en mujeres postmenopáusicas (cincuenta y cinco a sesenta años)⁴⁶.

Clínicamente, son tumores frecuentemente sintomáticos que se manifiestan en forma de metrorragia (anómala en una mujer menopáusica) y/o leucorrea excesiva, razón por la cual resultan fácilmente detectables. La obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y la esterilidad constituyen importantes factores de riesgo de este tumor.

El pronóstico depende de la invasión miometrial, extensión al cuello, de las metástasis linfáticas y del grado histológico del tumor, es decir, la diferenciación histológica (G1, G2, G3) y de la estadificación clínica (la supervivencia a los cinco años únicamente es buena en el estadio I –supera el 90 %– y desciende drásticamente –por debajo del 30 %– en los estadios II, III y IV). El tratamiento

depende del estadio clínico, siendo el de elección la cirugía (aplicada de forma aislada o asociada a radioterapia).

En resumen, alrededor del 90 % de los carcinomas de endometrio son adenocarcinomas. Los tumores pueden ser focales (localizados en una zona) o crecer difusamente y mostrar una invasión extensa. Éstos últimos, pueden extenderse a través del miometrio, al cérvix y fuera del útero hacia los órganos adyacentes. Las metástasis linfáticas son a ganglios pélvicos, paraórticos e inguinales. Las metástasis a distancia asientan más a menudo en el peritoneo, pulmones, hígado y ganglios supraclaviculares.

5.2.4. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16 % de todos los cánceres femeninos.

Se estima que en 2004 murieron quinientas diecinueve mil mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69 %) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo.

La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por cien mil en América del Norte. Por otro lado, Europa Oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas pero en aumento. La incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento de este hecho, al igual que en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas.

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían de un lugar a otro, desde el 80 % o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60 % aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40 % en los países de ingresos bajos⁵¹.

Esta circunstancia en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que retrasan la

consulta al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

Se conocen bien varios factores de riesgo del cáncer de mama. Sin embargo, en general, en las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos. La mayoría de las publicaciones muestran relación entre el riesgo de padecer cáncer de mama y otros integrantes reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquia precoz, una menopausia tardía (por encima de los cincuenta y dos años) y una primera gestación-parto en la edad madura.

De la misma manera, la obesidad se asocia con esta neoplasia por favorecer la producción periférica de estrógenos y esta unión es más evidente en las mujeres posmenopáusicas. Igualmente, otros consideran el sobrepeso y la obesidad los responsables del 21 % de las muertes por esta patología, seguido del consumo de alcohol y la falta de actividad física, siendo esta proporción mayor en países con ingresos altos¹⁹.

Al mismo tiempo, los antecedentes familiares de cáncer de mama multiplican el riesgo por dos o tres, algunas mutaciones y las hormonas exógenas, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos productos.

Sin embargo, existen estudios en los que se muestra que la lactancia materna tiene un efecto protector ante esta enfermedad, tanto que la diferente incidencia del cáncer de mama en los países desarrollados y los países en desarrollo puede explicarse en parte por los efectos de la alimentación, unidos a la mayor edad del primer embarazo, el menor número de partos y el acortamiento de la lactancia.

En este caso, la OMS⁵¹ considera necesaria la promoción de la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales amplios de sensibilización del público en general, sobre este problema y los mecanismos de control.

El control de factores de riesgo específicos modificables: la promoción de alimentos saludables y actividad física, junto al control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo.

Por otro lado, los métodos de detección precoz como el diagnóstico precoz y el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática así como el cribado (la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática) facilitarían el diagnóstico y el tratamiento temprano.

En cuanto a la autoexploración mamaria, no hay datos acerca del efecto del cribado, sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres que se responsabilizan así de su propia salud.

La mamografía es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera el 70 %, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20 %-30% en las mujeres de más de cincuenta años en los países de ingresos altos.

De cualquier modo, independientemente del método de detección precoz utilizado, se consideran dos aspectos esenciales para el éxito de la misma: una adecuada planificación y un programa bien organizado y sostenible que se focalice en el grupo de población adecuado y garantice la coordinación, continuidad y calidad de las intervenciones.

5.3. OSTEOPOROSIS

Como hemos comentado en párrafos anteriores, la falta de estrógenos eleva la parathormona y desciende la calcitonina, dando lugar a una migración del calcio que favorece la degeneración y pérdida de densidad de la masa ósea¹⁹.

Lo cierto es que el aparato locomotor no se ve alterado por la función disminuida de los ovarios sino que es el déficit hormonal el que produce variaciones en el sistema músculoesquelético, que darían lugar a la instauración de la enfermedad denominada osteoporosis³.

La aceleración de la pérdida de masa ósea es un proceso crónico que afecta a los huesos y se caracteriza por un detrimento del tejido óseo, transformando el tejido más fuerte del organismo en un tejido frágil y susceptible a las fracturas.

La complicación más frecuente es de las vértebras, así como de la extremidad distal del radio y, sobre todo, de la cadera, con un aumento grande de la morbilidad y la mortalidad. La osteoporosis es más frecuente en la mujer (70 %) que en el hombre (30 %) y es la causa más común de fracturas en la tercera edad.

Esta enfermedad y sus fracturas consecuentes representan un importante problema clínico y socioeconómico. La densitometría ósea permite determinar, de una manera precisa e inocua, la masa ósea en las diferentes partes del organismo donde se producen las fracturas osteoporóticas, permitiendo la predicción del riesgo de dicha fractura a largo plazo, lo que la convierte en un método imprescindible en el diagnóstico de los pacientes con osteoporosis.

Se estima que un 40 % de las mujeres de raza blanca postmenopáusicas tiene, a la edad de cincuenta años, un 40 % de riesgo durante toda su vida de tener una fractura en la cadera, columna lumbar o radio distal⁵².

Según la OMS¹⁵, existe osteoporosis cuando los valores de masa ósea determinados por densitometría se sitúan por debajo de 2,5 desviaciones estándar (DE) del valor pico de masa ósea máximo alcanzado en la mujer joven. Con este valor, alrededor de un 30 % de las mujeres americanas postmenopáusicas tienen osteoporosis, lo que coincide aproximadamente con el número de fracturas a lo largo de toda la vida de dichas mujeres.

Díaz, García, Carrasco, Honorato, Pérez, Rapado y Álvarez⁵², en su estudio desarrollado con una muestra de mujeres españolas hallaron que el 12,73 % de la población femenina española presentaba osteoporosis en columna lumbar (CL) o cuello femoral (CF), lo que representa casi dos millones de mujeres. A su vez, los mayores valores de densidad ósea lumbar se encontraron en el grupo de treinta a treinta y nueve años.

En la población femenina estudiada por estos autores, la osteoporosis densitométrica se incrementa de forma progresiva a partir de los cuarenta y cinco años, pasando del 4 % en el grupo de cuarenta y cinco a cuarenta y nueve años, al 9 % en el grupo de cincuenta a cincuenta y nueve años, al 24 % en el de sesenta a sesenta y nueve años y al 40 % en el de setenta a setenta y nueve años, concluyendo en base a sus resultados, que la prevalencia verdadera de la enfermedad debe ser probablemente mayor, por lo que el número de mujeres con

osteoporosis alcanzaría una cifra muy elevada lo que resalta la magnitud del problema de esta enfermedad en España.

A todo lo anteriormente expuesto añadiremos que existen estudios que demuestran que la menopausia precoz es un factor de riesgo para la osteoporosis⁵³ y, como veremos, existen condicionantes de la aparición de la menopausia, algunos no modificables como la herencia genética, la raza (las mediterráneas y nórdicas la tienen más temprano) y otros modificables como el tabaquismo (asociado a una menopausia precoz). También el estado civil, la categoría laboral, el nivel socioeconómico, la obesidad, el uso de anticoncepción hormonal, etcétera. Así mismo, la osteoporosis aumenta con el reposo, por lo que, la actividad física disminuye notablemente la salida de calcio del hueso¹⁹.

Pero no sólo el paso de los años es una desventaja ante la aparición de estas enfermedades sino que existen otras alteraciones que avaladas entre sí reafirman la gravedad de la patología. Estos factores son: HTA, dislipemias, diabetes mellitus, la herencia genética, el tabaquismo y hábitos inadecuados de alimentación y ejercicio³, por lo que vamos a estudiar algunos de ellos en los siguientes apartados.

Los hábitos, las costumbres, la educación, el trabajo, la religión, los mitos y hasta el clima influyen en las manifestaciones que se han descrito anteriormente. A través de la historia, el lugar que la mujer ocupa en la sociedad, su participación en el desarrollo de diversas culturas y el estatus familiar, son aspectos considerados por varios autores que coinciden en la idea de que la menopausia varía de un grupo social a otro⁵⁻⁷.

De hecho en muchas culturas orientales consideran que la mujer cuando llega a esta etapa se iguala al hombre: los islámicos permiten la retirada del velo y la participación en la vida pública de las mujeres climatéricas, en Japón las mujeres ganan prestigio y autoestima conforme alcanzan el envejecimiento y en otras culturas incluso adquieren la capacidad de practicar magia y hechicería²⁹.

6. HÁBITOS DE VIDA EN EL CLIMATERIO

El entorno tiene una influencia significativa en la salud de todas las mujeres. Particularmente, cuando las mujeres llegan a la menopausia, su salud puede estar minada por las condiciones ambientales en que viven: la contaminación, las toxinas químicas y las condiciones peligrosas de trabajo comprometen la salud de las mujeres que trabajan en los sectores industriales¹⁵, por ejemplo.

A este respecto, Botello⁵ realiza un extenso análisis sobre el concepto “salud”, contemplando diferentes autores y diferentes épocas. En él, considera a Salleras, quién, en 1985, definió la salud como “*el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y la capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad*” y desde este punto de vista, vemos que lo interesante son los comportamientos personales y grupales que contribuyen a la visualización holista y positiva de salud o lo que es lo mismo, los estilos de vida.

El estilo de vida es la “*forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales*”⁵. Esta condición influye en la salud y en la adquisición de enfermedades crónicas, en la incapacidad prematura y en la mortalidad, por lo que se debe establecer prácticas dirigidas a favorecer hábitos de vida saludables.

Como conductas de vida podemos encontrar varios grupos. Por un lado, las rutinas dietéticas, las cuales influyen en las 3 principales causas de morbimortalidad en las mujeres de mediana edad: el cáncer, las ECV y la osteoporosis.

Un ejemplo de hábitos no saludables sería ingerir en la dieta diaria grasas saturadas, la ausencia de frutas y verduras diariamente, un consumo excesivo de carnes rojas, embutidos y dulces, una escasa ingesta de agua, las prácticas tóxicas como el tabaquismo y también el abuso de fármacos (la mayoría de las mujeres mayores de cincuenta años ingieren de forma habitual medicaciones que no siempre han sido indicadas profesionalmente, ni controladas en su evolución).

Un elemento protector de la salud sería la práctica de ejercicio físico diaria o al menos de más de dos horas a la semana, ya que beneficia, no sólo porque se

fortalecen huesos y músculos (lo que supone una reducción del número de fracturas) sino también por su efecto preventivo de ECV³⁸.

En un estudio⁵⁴ realizado en España sobre hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en mujeres de cuarenta a setenta años se observó que la dieta de las participantes presentaba ingestas excesivas de algunos componentes: un consumo elevado de energía (122 % de la IR), proteínas (302 % de la IR) y colesterol (371 mg/día), lo que podría tener repercusiones importantes en el estado de salud de estas mujeres. Del total de encuestadas, el 79 % presentaban la menopausia; de ellas, el 21 % tenían hábito tabáquico (más de diez cigarrillos), el 52,7 % consumían alimentos enriquecidos y el 80 % dedicaban más de dos horas a realizar alguna actividad física. Además los hábitos de vida sanos e insanos se agrupaban: el tabaquismo junto con la ingesta de bebidas alcohólicas y por el contrario, no consumir tabaco con mejores hábitos alimentarios; también, el menor tiempo de actividad física (menos de dos horas/día) suponía mayor ingesta de bebidas alcohólicas, y en el otro sentido, mayor actividad física (más de dos horas/día) se relacionó con mayor ingesta de verduras, hortalizas y legumbres.

En relación a la edad, las mujeres de los grupos más jóvenes (cuarenta y seis a cincuenta años) presentaron una ingesta significativamente mayor de lípidos y colesterol con respecto a las mayores (mayores de cincuenta y seis años), lo que podría tener repercusiones importantes en su salud. De hecho, esta población presentó una elevada tasa (61 % del total) de sobrepeso y obesidad, situación que podría ser debida a que los requerimientos de energía disminuyen con la edad (aproximadamente un 5 % cada década a partir de los cuarenta años), pero las mujeres continúan con los mismos hábitos alimentarios no reduciendo ni el tamaño ni el número de raciones consumidas. También es cierto que el cambio hormonal asociado a la menopausia favorece el aumento de peso corporal⁴⁰, que, a su vez, es factor de riesgo para otras enfermedades como la cardiovascular, la hipertensión, el cáncer, la diabetes, etc., cuya incidencia puede elevarse si también tenemos en cuenta el alto consumo de grasas y colesterol. El exceso de proteínas podría afectar igualmente a la densidad ósea al incrementar la excreción urinaria del calcio, especialmente si estas proteínas son de origen animal, facilitando la aparición de la osteoporosis.

Respecto a buenas y malas costumbres alimenticias, Grao-Cruces, Nuviala, Fernández-Martínez, Porcel-Gálvez, Moral-García, y Martínez-López⁵⁵ estudiaron la dieta mediterránea en adolescentes, averiguando que es uno de los modelos más saludables de dieta. Ésta consiste en la ingesta abundante de antioxidantes naturales presente en las frutas, verduras, hortalizas y legumbres, pescado, frutos secos y aceite de oliva y pobre en grasas saturadas. Este modelo alimentario es un estilo de vida determinado por factores geográficos y socioculturales, jugando un rol preventivo en la aparición de enfermedades CV y cerebrovasculares, diabetes, obesidad, enfermedades oncológicas y neurodegenerativas. Los autores concluyeron que la dieta mediterránea repercute positivamente en el bienestar psicológico y su ausencia está asociada a enfermedades como la diabetes y la obesidad. Además ligaron este patrón alimentario a mayor actividad física y mayor dedicación a los estudios.

Por otra parte, Prior y Pina⁵⁶ recogen en su artículo acciones de autocuidado por parte de las mujeres semejantes a los que tenemos en cuenta en esta investigación: alimentación equilibrada, ejercicio físico, uso de medicamentos y revisiones médicas, entre otras.

Así mismo, Goberna Tricas⁴³ publicó un artículo sobre la promoción de la salud en el climaterio, en el que recogió una serie de pautas para vivir esta transición de manera saludable. Entre ellos es preciso destacar:

DIETA ADECUADA. Un modelo alimentario adecuado previene la osteoporosis, los problemas digestivos y el sobrepeso; por ello, el consejo dietético en el climaterio debe orientarse a un proporcionado aporte calórico, calcio y fibra.

EVITAR TÓXICOS. El consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, cafeína, drogas y algunos medicamentos) puede originar efectos desfavorables en el climaterio: menopausia precoz y envejecimiento acelerado, mayor sintomatología y patologías asociadas importantes.

TABACO. El hábito tabáquico precipita la llegada de la menopausia y ello es proporcional a la cuantía y la duración del consumo, pues en general se observa un adelanto de uno o dos años en las mujeres fumadoras comparado con las no fumadoras. A su vez, aumenta la sintomatología climatérica y aumenta el metabolismo de los estrógenos, favoreciendo el desgaste óseo asociado a la

osteoporosis, lo que explica que las mujeres fumadoras pierdan hueso en la temprana postmenopausia, afectándose más la columna vertebral y el radio distal.

AUTOMEDICACIÓN. Determinados fármacos acentúan la osteopenia, entre ellos los antiácidos con aluminio, los antihipertensivos, los antidepresivos, los sedantes ansiolíticos y los diuréticos; otros como las benzodiazepinas, los tranquilizantes y algunos antidepresivos disminuyen el deseo sexual.

ACTIVIDAD FÍSICA. El riesgo de padecer enfermedades coronarias es tres veces menor en las personas que realizan actividad física con respecto a las sedentarias y presentan una mejor relación entre la masa muscular y el tejido graso. Diferentes estudios relacionan el aumento de la masa ósea con el ejercicio y, en el caso de la osteoporosis, seis semanas de entrenamiento muscular aumenta la fuerza y el contenido mineral óseo, practicándolo a diario o al menos dos o tres veces por semana, en sesiones de treinta minutos, moderado, regular y mantenido, acabando con un periodo de relajación.

Además, esta práctica mejora el bienestar psicológico, la autoestima y la funcionalidad, ya que durante su realización se segregan endorfinas que actúan en la disminución del umbral del dolor. Igualmente, se incrementa la agilidad física y mental y, si se realiza en grupos, favorece la sociabilidad, por lo que se ha comprobado que en grupos de edad mediana que participan en programas de actividad física disminuyen el consumo de fármacos analgésicos, antiálgicos, ansiolíticos y antidepresivos.

OBESIDAD. El sobrepeso induce a un aumento de riesgos cardiovasculares (enfermedades coronarias e HTA), metabólicas (hiperlipidemia, DM, colelitiasis) y osteoarticulares (artrosis y artritis).

La OMS estima que la inactividad física es un factor causal de un conjunto de casi dos millones de defunciones a nivel mundial, en torno a un 0 % a 16 % de los cánceres de mama, colorrectal y diabetes mellitus y un 22 % de los casos de cardiopatía isquémica, lográndose disminuir estos porcentajes si atenuáramos los factores de riesgo¹¹.

Fuentes Flores¹¹ hace referencia al Plan Integral para la actividad física y el deporte y los factores de impacto sobre la mortalidad en los países desarrollados en su investigación sobre salud y ejercicio físico (Tabla 2), ocupando el tabaquismo la posición número uno de los mismos, así como el bajo consumo de frutas y verduras y la inactividad física, el sexto y séptimo lugares respectivamente.

Tabla 2. Factores de impacto sobre la mortalidad en los países desarrollados

	FACTORES DE RIESGO	IMPACTO
1º	TABAQUISMO	12.2%
2º	HTA	10.9%
3º	CONSUMO DE ALCOHOL	9.2%
4º	DISLIPEMIAS	7.6%
5º	EXCESO DE PESO	7.4%
6º	BAJO CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS	3.9%
7º	INACTIVIDAD FÍSICA	3.3%
8º	DROGAS ILÍCITAS	1.8%
9º	PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO	0.8%
10º	CARENCIA DE HIERRO	0.7%

Fuente: Fuentes Flores, 2001.

En un estudio prospectivo dirigido por Dabrowska, Dabrowska-Galas, Rutkowska y Michalski⁵⁷ en 2016 sobre entrenamiento físico y calidad de vida, se experimentó con ochenta mujeres rurales de cuarenta a sesenta y cinco años, sometiéndolas a un entrenamiento tres veces por semana sesenta minutos por sesión al azar. Así, se demostró que la actividad física puede reducir algunos de los síntomas climatéricos y mejorar la calidad de vida.

Las recomendaciones actuales a este respecto formuladas por la OMS³ y que establecen la mayoría de los países occidentales dirigidas a disminuir las manifestaciones y complicaciones o enfermedades derivadas o relacionadas con el climaterio con el fin de mantener un correcto estado de salud son:

- dejar de fumar
- practicar al menos 30 minutos de paseo diario (para cualquier grupo poblacional y específicamente durante el climaterio)
- seguir una dieta sana y equilibrada
- controlar el peso
- moderar la ingesta de alcohol y café

- aumentar el consumo de calcio, ya que no comporta riesgos asociados podrían ser opciones beneficiosas en la prevención y tratamiento de los síntomas vasomotores y para la prevención de la osteoporosis en mujeres pre y postmenopáusicas.

No se recomienda, por otro lado, el uso de la THS (terapia hormonal sustitutiva) a medio-largo plazo aunque este tema tiene multitud de opiniones y controversias debido a los potenciales riesgos asociados que comporta y/o a la ausencia de beneficios (tromboembolismo, cardiovascular, ACV, cáncer de mama, deterioro cognitivo, demencia, alteraciones de la vesícula biliar, cáncer de ovario y de endometrio). La evidencia científica disponible indica que la TSH no debe ser ni universal ni rutinaria y que cuando se utilice siempre deberá ser elegida libremente, conociendo sus ventajas y sus riesgos potenciales⁵⁸. Además, no está indicada para la prevención de la enfermedad cardiovascular, deterioro cognitivo, demencia y/o cáncer de colon⁵⁹.

A este respecto, Coutado, Bello, Román y Barcón⁶⁰ afirman que la indicación de la TSH debe ser siempre individualizada en cada paciente, que es el tratamiento de elección si no existen contraindicaciones para controlar los síntomas que se presentan en la menopausia y que su uso está justificado cuando los síntomas afectan negativamente la calidad de vida de las mujeres. Por otro lado, lo consideran un tratamiento efectivo para controlar los sofocos y los síntomas de la atrofia vaginal, pero reconocieron que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares además que su uso durante más de cinco años y a partir de la edad de cincuenta, aumenta el riesgo relativo de presentar cáncer de mama.

Atendiendo estos razonamientos, añadiremos también a Pérez y Rojas⁶¹, que consideran que la mujer menopáusica precisa un manejo integral en favor de una buena calidad de vida y que este enfoque debe incluir: TSH para los síntomas menopáusicos, tratamiento específicos para las enfermedades crónicas y por supuesto estilos de vida saludables con dieta y ejercicio físico y mental como coadyuvantes fundamentales en la prevención de las enfermedades propias de la tercera edad.

Al hacerse énfasis en los elementos anteriores, sería oportuno añadir que uno de los agravantes de la sintomatología del climaterio es la obesidad. Así de rotundo lo confirmaron Romero, Monterrosa y Paternina⁶² en su investigación en más de dos mil mujeres de cuarenta a cincuenta y nueve años.

A este propósito, la prevalencia actual de la obesidad mundial es más del doble de la observada en 1980, con predominio femenino, lo que significa que para 2018 se estima que doscientos millones de hombres y trescientos millones de mujeres mayores de veinte años padecerán obesidad. Esta enfermedad supone un factor importante de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, trastornos musculoesqueléticos como osteoartritis y algunos cánceres (endometrio, mama y colon). Además, cuanto mayor es el IMC mayor es el riesgo de todas estas condiciones patológicas⁶². De modo que, conjuntamente, los síntomas menopáusicos afectan negativamente la calidad de vida, la obesidad y el sobrepeso han sido señalados como causas que influyen en la presencia de las manifestaciones climatéricas, por lo que este estado patológico disminuye la calidad de vida. Estos autores también aclararon que las mujeres que presentaban sobrepeso y obesidad tenían mayor edad y la prevalencia de todos los síntomas asociados a la menopausia fue superior a medida que se incrementaba el IMC. También, añadieron que tanto en la dimensión somática, como la psicológica y la urogenital de la MRS se vieron afectadas con un deterioro progresivo de la calidad de vida (más sofocos, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculoesqueléticas, cansancio físico/ mental y síntomas vesicales), por lo que llegaron a la conclusión de que el control adecuado del peso corporal es esencial en el cuidado de la salud general, y en especial cuando las mujeres se encuentran en la etapa del climaterio.

Otro dato importante lo añadió el estudio SWAN, uno de los más grandes sobre transición menopáusica, donde también se confirmó la asociación entre un mayor IMC y mayor presencia de síntomas vasomotores⁶¹.

Es importante destacar cuál es la situación de las mujeres murcianas en estos grupos, de modo que en la tabla 3 podemos observar que más del 50 % tienen problemas de sobrepeso y que un tercio de estas últimas padece obesidad¹².

Tabla 3. Hábitos de vida. Mujeres y peso.

Mujeres de 45 a 54 años	IMC <25	Sobrepeso I IMC >25	Sobrepeso II IMC >25	Obesidad IMC >30
2.676,3	1.307	438.5	416.9	465

Fuente: INE, 2016.

Expertos en endocrinología afirman que sólo el 1 % de las obesidades se deben a problemas primarios (desajustes hormonales), mientras que el resto (99 %) se podrían evitar adoptando hábitos de vida saludables: ejercicio, dieta equilibrada, etc.

Igualmente, investigaciones como el estudio DORICA puso de manifiesto en el año 2004 la prevalencia de la obesidad en la población adulta española entre 25 y 64 años, dividiendo el territorio en 8 regiones, y los resultados evidenciaron el liderazgo de la Región de Murcia en dicha prevalencia con índices del 24,89% de mujeres y el 18,99 % de hombres⁶³.

El hábito tabáquico es un factor que también se relaciona con la salud cardiovascular y con la menopausia, y como podemos observar en la tabla 4, más del 25 % de las mujeres murcianas de mediana edad son fumadoras activas¹².

Tabla 4. Hábitos de vida. Mujeres y consumo de tabaco.

Mujeres de 45 a 54 años	Fumador diario	Ex fumador	Nunca fumado han
2.676,3 (100%)	682,7 (25.50%)	442,2 (16.52%)	1.484,7 (55.47%)

Fuente: INE, 2016.

A modo de resumen, matizar que, por un lado el sobrepeso predispone a un aumento de riesgos cardiovasculares, metabólicos y osteoarticulares y aumenta la severidad de las manifestaciones venidas por la menopausia, unido a que más del 50 % de las mujeres murcianas tienen problemas de sobrepeso y obesidad. Por otro lado, el hábito tabáquico no sólo aumenta la sintomatología climatérica, sino que acelera su advenimiento y se relaciona con patologías graves para la salud como la osteoporosis, las enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer, ligado a que más del 25 % de las mujeres murcianas están expuestas activamente a esta situación. En tercer lugar, sabemos que de las causas de muerte de las mujeres de

la Región de Murcia, la patología cardiovascular ocupa el segundo lugar después de las neoplasias y ambas están relacionadas con la obesidad y con la pérdida de las sustancias protectoras que son las hormonas sexuales femeninas en la etapa de transición, además que la edad, junto con los factores de riesgo anteriores, agravan los síntomas climatéricos. Considerando los datos expuestos, se presenta una situación de alerta ante la cual se podría intervenir para modificar los hábitos insalubres y así prevenir las patologías que se tratan a lo largo del texto.

7. SALUD Y CLIMATERIO

Varios investigadores y organismos internacionales y nacionales han propuesto definiciones de lo que es la salud de las mujeres. En 1994, la NAWHME de EE.UU. la definió como *“aquella disciplina que comprende la preservación del bienestar y la prevención de la enfermedad en las mujeres. Incluye el estudio, el diagnóstico y el manejo de las condiciones que son específicas de las mujeres o tienen manifestaciones, factores de riesgo o intervenciones diferentes”*⁶⁴.

Así mismo, la OMS¹⁵ define el concepto de salud como el *“estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad”*. Cuidar de la salud no solo implica la atención de enfermedades, sino también la prevención y el cuidado integral de las personas, así como la necesidad de atender a la mayor cantidad de condiciones que intervienen en la obtención de una mejor calidad de vida que varía en función de las condiciones históricas, culturales, sociales, biológicas, psicológicas y demográficas de la comunidad donde se evalúe¹¹.

Lo que nos llama la atención y que comparten ambas definiciones es la palabra bienestar, cuyos significados vienen descritos en la RAE⁶⁵

- Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien.
- Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad.
- Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

7.1. CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR

El climaterio es una etapa que se puede hacer rica en vivencias y en experiencias si la mujer adquiere el conocimiento y el dominio relacionado con los cambios que experimenta, de manera que podría seguir disfrutando de su cuerpo en todas sus dimensiones.

También es cierto que este periodo conlleva cambios biológicos, psicológicos y sociales que han sido relacionados directamente con el deterioro progresivo de la calidad de vida, terreno estudiado por varios investigadores utilizando diversos instrumentos específicos, como los estudios realizados por Palacios, Ferrer-Barriendos, Parrilla, Castelo-Branco, Manubens, Alberich, Martí y el Grupo Cervantes⁶⁶ en España.

La calidad de vida es *“un constructo histórico y cultural de valores, sujeto a las variables de tiempo y espacio imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad”*. Resulta pretencioso aspirar a unificar un único criterio de calidad de vida ya que este concepto está determinado por los valores, las pretensiones y las circunstancias propias de cada persona y del contexto sociocultural en la que se sitúa. Dicho de otra manera, *“es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones”*³¹.

De cualquier manera, cada disciplina modifica el significado de este constructo según su perspectiva. En este caso, en el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el terreno bio-médico como el estado de salud y en psicología lo acoge como la satisfacción y el bienestar psicosocial.

A este respecto y según nuestro enfoque, el equilibrio estaría en el resultado de la unión de los anteriores, con lo que construiríamos un concepto de calidad de vida constituido por una parte objetiva, las condiciones de vida del individuo y una subjetiva, que sería la percepción de la salud y la satisfacción experimentada en dichas condiciones.

Atendiendo estas consideraciones, Gutiérrez Crespo³² añade otra definición más precisa: *“es el valor asignado a la duración de la vida, modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales que están influenciados por una enfermedad, una lesión o su tratamiento”*.

La esperanza de vida es un buen indicador del estado de salud de la población, pero en sí misma, no proporciona información sobre la calidad de vida ni si ésta se desarrolla con buena salud. Sin embargo, la esperanza de vida en buena salud sí aporta información sobre la calidad de vida en términos de salud.

Este concepto se define como “*el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad)*”^{12,63}, que sería lo mismo que: el promedio de años esperados que vive una persona disfrutando de buena calidad de vida.

En España, en 2014 la esperanza de vida en buena salud al nacer era la misma en los hombres y en las mujeres (sesenta y cinco años). A esta edad, los hombres tenían 10,1 años de esperanza de vida en buena salud frente a los 9,4 años de las mujeres. Dicho de otro modo, los hombres al nacer viven el 81,2 % de sus años de esperanza de vida en condiciones de buena salud frente al 75,9 % que suponen los años de esperanza de vida en buena salud de las mujeres respecto a su horizonte total de vida. Pero, el mayor número de años de esperanza de vida a todas las edades de las mujeres va asociado a peores condiciones de salud que los hombres^{12,63}.

Tabla 5. Esperanza de vida en buena salud en mujeres de la Región de Murcia en 2013

Años de vida saludable al nacer		
Años		
2013		
CC.AA.	Mujeres	Total
Región de Murcia	63,54	65,62

Fuente: INE, 2016.

Tabla 6. Esperanza de vida en mujeres de la Región de Murcia en 2013.

Esperanza de vida al nacer		
Años		
2013		
CC.AA.	Mujeres	Total
Región de Murcia	85,33	82,73

Fuente: INE, 2016.

En la Región de Murcia, tal como indican las tablas 5 y 6, la esperanza de vida en buena salud está por debajo del nivel nacional, mientras que la esperanza de vida al nacer está muy por encima de la cifra nacional. Estas diferencias parecen indicar que aunque las mujeres murcianas viven más años, en este tiempo no gozan de buena salud con respecto a las españolas.

El objetivo de las ciencias de la salud, además de intentar curar enfermedades, debería enfocar hacia la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud. Este constructo es una medida que pretende analizar los condicionantes bio-psico-sociales y los hábitos de conducta, así como las incapacidades que impiden a un ser humano desarrollar su vida con un grado aceptable de autonomía⁵⁸.

Sin embargo, a pesar de la existencia de cientos de instrumentos de medida de calidad de vida, éstos no han permitido discriminar cómo las condiciones de vida y trabajo han condicionado la salud diferencial de hombres y mujeres, ya que no permiten medir por qué oportunidades desiguales determinan ciertos aspectos de la salud. Para ello ha sido necesario desarrollar cuestionarios de evaluación de salud adecuados a cada condición.

En esta misma línea, una de las variables más eficaces en las encuestas de salud de la población es la salud percibida, siendo *“la valoración que cada ser humano hace de su propia salud”*. Tanto en mujeres como en hombres, la respuesta a la pregunta: ¿Cómo se encuentra usted: bien, mal o regular? los resultados son diferentes y no necesariamente tiene que estar relacionado con un estado de enfermedad⁵⁹.

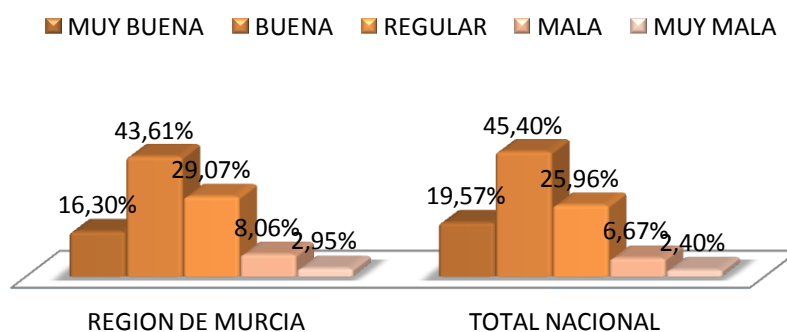
La salud percibida es la sensación propia de bienestar que estará influenciada por múltiples factores, entre otros el sexo. Según Valls Llobet⁵⁹, las mujeres valoran peor su salud que los hombres y estas diferencias se potencian con la edad y con el bajo nivel socioeconómico.

Con lo anteriormente expuesto coincidieron Videra y Reigal⁶⁷, los cuales llevaron a cabo un estudio en una muestra de adolescentes en el que pusieron de manifiesto que, en relación a la percepción de salud, los varones tuvieron una mejor valoración de la misma. Además, su investigación señalaba que el sexo es una variable discriminatoria de la percepción de salud entre las personas, siendo más favorable en hombres que en mujeres, haciéndose patente en todas las edades, aunque el fenómeno sea más evidente cuando se alcanza una edad madura.

A su vez, Abellán, Vilches y Pujol⁶⁸ también aseguran que el sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva; el 39,7 % de los varones autovaloran bien o muy bien su estado de salud mientras que sólo el 30,6 % de las mujeres considera su salud como buena o muy buena.

Este es el caso de la población de la Región de Murcia, en la que la mayoría (67,2 %) percibe su salud como buena o muy buena, y sólo un 8,8 % la indican como mala o muy mala (figura 5). Pero los varones murcianos manifiestan estar más sanos que las mujeres, de acuerdo a los autores anteriores y coincidiendo con resultados de estudios nacionales.

Figura 5. Percepción de la salud en la Región de Murcia y en España



Fuente: Plan de Salud de la Región de Murcia, 2010.

Recopilando los datos anteriores, con la finalidad de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres, deberíamos plantearnos si el climaterio supone un condicionante de la salud percibida y, por tanto, del bienestar.

7.2. SATISFACCIÓN VITAL

La definición que ofreciera Diener¹³ en 1985 sobre la satisfacción con la vida sigue vigente en la actualidad: *“el componente cognitivo del bienestar subjetivo”*¹⁴.

Desde entonces, se están realizando estudios en mujeres de mediana edad que comprenden el uso de cuestionarios acerca de la experiencia menopáusica como parte de otras preguntas relacionadas con la salud. Es por ello que habría que evaluar la fiabilidad y la validez de la indicación de síntomas en cuestionarios o

entrevistas, y eliminar los estereotipos sociales en las respuestas relacionadas con la menopausia.

Valls-Llobet⁵⁹ añade que, en cuanto a investigación del mundo femenino, existen campos aún inexplorados: los deseos y los motivos para la implicación social y familiar serían ejemplos.

Las evidencias revisadas concluyen que las mujeres viven más años que los hombres pero con peor salud, por lo que deberíamos plantearnos qué condiciones empeoran la calidad de vida en esta diferencia de tiempo a favor de las mujeres.

La discrepancia entre experimentar un síntoma y ser molestado o funcionalmente incapacitado por él es important, por las repercusiones implicadas en la atención de servicios de salud. Por ello, la propuesta sería incluir en los estudios transversales un número alto de mujeres de mediana edad para apreciar la frecuencia de síntomas según el estado menopáusico determinado por la edad.

Los estudios trasversales suponen una plataforma de información acerca de una población que posteriormente puede ser objeto de seguimiento prospectivo y son especialmente apropiados para investigar la transición menopáusica y sus manifestaciones¹⁵.

En la actualidad, los indicadores sanitarios se dirigen hacia la integración de nuevos aspectos. Es en esta línea, en la que la calidad de vida cobra interés y la salud y el bienestar autopercebidos se describen como predictores de morbilidad y mortalidad.

Recientemente, la OMS¹⁶ ha establecido que la satisfacción vital es el principal indicador del bienestar subjetivo en el contexto de los objetivos de salud para el 2020. Así, este elemento es el que ofrece mayor estabilidad temporal y resistencia a influencias externas, siendo de las cinco Metas de Salud de 2020, la cuarta:

“Mejorar el Bienestar de la población europea”.

En este sentido interesa destacar que la mayoría de las personas mantienen su nivel de satisfacción vital en un rango positivo y estable^{14,17} pero, ante situaciones desestabilizadoras, suele experimentar un descenso en sus niveles.

Según García y Maestre⁶⁹, los malestares psicológicos pueden producir una pérdida de bienestar. Estos autores hacen referencia a Diener¹⁷ en cuanto a la importancia de examinar el contexto en el que se desarrollan las experiencias de las personas, los valores, las metas, cuando se evalúa la influencia de los eventos externos sobre la felicidad y describen a la persona feliz como *“aquella que tiene un temperamento positivo con tendencia a ver el lado favorable de las cosas y que no rumia demasiado acerca de los eventos malos, que vive en una sociedad económicamente desarrollada, tiene confidentes y amigos y posee adecuados recursos para encaminarse al logro de sus metas significativas”*.

Por tanto, la felicidad o bienestar de una persona no está limitada por el hecho de llegar a una determinada edad de la vida en la cual ocurren cambios endocrinos, sino que son muchos los hechos acerca de la influencia de factores psico-sociales en las manifestaciones del síndrome climatérico.

Los estudios sobre la satisfacción con la vida se han situado mayoritariamente en el contexto general de la investigación del bienestar subjetivo, es decir, basan su importancia en el valor que las personas damos a ser felices que tiene sus orígenes en la antigüedad y ya forma parte de las tradiciones humanas. Así, el deseo de sentirnos bien cumple una importante función de autorregulación emocional y conductual. Por otro lado, definen la satisfacción vital como *“una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas”*¹⁰, por lo que su evaluación cobra gran importancia y se considera un desafío científico.

A su vez, el bienestar subjetivo es una de las tres formas de evaluar la calidad de vida de las sociedades junto con indicadores económicos y sociales, cómo se sienten las personas y qué piensan de su vida es esencial para entender este concepto¹¹.

Al mismo tiempo, los componentes emocionales suelen evaluarse con instrumentos que valoran el estado afectivo actual positivo y negativo y para ello existen escalas ampliamente utilizadas, cuestionarios de ítems únicos o bien de ítems múltiples.

A este respecto, Diener et al.¹³ crearon una escala multi-ítem para medir la satisfacción vital, que en estudios posteriores con diferentes poblaciones han mostrado propiedades similares: estudiantes universitarios, personas de la tercera

edad, adolescentes^{55,70}, reclusos, religiosas, adultos y jóvenes, varones y mujeres, lo que le aporta la validez necesaria para poder aplicarla a cualquier tipo de población¹⁰.

La medición de la satisfacción vital es algo reciente en los países en desarrollo y poco se sabe en relación a su asociación con otras características individuales. Unos investigadores la asocian con la autopercepción del estado de salud, el apoyo social o el nivel socioeconómico⁷², otros con aspectos tan variados como la satisfacción marital, la productividad, un mejor estado de salud físico y mental o incluso la longevidad¹⁰.

Cierto es que el ámbito en el que más se ha investigado es la psicología pero también ha sido frecuente en el campo de la medicina. Los primeros tantearon la satisfacción vital con variables psicológicas como la extraversión, la introversión, el neuroticismo, la autoestima, la euforia, la disforia, la sociabilidad y los sentimientos de soledad y felicidad, entre otros; mientras que en el campo de la investigación médica su medición ha tenido una finalidad mucho más práctica considerando la satisfacción vital como un indicador global de calidad de vida relacionada con la salud, lo que algunos autores han llamado "Overall Quality of Life".

También, ha sido utilizada para valorar la calidad de vida relacionada con la salud en personas que padecen enfermedades crónicas: personas en tratamiento con hemodiálisis, con trasplante renal, con artritis reumatoide y con espondilitis anquilosante⁷².

El climaterio exige una preocupación especial para la mujer que debe vivir plenamente treinta ó treinta y cinco años a partir de la menopausia y no ser una simple espectadora de la vida. Sin embargo, el mayor interés no consiste en vivir más años si éstos no vienen acompañados de bienestar físico, mental y social.

Algunos autores indican que la calidad de vida se utiliza como referente de bienestar^{11,7} y por tanto su análisis debe contemplar las tres dimensiones: la psicológica, la física y la social, ya que la influencia de las mismas puede variar, como por ejemplo, en un estudio¹⁴ metaanalítico se demostró que el funcionamiento psicológico tenía mayor peso.

En esta misma línea, Couto y Nápoles⁷ exponen que los síntomas más frecuentes en el climaterio son de origen psicológico y aunque habitualmente no conducen a enfermedades mentales (sólo el 10 % de las mujeres atraviesan por una depresión mayor), disminuyen la satisfacción personal e influyen en las relaciones personales, familiares, de pareja, sexuales, laborales y por tanto alteran el bienestar.

También, Rondon³¹, en su reflexión sobre el climaterio, rechaza que la disminución estrogénica por sí misma determine la depresión y coincide con los autores comentados previamente, que la vivencia de la premenopausia está determinada por una compleja interacción de factores sociales, culturales y biológicos y por ende, se debe examinar cuidadosamente a la mujer con síntomas emocionales antes de prescribir antidepresivos o recomendar terapia hormonal.

Así, tal y como muestran los estudios mencionados, la satisfacción vital mantiene importantes relaciones con variables afectivas –ansiedad y depresión– y con la calidad de vida, sobre todo con la dimensión psicológica y, puesto que el concepto de calidad de vida está en estrecha relación con el bienestar subjetivo, hablamos de una medida que puede ser de utilidad para evaluar el éxito de la adaptación o felicidad en cualquier momento de la vida adulta para así incorporar nuevos elementos a estudios sobre acontecimientos vitales. Por ello, resultaría valioso, como ha ocurrido en estudios previos con otras poblaciones, examinar la satisfacción vital en una población poco estudiada: mujeres climatéricas.

En la satisfacción vital intervienen elementos externos como: salud, ingresos, nivel de educación, creencias religiosas, estado civil, entre otros; así como por factores personales internos: temperamento, cogniciones, metas, esfuerzos por moderar las influencias de las circunstancias vitales en la adaptación del individuo¹⁷, dicho de otra manera, causas estables: la personalidad del individuo, la educación recibida, la situación económica y circunstancias ambientales: el estado de ánimo, el contexto en el que se formula la pregunta, el orden de las preguntas, situaciones vitales episódicas etc.

Sin embargo, en los estudios consultados la fiabilidad test-retest de medidas de satisfacción vital demuestran que estas escalas están muy poco determinadas por fluctuaciones aleatorias o por factores transitorios u ocasionales.

Por un lado, Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita⁷⁰ pusieron de manifiesto la importancia de la salud y la ausencia de factores como la depresión y la ansiedad en la respuesta positiva de las personas ante la valoración de lo satisfechos que están con sus vidas. Por otro lado, Diener et al.¹³ consideraron que cuando en las personas ocurre un fenómeno en el que se asocia una mejor autopercepción de salud, se refleja en el cumplimiento de los objetivos marcados y el alcance de las expectativas de vida, uno de los aspectos más relevantes en el estudio de la satisfacción vital. A su vez, Videra y Reigal⁶⁷ añaden que la satisfacción vital está influenciada por el estado de nuestra salud, la propia imagen corporal, la red social, etc. de forma que, la evaluación de este concepto será el resultado de la percepción del contexto que nos rodea, condicionado por la interpretación que se haga de las situaciones vividas y personales¹⁷.

Estos investigadores estudiaron más de mil seiscientos adolescentes de catorce a dieciséis años con el fin de averiguar si el autoconcepto físico y la percepción de salud influían sobre la satisfacción vital. Los resultados indicaron que los jóvenes masculinos tenían mejor autoconcepto físico que las mujeres. Este trabajo cobra importancia para el tema que estamos estudiando, puesto que la adolescencia también es un periodo crítico para el desarrollo de los individuos y que corrobora las teorías que marcan los factores internos como determinantes claves para una evaluación positiva del bienestar.

Las mujeres de mediana de edad están expuestas a cambios profundos que muestran cierto paralelismo con las manifestaciones seniles. Ambos procesos, climaterio y envejecimiento no se pueden delimitar con claridad, ya que al igual que el climaterio es una situación fisiológica y no una enfermedad también el envejecimiento lo es, además no está demostrado que se asocie a una disminución de bienestar.

Sobre el asunto, la realización personal de hombres y mujeres no depende de su status hormonal o reproductivo sino de las condiciones socioculturales que les rodean. Desde diversos orígenes se construye una actitud mayoritariamente negativa hacia las mujeres mayores con dichos como *“dos de veinticinco valen más que una de cincuenta...”*, pero en otras sociedades más avanzadas, las mujeres piensan que el climaterio es una etapa de crisis vital con oportunidades para la autorrealización y cambios positivos en los estilos de vida con vistas a una mayor autonomía³¹.

Para entender mejor esta actitud podría resultar útil conocer la pirámide descrita por Abraham Maslow⁷¹ en 1943 (figura 6), en la que se detalla el orden en el que se deben satisfacer las necesidades para ascender al escalón superior. Esta teoría psicológica sobre la motivación humana es una adaptación de los resultados encontrados en sus experimentos con animales. Maslow⁷¹ descubrió que ciertas necesidades prevalecen sobre otras. Por ejemplo, si estamos hambrientos o sedientos, nuestra tendencia irá encaminada a calmar la sed antes que comer, ya que podemos estar sin comer unos cuantos días, pero nuestro organismo resistirá sin agua menos tiempo. Por tanto, la sed es una necesidad “más fuerte” que el hambre.

De la misma manera, cuando las necesidades de descanso, alimentación y respiración están satisfechas, podemos alcanzar las de los peldaños siguientes. Así, si una mujer no se alimenta correctamente o su vestimenta no es apropiada, no duerme adecuadamente o no acepta el sexo consigo misma, no se sentirá segura física ni psicológicamente, por lo que necesitará resolver estos déficits antes de escalar al peldaño superior donde se encuentra la intimidad sexual. Es más, ascendiendo en la graduación, encontraríamos a una mujer que respira, se alimenta correctamente, se siente segura con su entorno, se relaciona adecuadamente con los demás, ama y mantiene relaciones sexuales, se respeta a sí misma y vive la menopausia como un éxito.

Figura 6. Pirámide de Maslow



Fuente: Maslow, 1954.

En resumen, como ya hemos comentado de mano de muchos autores a lo largo del marco teórico, la transición menopáusica no sólo está vinculada a ajustes hormonales sino también a factores sociales, culturales y emocionales que no se tienen en cuenta en los instrumentos de calidad de vida relacionados con la menopausia convencionales, como es la satisfacción vital.

Por ello, como Couto y Nápoles⁷ indican que *“es obvio que aquellas mujeres que tienen una personalidad equilibrada, una autoestima adecuada, evidente satisfacción con su vida sexual, familiar y personal, experimentan un climaterio menos sintomático y asumen los cambios positivamente”*, nos planteamos como objetivo del presente estudio evaluar estas cuestiones en mujeres de mediana edad murcianas con el fin de evaluar su bienestar desde otra perspectiva.

7.3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: PATRONES FUNCIONALES

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la recopilación de datos con cualquier modelo disciplinar enfermero⁷⁴. Define once patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

A continuación se detalla cada patrón:

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.

Incluye:

Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos.

Prescripciones médicas y de enfermería

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Incluye:

Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).

Medidas antropométricas. Aspectos psicológicos de la alimentación.

Patrón de alimentación del lactante.

Lesiones cutáneas. Estado de la piel, membranas mucosas y dientes.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Incluye:

Patrón de eliminación intestinal.

Patrón de eliminación vesical.

Patrón de eliminación a través de la piel.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO

Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Incluye:

Actividades de la vida diaria.

Cantidad y tipo de ejercicio y deporte.

Actividades recreativas.

Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Incluye:

Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo.

Ayudas para el sueño y el descanso.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Incluye:

Situación de los sentidos sensoriales.

Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Incluye:

Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía.

Imagen corporal y patrón emocional.

Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular.

Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Incluye:

Percepción de las responsabilidades de su rol.

Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Incluye:

Satisfacción con la sexualidad.

Trastornos de la sexualidad.

Problemas en etapa reproductiva de la mujer.

Problemas en la menopausia.

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Incluye:

Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad.

Manejo del estrés.

Sistemas de soporte y ayuda.

Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS

Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

Incluye:

Cosas percibidas como importantes en la vida.

La percepción de la calidad de vida.

Conflicto con los valores o creencias importantes.

Las expectativas relacionadas con la salud.

Los Patrones Funcionales de Marjory Gordon constituyen una herramienta de valoración que contempla conductas genéricas para todos los individuos. A su vez, este proceso tiene gran importancia para conocer la respuesta de la población ante procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por los profesionales sanitarios. Pero, esta recopilación de datos debe ajustarse a un proceso planificado y sistematizado tanto de recogida como de interpretación, que posteriormente permita tomar decisiones en aspectos como la determinación de aquella información relevante, la existencia del mayor grado de evidencia en las distintas herramientas utilizadas para las valoraciones (escalas, tests, cuestionarios, etc.) y el enfoque hacia la respuesta humana integral y global ante un problema de salud⁷⁵.

Además, este tipo de valoración aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la recogida de datos, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad, facilitando claramente la siguiente fase de diagnóstico

enfermero. El hecho de establecer un sistema unificado de valoración y un lenguaje enfermero estandarizado es fundamental para avanzar en un proceso asistencial de calidad⁷⁵.

Por esta serie de razones, hemos tomado como referencia este esquema en la elaboración de nuestro cuestionario, ya que nos ha permitido sistematizar la recopilación de información sin obviar cualquier situación principal en la vida de las participantes.

7.4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESTINADA A MUJERES EN EDAD MENOPÁUSICA

La vivencia del climaterio no sólo depende del fallo ovárico sino que otros factores como la personalidad de la mujer, su entorno geográfico y social, su cultura, creencias, valores, principios, circunstancias personales y familiares, influyen, positiva o negativamente, en la adaptación a esta etapa de la vida y pueden modificar su representación, alcanzando un significado tan sustancial que en algunas ocasiones puede interferir en la habilidad para disfrutar de un estado de salud adecuado y provocar consecuencias negativas en la propia persona.

Al hilo de lo expuesto, un indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas (respiración, alimentación, descanso, sexo y homeostasis) es el estado de salud, cuya representación en las mujeres la Región de Murcia en 2014 se expone en la tabla 7.

Tabla 7. Valoración del estado de salud percibido en mujeres de la Región de Murcia en 2014.

Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad.

Unidades: porcentaje

	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
MUJERES						
De 45 a 54 años	100,00	16,28	52,95	23,23	5,64	1,90
De 55 a 64 años	100,00	13,13	44,67	28,77	11,11	2,32

Fuente: INE, 2016.

Tras la valoración de las cifras expuestas, podemos referir que aproximadamente la mitad de las habitantes murcianas consideran tener buena salud y del resto, tan sólo el 8,9 % considera su estado de salud muy bueno. Por el contrario, casi el 40% de las mujeres de esta población considera que su estado de salud podría mejorar.

Esta declaración, unida a los resultados obtenidos tras el análisis de condiciones tales como, que las mujeres mueren de enfermedades del sistema cardiovascular en su mayoría, un grado de obesidad preocupante, junto a hábitos nocivos tales como el tabaquismo, nos conduce a pensar que las mujeres murcianas menopáusicas necesitan mejorar su estilo de vida y fomentar hábitos que disminuyan los factores de riesgo con el fin de acrecentar su salud.

Desde un punto de vista práctico, resulta poco adecuado preguntar una por una a todas las personas que forman parte de la comunidad con el fin de hallar unos datos estadísticos que aporten la información necesaria para establecer el estado de salud de la población de un lugar determinado en un tiempo establecido y cómo mejorarla si corresponde. Por ello, al margen de los organismos públicos creados para el cuidado de la salud de los individuos y para preservar al máximo una calidad de vida adecuada, las mujeres deben tomar un papel protagonista en el cuidado de su salud y ser partícipes de la mejora de ese estado de completo bienestar al que se refiere la OMS¹⁵. Para ello, es preciso que estas mujeres cuenten con la preparación adecuada, para así prevenir la aparición de contrariedades que puedan producir mermas en su vida cotidiana y adoptar costumbres saludables.

El sentido de la salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. En los primeros años de la historia se mantuvo el pensamiento elemental (mágico-religioso) centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino. Así, leído en otros textos, fueron las civilizaciones egipcias y mesopotámicas las que iniciaron el primer cambio conceptual, pasando esta connotación fantástica a un desarrollo de la higiene personal y pública.

El logro de un nivel de salud insuperable, según Perea, Escortell, Hernando, Limón, López-Barajas, Ortega y Pérez⁷⁶, supone cumplir los primordiales objetivos: paz, alimentos y agua suficiente, educación sanitaria y justicia social pertinentes, viviendas dignas, organización de estructuras sanitarias, planificación y programas

de investigación comunitarios, considerando que sin educación sanitaria no es posible alcanzar ese estado de salud magno.

En este sentido, antes de ahondar más en el tema, vamos a conocer qué entendemos por Educación para la salud y qué nos aporta esta disciplina en el tema que estamos tratando.

Las exigencias de los individuos y de la comunidad a la que pertenecen difieren de una sociedad a otra y cambia con el paso del tiempo, lo que explica que nuevos espacios educativos estén en continua evolución. Esta disciplina tiene como objeto de atención a todos los miembros de la sociedad, puesto que la salud es un derecho de la persona promulgado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos por la Constitución española⁷⁷ (Artículo 45:2).

La definición etimológica del término educación tanto si consideramos el vocablo educere (extraer, sacas a la luz, en el sentido socrático, desde adentro hacia afuera), como si se analiza la voz educare (*“criar”, “nutrir” o “alimentar”*) están significando ambas que es propio de la raíz duco, es decir, *“tirar, sacar, traer, llevar, hacer salir, guiar, conducir”*. En este sentido, nos encontramos con una doble vertiente: cuidado, conducción desde fuera, y autoconducción, conducción desde dentro. De ahí surgen dos orientaciones: la heteroeducación y la autoeducación, pero de la unión entre ambas nace la completa educación, es la unión *“simbiótica entre educare y educere”*⁷⁶.

En esta misma línea, parece que, además de la percepción de que una persona puede aprender de otras personas y también de sí misma, en otras publicaciones literarias consultadas encontramos que la clave de la educación es la razón: *“sólo las mujeres y los hombres pueden ser agentes de educación”*. *“El entorno cósmico, climático y físico influye en las personas, hasta el punto que son necesarios para su desarrollo, pero la influencia que implica la educación es la que procede de otros seres humanos”*⁷⁶.

Años más tarde, aparece la unión de educación y salud, dando lugar a una disciplina que se fundó particularmente en 1921, con el primer programa de Educación para la Salud que impartió el Instituto de Massachussetts, aunque ya se había nombrado anteriormente en una conferencia de salud infantil en 1919. Desde entonces, hasta la década de los 70 no se había creado ningún documento que regulara las funciones de los educadores para la salud pública. Así, tanto los

programas de Educación para la Salud como la población diana a la que van dirigidos, como los profesionales destinados para ello, han ido en aumento, ya que en nuestro medio podemos decir que este conjunto contribuye a la reducción de problemas de salud y, por consiguiente, aumenta el estado de salud de la población.

Llegados a este punto, vamos a tratar de enlazar salud, educación y climaterio, de forma que al concepto de salud de la OMS¹⁵, que valora el individuo como un ser bio-psico-social, le añadimos la educación como mezcla de la hetero-autoeducación, junto con los datos aportados sobre el estado de salud de las mujeres murcianas de los que se descubren déficits, más todos los procesos que aparecen durante la transición climatérica y los factores que influyen en las mujeres para adaptarse a esta sucesión de cambios.

Por todo ello, es irremediablemente necesario establecer un plan con el que logremos ofrecer una atención integral sustancial que permita superar los problemas de salud que acompañan a las mujeres climatéricas.

En este sentido, las mujeres que han alcanzado la edad climatérica precisan de atención profesional que les muestre los recursos y las acciones dirigidas al mantenimiento de su salud, por lo que, esta población debería disponer de una asistencia programada basada en la promoción de hábitos de vida saludables y en la prevención de problemas de salud.

Así, en nuestro entorno social una mujer bien informada es considerada como una mujer más cualificada para ocuparse de su autocuidado y por tanto, mejorar al tiempo el grado de salud de los que la rodean, es decir, una mujer que comprende por qué sufre unos cambios determinados y a qué se deben, estará más dispuesta para establecer medidas de afrontamiento adecuadas para esquivar o limitar los daños que dichos cambios puedan incidir sobre su persona. Tanto es así, que si una mujer sabe cuidar de sí misma, también podrá aconsejar a los demás en base a unos conocimientos adquiridos desde un personal especializado como es la matrona.

7.5. GÉNERO Y CLIMATERIO

Las definiciones de salud expuestas suponen una visión holística que reconoce que las mujeres a lo largo de su vida van a tener ciertas etapas especiales, determinadas por su sexo y género, que les conducirán a distintas necesidades e interacciones con los sistemas de salud. Eso sí, sin olvidar que estos periodos también estarán influenciados por factores socioculturales, educacionales, económicos, etc.

Algunas vertientes intentan explicar las diferencias entre hombre y mujer basándose en teorías biomédicas tomando como ápice la estructura cerebral, mientras que otras, apoyándose en el comportamiento sexual y social de los animales, aportan argumentos como que hombres y mujeres no destacan en las mismas habilidades.

En base a esta información, Botella y Fernández⁷⁷ se remontan a la prehistoria y determinan que los hombres destacan en la consecución de razonamientos matemáticos y la precisión de alcanzar el blanco, prácticas que los hombres necesitaron desarrollar para la caza de animales, mientras que las mujeres que estaban dedicadas a la recolección de alimentos y al cuidado de la familia, desarrollaron la capacidad de realizar trabajos que requieren habilidad motriz fina.

Pero también creen que estas diferencias pueden tener relación con las hormonas. A grandes rasgos explican que a lo largo de un periodo menstrual normal, las mujeres desarrollan de manera satisfactoria las tareas “femeninas” cuando su nivel de estrógenos en sangre es alto, mientras que en la fase no estrogénica o postovulatoria, ejecutan con mayor soltura las labores “masculinas”. Esta idea vislumbra la clarísima influencia que tienen las hormonas en las diferencias entre géneros.

En otros escritos más actuales, Valls-Llobet⁵⁸ expone la teoría de que el cerebro femenino posee muchas aptitudes únicas como la agilidad mental, la fidelidad en la amistad, la interpretación de gestos y tonos de voz, etc. además que nuevas técnicas experimentales han registrado zonas cerebrales activas en el desarrollo de determinadas funciones, como ya adivinaban Botella y Fernández⁷⁷ hace casi dos décadas.

Esta autora, además de recoger en su estudio los talentos por los que las mujeres destacan, hace un breve repaso por los órganos de los sentidos, citando las peculiaridades muy interesantes que destacan en el sexo femenino:

Vista: las mujeres ven mejor en la oscuridad y distinguen mejor el color rojo que los hombres, tienen más memoria visual y mayor visión periférica.

Oído: las mujeres presentan mayor sensibilidad auditiva.

Olfato: el sistema olfativo se adapta mucho más rápido a los malos olores que a los placenteros.

Gusto: las mujeres son más sensibles al gusto amargo y tienen mayor percepción gustativa.

Ahora bien, Valls- Llobet⁵⁸ deja claro que las hormonas evidentemente diferencian al sexo masculino del femenino pero señala que son “*condicionantes de la salud*”, no “*determinantes*”, quiere decir que ser de un sexo u otro al igual que tener una carga genética específica y unas hormonas diferentes pueden tener una carga para desarrollar una enfermedad lo que no significa estar enfermos.

A las reflexiones anteriores añade que las crisis vitales en la vida de las mujeres: pubertad, adolescencia, embarazo, parto, puerperio, crianza de los hijos, climaterio, nido vacío, y circunstancias críticas como un divorcio, un aborto, muertes de personas próximas, viudedad, enfermedad crónica, emigración y malos tratos, afectan a la autopercepción personal y global de la vida, de manera que se pueden asumir como situaciones de superación o generadoras de descompensaciones.

Resulta asimismo interesante la investigación llevada a cabo por Aguiló⁸ en la que indaga por qué las mujeres son el grupo que más frecuenta las consultas de Atención Primaria, ya sea como acompañantes o como pacientes, aquejadas de malestares inespecíficos, demandando atención, irritadas excesivamente por síntomas irrelevantes y demandantes de pruebas y exploraciones.

A esta asiduidad con la que las mujeres acuden a los centros de salud la denomina “*hiperfrecuencia*” y especifica que en un número importante de casos, concretamente de las mujeres en edades comprendidas entre los cuarenta y cinco y los sesenta y cinco años, refieren malestar psíquico, ansiedad, depresión, insomnio, etc., lo que podríamos resumir en una mala aceptación del proceso de envejecer.

Por otro lado, la mujer se convierte en el centro de la dinámica y administración económica del hogar, adquiriendo el rol de cuidadora de la familia, situación que supone un trabajo que además de no estar valorado no les deja tiempo para cuidar de sí mismas, por lo que se muestran insatisfechas y por ello solicitando atención.

Esta situación despierta en los profesionales un sentimiento de incomodidad de manera que convertimos a estas mujeres en "*pacientes problema*"⁸.

Vinculado al concepto anterior, Couto y Nápoles⁷ apoyan la opinión de Aguiló⁸ y añaden que la mujer sintomática, sin diagnóstico y sin atención, se convierte en parte de una población demandante lo que crea la necesidad de que los profesionales se informen y actualicen con recomendaciones basadas en la evidencia científica, para poder atender a estas demandas con calidad.

También, Gutiérrez Gómez²³ coincide con lo anteriormente expuesto: los profesionales de la salud son los responsables de la educación en el climaterio, pero además añade a la familia como colaboradora en esta tarea.

En las sociedades industrializadas existe una tendencia a conceptualizar la menopausia como un episodio de enfermedad más que como un proceso de tipo natural, cuando en realidad, es simplemente un cambio inevitable que supone un punto significativo en la vida de la mujer.

En este sentido, la menopausia se indica como una categoría más en la C.I.E.⁷⁸ definiéndose como "*una enfermedad en la que se produce una deficiencia de estrógenos, unida a una disfunción ovárica, que produce una variedad de trastornos tanto psíquicos como somáticos*". En estas sociedades el climaterio se concibe en clave negativa por la superioridad de la belleza y la juventud.

Por otro lado, el aumento de la esperanza de vida ha dado lugar a la integración en la familia de varias generaciones, con lo que las mujeres de mediana edad habitualmente son hijas, madres y abuelas en el mismo hogar o, por otro lado, el abandono de los hijos del hogar provocando el síndrome del nido vacío. Esta situación puede provocar una inestabilidad en sus vidas convirtiendo esta época biológica en un curso conflictivo, generador de malestares físicos, psíquicos, desvalorización social y riesgos para la salud. Es por ésto que, algunos autores señalan que el síndrome climatérico se advierte con mayor frecuencia en mujeres

con hijos que en las que no los tienen y las que tienen un trabajo fuera del hogar lo perciben en menor escala²⁹.

El papel de las mujeres ha ido adquiriendo mayor importancia en la sociedad produciéndose una liberación del sexo femenino, dando paso a una mujer más interesada en su salud física y psicológica, que demanda más información acerca de este periodo de la vida²³, por ello se preguntan (y preguntan a los profesionales) si la menopausia será la responsable de una mayor vulnerabilidad ante los problemas psicológicos mediante frases como "*es que ya tengo cuarenta y siete años*" o "*estoy en una edad tan mala...*"

Cabe considerar que esta transición es sentida como el inicio del envejecimiento y las mujeres, probablemente, no lo tenían tan presente hasta este momento, de manera que este sentimiento provocado por un fenómeno por el que todas las mujeres han de pasar, desafortunadamente ha sido el centro de mitos y falsedades.

Gutiérrez Gómez²³ expone que este acontecimiento viene acompañado de una serie de manifestaciones como la preocupación por el atractivo físico, los problemas de sueño, el cuidado de la familia, la emancipación de los hijos, los problemas sexuales, entre otros, que en consecuencia, en algunas mujeres pueden provocar estados depresivos o de ansiedad, que al relacionarse con los problemas físicos como los trastornos cardiovasculares, la osteoporosis, la sequedad vaginal o los sofocos, cargan negativamente de la experiencia de la menopausia.

Por este motivo, para prevenir o tratar patologías, mejorar la salud y calidad de vida en esta etapa, el tema ha de detectarse desde una visión integral.

También, Gómez, Mateos, Lorenzo, Simón, García Núñez y Cutanda⁷⁹ investigan acerca de las mujeres en la edad mediana, su relación negativa con el envejecimiento, su imagen social y los roles socioculturales que apuntan esta etapa como la "*edad crítica*". Así mismo, insisten en el rechazo de la actual tendencia biomédica de protocolizar etapas vitales con fines operativos e instrumentales y reconocen la vulnerabilidad a la que se someten las mujeres por los cambios físicos, emocionales y socioculturales, generándose la necesidad de una evaluación retrospectiva crítica y profunda de la experiencia de la vida.

En resumen, por un lado, en el climaterio se hacen evidentes los síntomas vasomotores y vaginales, el sueño y las cefaleas en pro de los primeros, la dispareunia y en medida más dudosa la urgencia urinaria debido a los cambios locales. Sin embargo, las alteraciones emocionales están más relacionadas con factores intrínsecos propios de la personalidad de la mujer y extrínsecos, como el entorno, la familia, la ocupación y el autoconcepto.

Por otro lado, las mujeres acuden a las consultas generalmente con síntomas que podríamos calificar como físicos con la finalidad de recibir un diagnóstico concreto y un tratamiento medicalizado que elimine el motivo que perturba su salud y raras son las ocasiones en las que nos encontramos ante una demanda de asesoramiento en relación con síntomas o procesos climatéricos. En un estudio⁸⁰ con más de trescientas mujeres de cuarenta a cincuenta y nueve años, el 81.8 % no solicitó ayuda médica, en su mayoría por desconocimiento de esta etapa de la vida y por la no existencia de consultas multidisciplinarias en APS destinadas a la atención de este grupo de población.

En otra investigación⁷⁷ las mujeres frecuentaban los servicios de salud para revisiones médicas periódicas y ante la aparición en incidencia e intensidad de síntomas, pero no para consultar dudas o preocupaciones a su médico de familia, especialista y para nada al enfermero, sino que se apoyaban en familiares y amigas.

De la misma forma, Arnedillo, Pozo, y Zarazaga⁸ encontraron que la mitad de las mujeres encuestadas se sentían informadas solo a medias sobre los distintos aspectos de la menopausia y el 26 % mal informadas, el canal de información más utilizado fueron una vez más los familiares y amigos (78 %) junto con los medios de comunicación (56 %) y el 76 % de las mujeres reivindicaba más campañas de información sobre prevención, síntomas y problemas psicológicos sobre el climaterio, coincidiendo el 98 % de las participantes en la importancia de que esta información les llegue antes que la menopausia, ya que sólo el 15 % había recibido información de profesionales sanitarios (45 % médicos y 45 % matrona).

Igualmente, Bisognin, Alves, Wilhelm, Prates, Scarton y Resse⁸² identificaron que las mujeres disponen de poca información sobre el climaterio y que el conocimiento construido se da, principalmente, a través del intercambio de experiencias con otras mujeres que lo han experimentado.

Cabe destacar la aportación de García Paniagua⁸³ con su ensayo prospectivo con ciento ochenta mujeres de entre cuarenta y cinco a cincuenta y nueve años, donde comprobó la efectividad de la intervención educativa, de manera que el grupo de intervención, tras la misma, mostró cambios estadísticamente significativos para todos los cuestionarios de calidad de vida y para todas las escalas (físicas, mentales y sociales), resultados que el grupo control no mostró.

Unos años antes, Stirtzinger, Robinson y Crawford⁸⁴ demostraron la eficiencia de un taller educacional en el que cuarenta mujeres que inicialmente estaban afectadas por las manifestaciones más habituales (38.5 % referían sequedad vaginal, más del 50 % sentían cansancio, desorientación, tensión y ganancia de peso, junto al 51.70 % que perdió el apetito sexual). Después del taller se sintieron menos deprimidas, menos ansiosas y más esperanzadas en sí mismas, menos molestas por la sintomatología, menos preocupadas por la sexualidad y mejoraron sus relaciones familiares. Todas creían entender mejor el funcionamiento de su cuerpo, tanto que el 96 % confiaba más en una buena salud postmenopáusica. Además, el 23 % consultaron con profesionales, lo que les llevó a cambiar a una actitud más positiva ante la situación.

En el estudio longitudinal llevado a cabo por Santisteban⁴ se entrevistaron más de quinientas mujeres de la misma edad que los anteriores, de las cuales la mayoría tenían nivel medio y superior de estudios, más de la mitad estaban laboralmente activas y el 69 % estaban casadas. Después de un “tratamiento de sostén inicial” (TSI: serie de talleres informativos acerca de la menopausia), las participantes mejoraron su autoestima, sus conocimientos sobre del climaterio y aprendieron maniobras para resolver problemas cotidianos familiares. De modo que este tratamiento se descubrió como alternativa terapéutica por sus resultados favorables.

Por otra parte, la ayuda de la familia comentada anteriormente con Gutiérrez Gómez²³, logró un cambio evidente en la actitud y en la presencia física, además que el ejercicio y la dieta permitieron bajar de peso a todas las mujeres menos diez, quienes permanecieron obesas al cabo de los seis años de seguimiento.

Con estos planteamientos se pretende evidenciar un estado de insuficiencia, situación en la que las mujeres se sienten desatendidas, pero sin olvidar cuál es la oferta, pues sólo el análisis de ambas nos guiará hacia una mejora en la atención,

en la utilización de recursos, en la satisfacción de los profesionales con su trabajo, con las usuarias, con el sistema y así producir algún cambio.

El examen de estas circunstancias nos condujo a iniciar una intervención específica, con el fin de analizar la escala SWLS¹⁰ en una muestra representativa lo que, hasta donde conocemos, no se ha efectuado en nuestro medio ni a nuestra población diana, aunque si ha habido adaptaciones anteriores al castellano de esta escala y se han realizado estudios con muestras sociodemográficamente limitadas, como participantes adolescentes o universitarios⁷⁰ o bien a muestras en colectivos específicos, como por ejemplo, mujeres embarazadas y puérperas o población adulta en general^{10,14,85,86}.

Lo cierto es, que las mujeres deben cuidarse en la madurez de forma adecuada, autónoma y sin medicalización excesiva. El PIAM⁸⁶ indica que *“la conducta ante el climaterio debe ir encaminada a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables (abstención de fumar, moderación en el consumo de alcohol, alimentación equilibrada y rica en calcio, ejercicio físico diario, etc.) y a la prevención de problemas ligados a esta etapa”*. Para lograrlo, es imprescindible que las mujeres incorporen a sus vidas elementos de reflexión sobre aspectos psicosociales de la cotidianidad, además, deben contar, como ya se ha comentado, con información sobre el climaterio y sus autocuidados, ya que, sólo con información exclusivamente biomédica no atenderían la mayor parte de la problemática descrita e incluso reforzarían la vivencia de la menopausia como una cuasi-patología.

En relación a la problemática expuesta, las actitudes hacia el climaterio reflejan las ideas generales sobre la mujer y el envejecimiento. Es más, las mujeres más jóvenes tienen un pensamiento más negativo que las mujeres de mayor edad^{9,81}.

Esta misma opinión es considerada por Botello⁵, en cuya tesis define el *“edadismo”* como el *“prejuicio cultural que incluye todas las conductas, comportamientos, sentimientos y actitudes de rechazo o desagrado que mostramos hacia las mujeres y los hombres que no son jóvenes”*.

La afirmación anterior también la recogen Prior y Pina⁵⁶, en cuyas entrevistas persisten los estereotipos, insinuando que la menopausia es un hecho asociado a la pérdida de la juventud y la sexualidad.

También, es importante destacar que este prejuicio es más acentuado en mujeres que hombres de la misma edad, ya que mientras “*los hombres maduran, las mujeres envejecen*”, con lo que una vez más encontramos diferencias en la percepción de ideas intervenidas por el género⁵.

Sin embargo, Freixas⁹ desmitifica la idea de que en la edad mediana cualquier desequilibrio emocional y/o cualquier problema físico sean ocasionados por la menopausia, lo que induce a creencias como “*estamos de los nervios*” o “*de las hormonas*”, pareciendo la menopausia la causa de todos los males. Además, en la última parte de su libro se recogen y analizan las respuestas de las ciento treinta y cinco mujeres y se concluye, desde su visión positiva, que un número muy importante de mujeres saludables de nuestro entorno se enfrentan al climaterio con una visión menos dramática.

Botello⁵, compartiendo opinión con Freixas⁹, expone la perspectiva actual de salud en el climaterio dividida por diferentes vertientes contradictorias: por un lado las corrientes feministas que conciben este periodo de la vida de la mujer como un proceso natural y esperable, que supone pérdidas y ganancias, enfrentado a los planteamientos biomédicos que reducen la menopausia a un déficit hormonal que debe ser tratado para evitar el deterioro que conlleva, lo que desemboca en la medicalización de este proceso.

7.5.1. MODELO FEMINISTA

El pensamiento feminista entiende el climaterio como un hecho natural cuya vivencia está muy relacionada con cultura, cuerpo y envejecimiento, determinada por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, fruto de un proceso evolutivo dibujado por factores históricos, ambientales y la propia experiencia de cada mujer.

Para romper con los estereotipos que limitan la vida y la libertad de las mujeres mayores, indica Freixas⁹, debemos centrarnos en la investigación que escucha a las implicadas y tratar de conocer los aspectos positivos y negativos, su opinión acerca de la influencia de la menopausia en el deseo y la sexualidad para acabar con las falsas ideas y prejuicios sobre esta etapa. Por supuesto, su punto de vista reivindica la necesidad de tomar posturas alternativas a la medicalización de la menopausia: menos tratamiento hormonal y más cambios en el estilo de vida, sin

olvidar que el climaterio, en algunas mujeres, es un momento de gran sufrimiento psicológico que puede afectar a su actividad sexual.

Las teorías feministas indican que el climaterio, a la par que la menstruación, ha estado oculto y en silencio durante muchos años como si de un pecado o un secreto se tratase, que, en consecuencia, se han creado falsos mitos alrededor de este tema tabú. Tanto es así, que cuando una mujer de mediana edad manifiesta dolencias de cualquier tipo, es muy probable que el profesional de salud lo atribuya sin más al climaterio y le ofrezca la THS². Este fenómeno es lo que conocemos como medicalización, es decir, tratar como un problema médico a cualquier episodio normal de la vida de una persona.

“Cuando hablamos de medicalización hablamos de consumismo, de excesos; cada vez se consumen más fármacos, con o sin receta, en nombre de la prevención o la calidad de vida en los países donde se pueden pagar”. Así, plantea Valls-Llobet⁵⁸ el problema de la medicalización y señala a la industria farmacéutica como responsable de esta modalidad de abordaje.

“...de no tener fármacos, hemos pasado a un exceso de administración (naturalmente en los países desarrollados...), a administrar fármacos para tratar problemas sociales o situaciones de estrés, y a convertir en enfermedades, procesos fisiológicos, como la menopausia y el parto. Fenómenos que son procesos de la vida se convierten en enfermedad...”.

A su vez, agrega que la medicalización en exceso afecta más a las mujeres porque su cuerpo ha sido bombardeado con todo tipo de mensajes contradictorios, están más influenciadas por *“la cultura de la pastilla”* y porque en realidad, cuidan más de la salud de la familia que de la suya propia.

“Los hombres son seres y las mujeres cosas. Siempre imperfectas, siempre sometidas a la mirada del otro. Tienen tan interiorizada la imperfección que si se les preguntara a las mujeres si les gusta su cuerpo, la mayoría dirían que no. No se escucha la vitalidad de su cuerpo sino la apariencia y la imagen”⁵⁹.

Cabe considerar, a este propósito, que la IARC de la OMS clasificó la anticoncepción hormonal y la THS en el climaterio como carcinógeno en seres humanos. De modo que el riesgo de cáncer de mama diagnosticado aumenta en mujeres que usan la THS y se incrementa con la duración de su uso (diez años de tratamiento produce cinco cánceres más por cada mil usuarias del tratamiento)^{2,58}.

Por lo tanto, es evidente que tales cuidados no deberían ser estandarizados para todas las mujeres, ya que en vista de las evidencias, el climaterio es percibido de múltiples formas en diferentes culturas y, en este sentido, las enfermeras jugamos un papel trascendental a la hora de proporcionar información, soporte y cuidados a la mujer, además de ser una pieza clave en el programa de educación para la salud y prevención de enfermedades.

Esta diversidad no está influenciada únicamente por factores fisiológicos tales como la disminución estrogénica como el enfoque biomédico postula, sino que existen un importante número de factores que pueden influir no sólo en la experiencia del climaterio sino también en las actitudes y en la apreciación de dicho periodo de transición de la mujer, los cuales parecen tener estrecha relación con aspectos culturales, por lo que, a la hora de diseñar las intervenciones de enfermería y los planes de cuidados deberían estar presentes.

7.5.2. MODELO BIOMÉDICO

El auge del estudio de esta etapa es debido, indudablemente, al aumento de la esperanza de vida (ochenta años) en la mujer y el incremento consecuente de la población mayor de sesenta años, 250 % más en los últimos años.

Actualmente, no se acepta la existencia de un síndrome específico de la menopausia aunque sí que existen quejas y síntomas de diferente naturaleza relacionadas con la misma.

El modelo biomédico concibe los cambios hormonales que se producen en el climaterio como una carencia que debe remediarse, como la causa única que justifica cualquier queja, problema o malestar y destaca por la instauración de la THS, sin tener en cuenta que la disminución de estrógenos y el cambio en el equilibrio hormonal nos ofrece exactamente el nivel hormonal que la OMS denomina suficiente para las necesidades de nuestro cuerpo en años postreproductivos⁵.

Couto y Nápoles⁷, basados en estudios antropológicos, señalaron que el ser humano depende en todos los momentos de tres procesos de organización complementarios, los cuales se conjugan de tal manera que permiten considerar a la persona como un sistema:

1. Un proceso biológico que envuelve la organización jerárquica de los sistemas vivos, orgánicos y de desarrollo fisiológico: SOMA.
2. Un proceso psíquico que envuelve las experiencias individuales: PSIQUE.
3. Un proceso ético-social que engloba la organización cultural, ética y espiritual de las personas y la sociedad: ETHOS.

De esta manera, se intuye que la tendencia actual va encaminada al abordaje del climaterio desde una posición holista, teniendo en cuenta la mujer en todas sus dimensiones: física, psíquica y social, aunque persiste la idea de considerar esta etapa como una situación demandante de servicios médicos y, en consecuencia, toda mujer que vive su perimenopausia tiene que buscar ayuda médica y recibir tratamiento.

Esta vertiente generaliza la experiencia del climaterio para todas las mujeres por igual, nada más lejos de la realidad. Por esta razón, nuestro estudio considera las recomendaciones de Freixas⁹ aunque sin desviarnos hacia el feminismo extremo, para estudiar el climaterio desde un enfoque multidimensional. Además, en base a las ideas expuestas, lo importante no es lo que significa la menopausia en la sociedad sino la percepción de las propias mujeres sobre su salud ante esta circunstancia.

7.6. EL ASOCIACIONISMO EN LAS MUJERES DE LA REGIÓN DE MURCIA

El movimiento asociativo va unido a las transformaciones sociales y a una reivindicación sobre la mejora de las condiciones de vida de las mujeres.

En la Región de Murcia existen más de trescientas asociaciones y centros de la mujer que, pese a su diversidad de fines, funciones, objetivos y programas, tienen en común ofrecer la posibilidad de salir del ámbito privado, ejercitar sus habilidades sociales, desarrollar recursos y son las promotoras del desarrollo personal y social de las mujeres.

Una asociación es una entidad que surge de la unión de un grupo de personas con similares ideas o circunstancias y que persiguen un fin común. De esta manera, las asociaciones femeninas serían un grupo social compuesto por mujeres y sustentado por relaciones específicas entre ellas.

Las asociadas se consideran miembros activos y esenciales, se identifican con el grupo y comparten democráticamente los objetivos desarrollando actividades colectivas. Es común que una asociación de mujeres tenga a más del 50 % de sus asociadas implicadas activamente con las decisiones y las acciones del grupo.

La mayor parte de las propuestas presentadas por las asociaciones de mujeres se basan en actividades entre las que se incluyen: la realización de talleres, seminarios, jornadas, conferencias, formación en nuevas tecnologías para facilitar la diversificación profesional de las mujeres, en acciones para favorecer el acceso de las mujeres rurales al conjunto de servicios y recursos públicos y en actos que reivindicuen la aportación hecha por las mujeres a la cultura y a la ciencia. Por tanto, también favorecen la participación activa de la mujer en la vida económica, social y cultural¹⁸.

Otra característica de estas actividades es su continuidad, son estables y permanentes, combinan información y sensibilización, asesoramiento, formación, prestación de servicios, intervención directa en acciones sociales, recreativas, culturales, vecinales o comunitarias. Todas estas actividades se desarrollan con objetivos específicos, destacando como objetivo principal fomentar la participación de las mujeres y profundizar en la investigación de estudios de mujeres en diferentes áreas con el fin de definir con mayor precisión sus necesidades específicas.

Por otro lado, en estos grupos se promocionan actividades socioculturales con el fin de mejorar el nivel cultural de las asociadas y garantizar el acceso a la cultura de las mujeres de la zona. También se asesoran en diferentes ámbitos: psicológico y jurídico, orientación laboral, de formación o en materia de salud. Igualmente, en el campo de la formación, su actividad principal es la organización de diferentes cursos con el objetivo de capacitar a las mujeres en diferentes ámbitos.

Proporcionar información y asesoramiento sobre los derechos, recursos y servicios a los que pueden acceder, potenciar los recursos, habilidades y estrategias de afrontamiento fomentando la autonomía personal, promover la formación permanente, orientar y acompañar para la correcta utilización de los recursos sociales, analizar la situación específica de cada mujer y elaboración de un plan de trabajo personalizado en los casos en que se precise una intervención más profunda, organizar jornadas, talleres, seminarios, etc., en los que se recojan temas de interés para las mujeres, gestionar los recursos formativos para el conjunto de

la población femenina, proporcionar apoyo psicológico a la mujer en las diversas etapas vitales personales o familiares, contactar con aquellos profesionales e instituciones que se consideren implicados en la problemática que afecta a las mujeres, analizar la realidad a través de estudios, recogida de información, observación, son otros objetivos de las asociaciones femeninas de la Región de Murcia recogidos por la Consejería de Presidencia de la Región de Murcia e Instituto de la Mujer¹⁸.

La mayoría de las asociaciones están coordinadas a nivel territorial o temático por su pertenencia a asociaciones de segundo grado como son las Federaciones. Para subsistir o llevar a cabo muchas de las actividades, las asociaciones se vinculan estrechamente con las administraciones locales y regionales: Concejalías de la Mujer de los respectivos Ayuntamientos, el Instituto de la Mujer, etc.⁸⁷.

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos adecuado seleccionar la muestra de nuestro trabajo de tesis doctoral en las asociaciones femeninas de la Región, centrándonos en las pedanías del Sur, ya que cumplen características y aspectos similares que les concede una identidad específica que nos permitirá conocer, analizar, interpretar y evaluar nuestros objetivos.

*Marco
Metodológico*

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Una vez realizado el recorrido para contextualizar la investigación definida y en el que se ha delimitado el concepto de climaterio, sus manifestaciones físicas, psicológicas, alteraciones sexuales y hormonales, así como problemas de salud más frecuentes que acontecen en esta etapa, hábitos de vida, la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción vital asociados a ella, consideramos oportuno averiguar el nivel de satisfacción en sus vidas.

Comentaremos en este apartado los objetivos del estudio y la metodología utilizada para alcanzarlos y, de manera más específica, detallamos el diseño, el ámbito y los periodos de estudio, la selección de sujetos estudiados, el instrumento aplicado, finalizando con el análisis estadístico.

1.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores relacionados con el bienestar en las residentes de las pedanías del Sur de Murcia durante la etapa del climaterio.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar el nivel de satisfacción vital de las mujeres durante la PRE y POST menopausia.
- Describir los hábitos de vida durante la PRE y POST menopausia.
- Valorar la presencia de manifestaciones físico-psico-sociales en la PRE y POST menopausia.
- Conocer la influencia de las variables sociodemográficas, los hábitos de vida, las manifestaciones físico-psico-sociales y la PRE y POST menopausia en relación a la satisfacción vital.
- Evaluar esta etapa de la vida según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio de cohorte, transversal^{88,89}, realizando la recogida de datos en dos fases: la primera de ellas fue el estudio piloto, que se llevó a cabo en una semana, seguida de una segunda desarrollada durante cuatro meses.

2.2. TÉCNICA DE MUESTREO

El censo de población de estudio se estimó en 5000 mujeres y se aplicó la fórmula de muestreo aleatorio simple para calcular el tamaño muestral, obteniendo un resultado de 253 mujeres.

POBLACION	NC	P	E	N
Infinita	95%	50%	5	384
	95%	50%	6	267
Finita	95%	50%	5	357
N= 5000	95%	50%	6	253

2.3. PARTICIPANTES Y CONTEXTUALIZACIÓN GEOGRÁFICA Y POBLACIONAL

La muestra final de nuestra investigación estuvo integrada por 256 mujeres que cumplían los criterios de inclusión siguientes:

- edades comprendidas entre los 45 y los 65 años
- superado o no el periodo premenopáusico
- usuarias de asociaciones femeninas de las pedanías del Sur de la Región de Murcia.

La población de estudio estaba formada por mujeres que pertenecían en su mayoría a una cultura en la que el peso de la familia tradicional ha definido el rol femenino, ubicada en una sociedad semirural envejecida en la que predomina el nivel académico y socioeconómico medio-bajo. Esta situación está sometida a un proceso de cambio debido a la invasión de jóvenes en las zonas de nueva construcción, de modo que esta población es renovada y activa. La mayor parte se dedica al sector servicios, seguido de la industria, construcción y agricultura.

Todas las pedanías de la Cordillera Sur están formadas por núcleos que aún tienen rasgos de ruralidad a pesar de la cercanía de la capital. En ellas se puede diferenciar las poblaciones concentradas en la falda de la cara norte de la serranía lindando ya con la intensiva explotación agraria de regadío, la zona montañosa cubierta de bosque mediterráneo en las cumbres, apenas vegetación en la cara sur y terrenos ocupados por cultivos de secano, almendros y olivos principalmente en las zonas de puerto. En su extensión se mezclan calles y plazas urbanas con alquerías y caseríos huertanos entre naranjos, limoneros y otros árboles frutales que, aunque la expansión urbana está reduciendo los terrenos de cultivo, aún se pueden encontrar espacios agrícolas tradicionales casi intactos.

De todas las pedanías existentes de la zona se seleccionaron los siguientes centros femeninos:

- Centro de la mujer Santo Ángel (Santo Ángel) situado en C/ La Cruz, 1 CP 30.151. Fecha de legalización de la Asociación: 20/09/1993
- Centro de la mujer Rosalía de Castro (El Palmar) situado en C/ Mayor, 98 CP 30.120. Fecha de legalización de la Asociación: 09/04/1986
- Centro de la mujer Emilia Pardo Bazán (Barrio del Infante) situado en C/ Vicente Aleixandre, 18 CP 30.011. Fecha de legalización de la Asociación: 09/04/1986.

3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Para la recopilación de los datos se diseñó un cuestionario elaborado a partir de la revisión bibliográfica efectuada, con el fin de obtener un instrumento que nos fuese válido y fiable⁸⁸ para medir las dimensiones relacionadas con los objetivos.

En primer lugar se contemplaron determinadas variables sociodemográficas (tabla 8).

Tabla 8. Variables sociodemográficas

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Edad	
Estado civil	(soltera/ casada/ divorciada/ viuda)
Situación laboral	(Activa/en paro)
Nivel de estudios	(Básico/ Medio/ superior)
Hijos	(si/no)
Menopausia	(si/no) Edad inicio

Las preguntas relativas a los hábitos de vida y las manifestaciones (tablas 9 y 10) fueron extraídas y modificadas a partir de la escala Cervantes⁶⁶, validada y ampliamente utilizada en estudios sobre calidad de vida en el climaterio, escogiendo algunas de cada sección, basándonos en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon^{74,90}, con la finalidad de reorganizar una herramienta de valoración para obtener respuestas de conductas en este proceso vital y reconocer problemas de salud reales o potenciales en los que los profesionales de enfermería puedan intervenir. Por otra parte, se pretendía hacerlo más factible a la población del estudio y no extendernos demasiado, dado que queríamos completar el cuestionario con la medición del bienestar subjetivo.

Las escalas de actitudes se englobarían dentro de la categoría de preguntas cerradas, son fáciles de codificar y preparar para su análisis. Asimismo, estas preguntas requieren de un menor esfuerzo por parte de las usuarias ya que tienen simplemente que seleccionar la alternativa que describa mejor su respuesta y se precisa menos tiempo para completarlo, lo que justifica nuestra preferencia por este método.

Tabla 9. Hábitos de vida

HÁBITOS DE VIDA			
	Con frecuencia	A veces	Nunca
Tomo tratamiento hormonal u otro	A diario	>1 vez x mes	
Dedico tiempo para mi durante la semana	A diario	>1 vez x mes	
Me aplico tratamientos de belleza	A diario	>1 vez x mes	
Consigo dormir las horas necesarias	A diario	>1 vez x mes	
Cuido que mi alimentación sea saludable: bebo al menos 2 litros de agua, no como fritos ni grasas , tomo 5 piezas de fruta y/o verdura	A diario	>1 vez x mes	
No tengo hábito tabáquico (>10 cigarrillos)	A diario	>1 vez x mes	
Practico actividad física >2 horas a la semana	A diario	>1 vez x mes	
Realizo revisiones médicas	>3 veces x año	2 veces x año	

Tabla 10. Manifestaciones físico-psico-sociales

MANIFESTACIONES FÍSICO-PSICO-SOCIALES			
	Con frecuencia	A veces	Nunca
Me siento ansiosa o deprimida	A diario	>1 vez x mes	
Todo me aburre	A diario	>1 vez x mes	
Pienso que no me importaría estar muerta	A diario	>1 vez x mes	
Creo que los demás estarían mejor sin mí	A diario	>1 vez x mes	
No me considero feliz en mi relación de pareja	A diario	>1 vez x mes	
Mi interés por el sexo no se mantiene como siempre	A diario	>1 vez x mes	
No estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	A diario	>1 vez x mes	
Los músculos o las articulaciones me duelen	A diario	>1 vez x mes	
Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina	A diario	>1 vez x mes	
Siento picor en la vagina como si estuviera demasiado seca	A diario	>1 vez x mes	

Existen dos formas básicas de aplicar la escala Likert: autoadministrada, en la que se le entrega la escala al participante, el cual marca respecto a cada afirmación la categoría que mejor describe su reacción o respuesta y mediante entrevistas. En nuestro caso, escogimos la autoadministración, ya que permite al encuestado responder sin el condicionante de la opinión del entrevistador.

La satisfacción vital se evaluó mediante la escala Diener^{10,13} (tabla 11) que tiene su correspondiente adaptación y validación al castellano por Atienza et al.^{67,73} y consta de cinco afirmaciones con siete posibles respuestas, de las cuales se puede estar en desacuerdo o de acuerdo con una puntuación de 1 a 7 (1= Fuertemente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ligeramente en desacuerdo; 4=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5=Ligeramente de acuerdo; 6=De acuerdo; 7=Fuertemente de acuerdo). El resultado final se clasifica en unos rangos: 30-35 Altamente satisfecho; 25-29 Satisfecho; 20-24 Ligeramente satisfecho; 15-19 Ligeramente insatisfecho; 10-14 Insatisfecho; 5-9 Muy insatisfecho).

Tabla 11. Escala de satisfacción con la vida (SWLS)

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)							
<i>En la mayoría de los sentidos, mi vida se acerca a mi ideal</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Las condiciones de mi vida son excelentes</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Estoy completamente satisfecho/a con mi vida</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Hasta ahora he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada</i>	1	2	3	4	5	6	7

La satisfaction with life scale (SWLS)^{10,13} es probablemente la medida de satisfacción vital más citada en la literatura científica como instrumento para evaluar el componente cognitivo del bienestar subjetivo y hasta su creación, la mayoría de las escalas de bienestar subjetivo existentes se centraban en el componente emocional.

Esta herramienta se generó a partir de un total de 48 ítems de autoinforme relacionados con satisfacción con la vida así como afecto positivo y negativo. Un análisis factorial reveló tres factores (satisfacción vital, afecto negativo y afecto positivo), conteniendo el de satisfacción diez ítems que quedaron finalmente reducidos a los cinco de la escala actual en base a un análisis de similitudes

semánticas¹⁰. Finalmente, la SWLS se constituyó de cinco sencillos ítems, inteligibles para prácticamente cualquier adulto, que se suman dando lugar a una puntuación global.

Este instrumento de medición ha sido utilizado en muestras muy diversas: población general, estudiantes⁷⁰ o personas con diversos problemas clínicos⁷³. A su vez, su validación se ha efectuado en países culturalmente tan diferentes como Israel, Brasil, Holanda, Malasia¹⁰, Chile⁸⁵, Qatar⁴², entre otros, de manera que se comprobaron las buenas propiedades psicométricas de la SWLS en diferentes culturas y naciones e incluso existen traducciones disponibles en un gran número de idiomas. De manera que, una gran cantidad de estudios han demostrado una alta consistencia interna de la escala con coeficientes alfa de Cronbach oscilando de 0.79 a 0.87. Esta estructura unifactorial ha sido también confirmada en muestras españolas^{10,14,70}.

4. PROCEDIMIENTO

4.1. FASE BIBLIOGRÁFICA

Se realizó una primera búsqueda bibliográfica que abarcó desde Noviembre de 2014 hasta Febrero de 2015 en las bases de datos: Web of Science, Scopus, Dialnet, Scielo, Pubmed, TESEO y buscadores como Xabio, Latindex y Google académico, en los idiomas español, inglés y portugués, mediante gestores bibliográficos como Mendeley y las palabras clave: climaterio, menopausia, satisfacción vital, bienestar, manifestaciones y hábitos de vida, con el operador booleano “and”.

De los registros obtenidos, se seleccionaron aquellos documentos que informaban sobre la calidad de vida, los hábitos de vida, las manifestaciones, el bienestar y la satisfacción vital en el climaterio, unida a otros factores, obteniendo válidos cien documentos en esta primera fase. Es preciso añadir que este proceso fue continuo y constantemente se han ido incorporando nuevos estudios.

4.1.1. CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para construir un instrumento de medición se puede elegir entre uno ya desarrollado y disponible que se adapte a los requerimientos del estudio en particular o construir uno nuevo con la técnica apropiada. En nuestra investigación elegimos escalas ya desarrolladas y las ajustamos a la población de estudio, siguiendo los pasos indicados por expertos⁸⁸:

- 1º- Primero realizamos una lista con las variables que pretendíamos observar.
- 2º- Revisamos su definición.
- 3º- Analizamos cómo se habían medido las variables en otros estudios (comparamos su confiabilidad, validez, sujetos a los cuales se les aplicó, facilidad de administración, veces que las mediciones han resultado exitosas y posibilidad de uso en el contexto de la investigación).
- 4º- Elegimos los instrumentos ya desarrollados y los adaptamos al contexto de la investigación. El lenguaje utilizado en las preguntas también se ajustó a las características de las encuestadas, teniéndose en cuenta su nivel educativo y socioeconómico medio-bajo. A su vez, ya que cuestionarios que duran más de treinta y cinco minutos pueden resultar tediosos, se ajustó el número de ítems para unos quince minutos.
- 5º- Indicamos el nivel de medición de cada ítem y el de las variables, que fue el nivel de medición ordinal, ya que teníamos varias categorías organizadas en orden de mayor a menor (con frecuencia, a veces y nunca en los hábitos y manifestaciones y puntuaciones de uno a siete en la ESV).
- 6º- Finalmente se codificó cada ítem con un número para realizar el análisis estadístico, de modo que a la respuesta “con frecuencia” se le asignó el número tres, “a veces” el número dos y “nunca” el uno.

Quedando el cuestionario definitivo diseñado, según el Anexo 6, se agruparon los ítems de la siguiente forma, con la finalidad de realizar la evaluación de los patrones funcionales de Marjory Gordon:

Patrón de Percepción de la Salud

- ✓ Prescripciones médicas
- ✓ Revisiones médicas
- ✓ Dedicarse tiempo y aplicarse tratamientos de belleza
- ✓ Hábitos tóxicos

Patrón de Sueño-Descanso

- ✓ Consigo dormir las horas necesarias

Patrón Nutricional-Metabólico

- ✓ Alimentación saludable

Patrón de Actividad-Ejercicio

- ✓ Práctica de actividad física

Patrón de Auto percepción-Autoconcepto

- ✓ Pienso que no me importaría estar muerta.

Patrón de Rol-Relaciones

- ✓ No me considero feliz en mi pareja.
- ✓ Creo que los demás estarían mejor sin mí.

Patrón de Sexualidad-Reproducción

- ✓ Mi interés por el sexo no se mantiene como siempre.
- ✓ No estoy satisfecha con mis relaciones sexuales.
- ✓ Siento picor en la vagina como si estuviera demasiado seca.

Patrón de Tolerancia al estrés

- ✓ Me siento ansiosa o deprimida.

Patrón de Cognitivo- Perceptivo.

- ✓ Todo me aburre.
- ✓ Los músculos o las articulaciones me duelen

Patrón de Eliminación

- ✓ Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina.

Patrón de Creencias-Valores.

- ✓ Satisfacción con la vida

Como hemos mencionado anteriormente, toda medición o instrumento de recolección de los datos debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y

validez. La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados; mientras que la validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

A este respecto, el proceso de validación del constructo se ha vinculado con la teoría en el marco teórico, exponiendo la asociación existente entre la satisfacción vital y otras variables desarrolladas en diferentes investigaciones que han demostrado su relación con estos conceptos.

A su vez, como paso previo al empleo de la ESV, consideramos conveniente desarrollar un análisis de la confiabilidad a través de la Alpha de Cronbach para confirmar la consistencia interna del instrumento en la muestra específica de nuestro estudio, primero en la muestra total y, posteriormente, estableciendo una subdivisión de las participantes en las dos categorías, resultando un nivel adecuado ($>0,85$), confirmando la utilización del instrumento tanto en la muestra total como en su categorización determinada por la menopausia (tabla 12).

Tabla 12. Análisis de la consistencia interna de la ESV para nuestra muestra total y su división en subgrupos

	Estadísticos de fiabilidad		
	Media	Desviación Estándar	Alpha de Cronbach
Total (n= 253)	24,6	6,1	0,858
PRE (n = 53)	24,4	6,1	0,856
POST (n = 203)	25,5	6,1	0,856

4.2. FASE DE CAMPO

4.2.1. ESTUDIO PILOTO

En esta prueba piloto se analizó la comprensión de las instrucciones y el funcionamiento adecuado de los ítems, valorándose a su vez la confiabilidad y la validez del instrumento de medición. La prueba piloto se realizó con 31 cuestionarios, ya que los expertos aconsejan su elaboración con veinticinco a sesenta personas cuando la muestra sea de doscientas o más⁸⁸.

En primer lugar, se localizaron las asociaciones de mujeres de las pedanías del Sur de la Región de Murcia (El Palmar, La Alberca, Santo Ángel, Los Garres, Beniaján, El Infante...) y se seleccionó el Centro de la Mujer Santo Ángel para realizar el estudio piloto la última semana de Julio de 2015. Tras contactar con la presidenta y obtener su colaboración, se procedió al llamamiento de las participantes a través de carteles informativos (ANEXO 1) donde se especificaban los criterios de inclusión. También se utilizó el método bola de nieve.

Con la finalidad de respetar las cuestiones éticas, previamente a la recogida de datos y tras la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Murcia el 30 de Julio de 2015 (ANEXO 2), se solicitó el consentimiento verbal y por escrito (ANEXO 3) a la presidenta del centro colaborador proporcionándole toda la información y garantizando el anonimato y confidencialidad, de la misma manera se ofreció el consentimiento informado a cada una de las participantes facilitándoles igualmente la información de forma oral y escrita mediante conversación previa y la entrega de una hoja informativa acerca del estudio (ANEXOS 4 Y 5) que debían cumplimentarlo junto al cuestionario (ANEXO 6).

La recogida de datos se realizó aprovechando el horario con mayor afluencia de mujeres que acudían a clases colectivas, previamente acordado con la presidenta del centro.

La investigadora estuvo presente aclarando las dudas surgidas durante el proceso y en ocasiones, con la finalidad de no interrumpir las actividades del centro, las participantes rellenaron los cuestionarios en su domicilio, entregándolos a la investigadora en días posteriores. Se facilitó esta opción para sumar otros cuestionarios de mujeres conocidas de las usuarias de la asociación que cumplieran los criterios de inclusión, para así aumentar el número de la muestra.

Este procedimiento nos permitió realizar un análisis preliminar del instrumento con la intención de evaluar la viabilidad de un estudio posterior para una muestra mayor y en una población semejante. Sobre la base de la prueba piloto, del instrumento de medición preliminar se modificó la redacción de algunos ítems para mejorar su comprensión. Tras los cambios, tanto los cuestionarios como los documentos informativos fueron cumplimentados correctamente.

4.2.2. ESTUDIO COMPLETO

De las pedanías del Sur de la Región de Murcia, se seleccionaron varias de ellas, priorizando aquellas en las que pudiéramos encontrar un mayor número de mujeres.

Se siguió el mismo procedimiento descrito para el estudio piloto, ampliando la recogida de datos en los centros de la mujer Santo Ángel, de Rosalía de Castro (El Palmar) y de Emilia Pardo Bazán (Barrio del Infante).

5. MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Tras la recogida de los datos, se codificaron con el programa Excel v 2007 y se analizaron con el programa estadístico SPSS v20.

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos del total de mujeres y disgregados en dos grupos: PRE (grupo que no había alcanzado la menopausia) y POST (grupo que había superado un año sin menstruación).

Así mismo, se analizó la normalidad de la distribución de los datos para las variables cuantitativas mediante el test de Kolgomorov-Smirnof. Para las variables cuantitativas los resultados fueron expresados por media (M), mediana (Me), desviación estándar (DE) y percentiles (P) 25-75, mientras que para las variables cualitativas se expusieron mediante las frecuencias absolutas y el porcentaje válido.

A su vez, la relación entre variables cuantitativas no paramétricas fue analizada mediante un estudio de correlación de Spearman, un análisis diferencial de las variables cualitativas con la prueba de la Chi-cuadrado y una regresión logística binaria bivariante. Dentro del estudio de la Chi-cuadrado se añadió un análisis de los residuos tipificados corregidos para averiguar la relación entre las categorías de las variables.

Por otro lado, se efectuó una regresión logística binaria multivariante para analizar la relación entre satisfacción vital como variable dependiente dicotómica (“Menor satisfacción” cuando se obtuvieron <20 puntos en el cuestionario de

satisfacción vital y “Mayor satisfacción” en ≥ 20 puntos) y el resto de variables del estudio como variables independientes, ajustadas por edad. Las variables que se incluyeron en el análisis multivariante fueron aquellas que obtuvieron un p-valor $< 0,25$ en un análisis inicial de regresión logística bivariada y aquellas con significación estadística en el análisis de correlación.

Resultados

1. RESULTADOS

1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Comenzamos este apartado con el análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra.

De las 256 mujeres encuestadas el 79,3 % habían superado la menopausia (203) y el 20,7 % restante no (53). La edad media de las participantes se situó en 56,4 años (DE $\pm 6,7$ años), 48,4 años (DE $\pm 4,4$ años) y 58,5 años (DE $\pm 5,5$ años) para las mujeres PRE y POST respectivamente.

Figura 7. Medias \pm DE de mujeres POST 79,30 % (n=203) y PRE 20,70 % (n=53) menopausia.

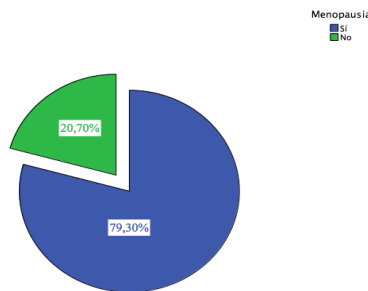
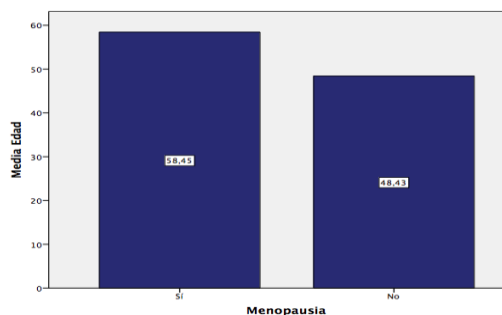


Figura 8. Medias \pm DE de edad de las mujeres POST (58,45) y PRE (48,43) menopausia.



Por estado civil, la mayoría de las encuestadas estaban casadas (68,4 %), el 14,8 % divorciadas, el 11,7 % solteras y el resto viudas (5,1 %). Más de la mitad estaban laboralmente en activo (60,5 %) y casi la mitad tenían estudios básicos (46,1 %). La inmensa mayoría tenían hijos, siendo menos del 10 % las que no tenían (9,8 %).

Figura 9. Distribución según el estado civil.

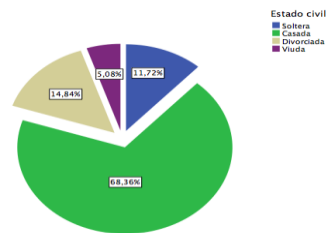


Figura 10. Distribución según la situación laboral.

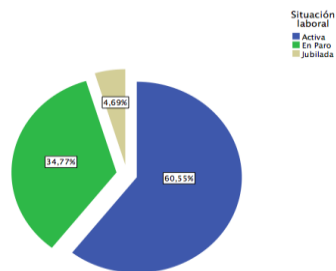


Figura 11. Distribución según el nivel de estudios.

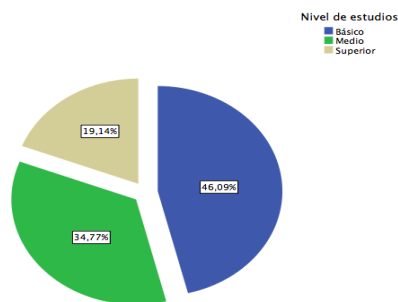
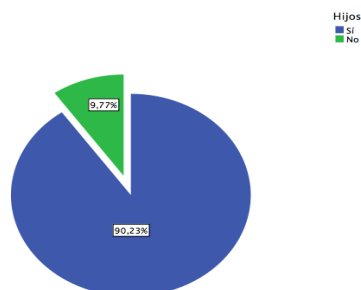


Figura 12. Mujeres con y sin hijos



1.1.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PRE Y POST MENOPAUSIA

Tras el análisis de los datos de la muestra total, se establecieron dos grupos en función de la situación en el climaterio: por un lado las mujeres que aún no habían alcanzado la menopausia (PRE) y por otro las que habían superado este episodio (POST). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la situación laboral ($p=0,002$) y al nivel de estudios ($p<0,001$).

El porcentaje de mujeres en activo entre el grupo PRE fue mayor con respecto al grupo POST (81,1 % frente a 55,2 %). Se observó un porcentaje mayor de mujeres con nivel de estudios básico en las mujeres POST (52,7 % frente a 20,8 %) y medio para las mujeres PRE (49,1 % frente a 31 %). Para el resto de características sociodemográficas no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Figura 13. Situación laboral en mujeres en activo PRE (81,1 %) y POST (55,2 %) menopausia

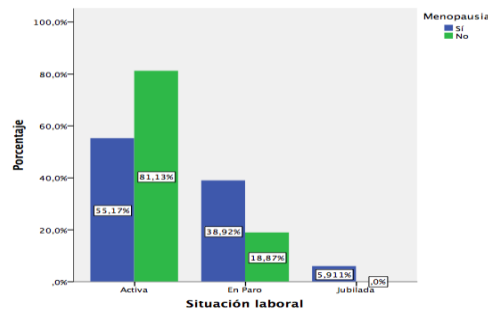
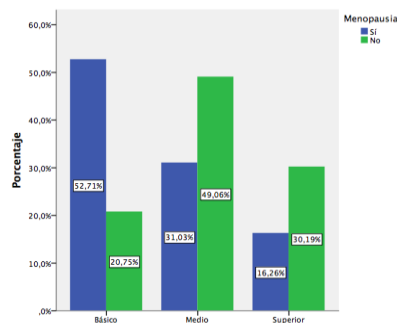


Figura 14. Nivel de estudios básicos en mujeres PRE (20,8 %) y POST (52,7 %) y medios PRE (49,1 %) y POST (31 %) menopausia ($p<0,001$).



RESUMEN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PRE Y POST MENOPAUSIA CON SIGNIFICACIÓN.

1. Existe una relación significativa entre la menopausia y la situación laboral. El porcentaje de mujeres activas laboralmente fue mayor en el grupo PRE con respecto al grupo POST (81,1 % frente a 55,2 %) ($p=0,002$).
2. Existe una relación significativa entre la menopausia y el nivel de estudios. El porcentaje de mujeres con nivel de estudios básico fue mayor en las mujeres del grupo POST (52,7 % frente a 20,8 %) ($p<0,001$).
3. El porcentaje de mujeres que presentaron nivel medio de estudios fue mayor en las mujeres del grupo PRE (49,1 % frente a 31 %) ($p<0,001$).

1.2. HÁBITOS DE VIDA

En este apartado analizaremos la percepción de las participantes acerca de sus hábitos de vida y el cuidado de su salud, donde podemos observar que el 79,9 % de las mujeres nunca tomaban tratamiento hormonal u otro, casi el 82 % afirmaron dedicar a veces o con frecuencia tiempo para su autocuidado y más de tres cuartas partes se aplicaban tratamientos de belleza a veces o con frecuencia durante la semana (76,2 %).

Respecto a las horas de sueño, el 71,5 % indicaron que dormían las horas necesarias y más de la mitad afirmaron seguir una alimentación saludable frecuentemente (54,3 %).

También se preguntó por el consumo de tabaco, observándose que el 62,1 % de las participantes refirió no fumar y un 23 % afirmaron fumar más de diez cigarrillos al día con frecuencia.

En relación a las horas de práctica de actividad física, el 37,5 % de las participantes nunca practicaban más de dos horas a la semana y el resto mitad a veces y mitad con frecuencia. En cuanto a las revisiones médicas, el 3,1 % nunca las realizaban, una de cada dos a veces (52,7 %) y el resto confirmaron hacerlo con frecuencia.

Figura 15. Hábitos de vida: mujeres que tomaban tratamiento hormonal u otro

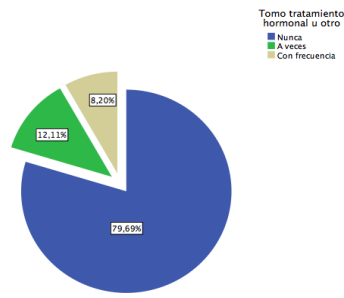


Figura 16. Hábitos de vida: autocuidado

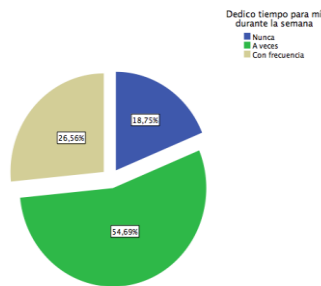


Figura 17. Hábitos de vida: cuidado de la imagen corporal

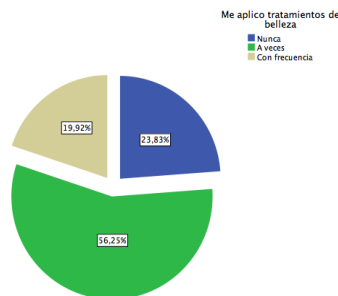


Figura 18. Hábitos de vida: sueño las horas necesarias

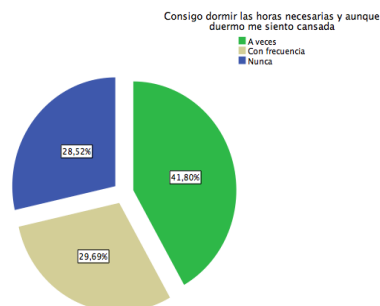


Figura 19. Hábitos de vida: alimentación saludable

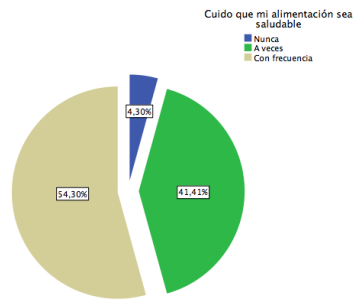


Figura 20. Hábitos de vida: hábito tabáquico (>10 cigarrillos al día)

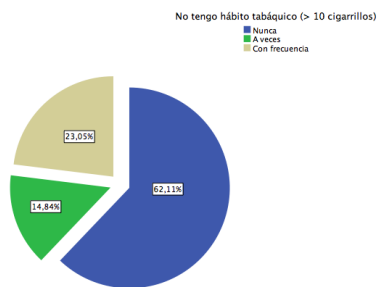


Figura 21. Hábitos de vida: actividad física

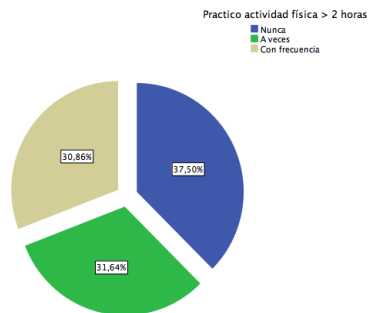


Figura 22. Hábitos de vida: revisiones médicas

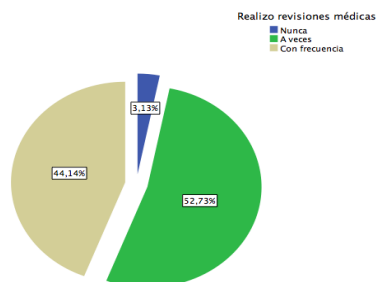


Tabla 13. RESUMEN: RESULTADOS POR PATRONES DE M. GORDON

	Con frecuencia	A veces	Nunca
Patrón 1: percepción de la salud			
Tomo tratamiento hormonal u otro	8,20 %	12,11 %	79,69 %
Dedico tiempo para mi durante la semana	26,56 %	54,69 %	18,75 %
Me aplico tratamientos de belleza	19,92 %	56,25 %	23,83%
Realizo revisiones médicas	44,14 %	52,73 %	3,13 %
No tengo hábito tabáquico (>10 cigarrillos)	23,05 %	14,84 %	62,11 %
Patrón 2: nutricional – metabólico			
Cuido que mi alimentación sea saludable	54,30 %	41,41 %	4,30 %
Patrón 4: Actividad- Ejercicio			
Practico actividad física >2 horas a la semana	30,86 %	31,64 %	37,50 %
Patrón 5: Sueño – Descanso			
Consigo dormir las horas necesarias	29,69 %	41,80 %	28,52 %

1.2.1. HÁBITOS DE VIDA PRE Y POST MENOPAUSIA

Estableciendo diferencias entre los dos grupos, el porcentaje de mujeres que refieren dormir las horas necesarias con frecuencia fue de 45,3 % en el grupo PRE frente al 25,6 % en el grupo POST, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,020$).

Se observó un mayor porcentaje de no fumadoras entre las mujeres PRE (41,5 %) con respecto a las POST (18,2 %), además, el porcentaje de mujeres que refirieron no tener este hábito con frecuencia aunque sí a veces fue mayor en el grupo POST con respecto al PRE (17,2 % y 5,7 % respectivamente), de manera que el grupo PRE son menos fumadoras con frecuencia y el grupo POST son menos fumadoras a veces. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,001$).

Para el resto de características en relación a los hábitos de vida no se han observado diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Figura 23. Hábitos de vida: sueño las horas necesarias con frecuencia PRE (45,3 %) y POST (25,6 %) menopausia ($p=0,020$).

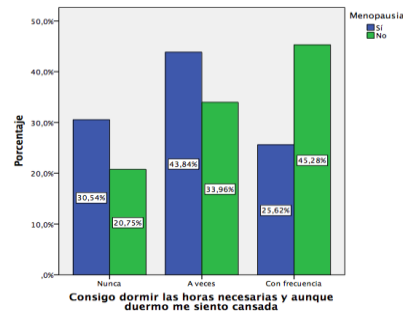


Figura 24. Hábitos de vida: hábito tabáquico PRE (41,5 %) y POST (18,2 %) menopausia ($p=0,001$).

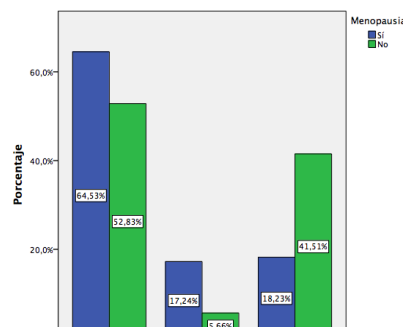


Tabla 14. RESUMEN: RESULTADOS POR PATRONES DE M. GORDON EN GRUPOS PRE Y POSTMENOPAUSIA

	Con frecuencia	A veces	Nunca
Patrón 1: Percepción De La Salud			
No tengo hábito tabáquico (>10 cigarrillos)			
PRE	41,51 %		
POST	18,23 %		
Patrón 5: Sueño - Descanso			
Consigo dormir las horas necesarias			
PRE	45,3 %		
POST	25,6 %		

1.2.2. ASOCIACIONES DE HÁBITOS DE VIDA

Encontramos relaciones significativas en la actividad física asociada a otras variables, de manera que las mujeres que con frecuencia realizaban más de dos horas de actividad física diaria tenían mayor porcentaje de otros hábitos saludables: con frecuencia dedicaban tiempo para su autocuidado, se preocupaban de su imagen corporal, mantenían una alimentación saludable, se realizaban más revisiones médicas y dormían las horas necesarias. En contraposición, las mujeres sedentarias tenían hábitos de vida menos saludables: la mayoría nunca se dedicaban tiempo ni se aplicaban tratamientos de belleza, no procuraban una alimentación saludable y además, había un menor porcentaje que referían no fumar y realizarse controles de salud frecuentemente (tabla 15).

Tabla 15. HÁBITOS DE VIDA EN FUNCIÓN DE LA FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

Variable	Categoría	Actividad física > 2 horas diarias, n (%)			p-valor*
		Nunca	A veces	Con frecuencia	
TRATAMIENTO HORMONAL U OTROS	Nunca	77 (37,7)	68 (33,3)	59 (28,9)	0,015
	A veces	15 (48,4)	6 (19,4)	10 (32,3)	
	Con frecuencia	4 (19,0)**	7 (33,3)**	10 (47,6)**	
TIEMPO PARA MÍ	Nunca	38 (79,2)	7 (14,6)**	3 (6,2)**	< 0,001
	A veces	53 (37,9)	56 (40,0)**	31 (22,1)**	
	Con frecuencia	5 (7,4)**	18 (26,5)	45 (66,2)**	
TRATAMIENTOS DE BELLEZA	Nunca	34 (55,7)**	14 (23,0)	13 (21,3)	< 0,001
	A veces	53 (36,8)	50 (34,7)	41 (28,5)	
	Con frecuencia	9 (17,6)**	17 (33,3)	25 (49,0)**	
DORMIR	Nunca	39 (53,4)**	21 (28,8)	13 (17,8)**	0,003
	A veces	37 (34,6)	37 (34,6)	33 (30,8)	
	Con frecuencia	20 (26,3)**	23 (30,3)	33 (43,4)**	
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Nunca	8 (72,7)**	1 (9,1)	2 (18,2)	< 0,001
	A veces	60 (56,6)**	35 (33,0)	11 (10,4)**	
	Con frecuencia	28 (20,1)**	45 (32,4)	66 (47,5)**	
NO HÁBITO TABÁQUICO	Nunca	60 (37,7)	48 (30,2)	51 (32,1)	0,043
	A veces	21 (55,3)**	8 (21,1)	9 (23,7)	
	Con frecuencia	15 (25,4)**	25 (42,4)**	19 (32,2)	
REVISIONES MÉDICAS	Nunca	3 (37,5)	5 (62,5)	0 (0)	< 0,001
	A veces	65 (48,1)**	41 (30,4)	29 (21,5)**	
	Con frecuencia	28 (24,8)**	35 (31,0)	50 (44,2)**	

* Nivel de significación: *p-valor* < 0,05

** Categorías donde el valor del residuo tipificado corregido es significativo (>1,96)

RESUMEN DE HÁBITOS DE VIDA PRE Y POST MENOPAUSIA CON SIGNIFICACIÓN.

1. Existe una relación significativa entre la menopausia y el sueño. El porcentaje de mujeres que refirieron dormir las horas necesarias con frecuencia fue de 45,3 % en el grupo PRE frente al 25,6 % al POST ($p=0,020$).
2. Existe una relación significativa entre la menopausia y no fumar. El porcentaje de mujeres no fumadoras fue mayor en el grupo PRE (41,5 %) con respecto al grupo POST (18,2 %).
3. El porcentaje de mujeres que refirieron no tener este hábito con frecuencia aunque sí a veces fue mayor en el grupo POST con respecto al grupo PRE (17,2 % y 5,7 % respectivamente).

RESUMEN DE ASOCIACIONES DE HÁBITOS DE VIDA CON SIGNIFICACIÓN.

1. Existe una asociación significativa entre la actividad física con otros hábitos. Las mujeres que con frecuencia realizaban más de dos horas de actividad física diaria, dedicaban tiempo para su autocuidado, se preocupaban de su imagen corporal, mantenían una alimentación saludable, se realizaban más revisiones médicas y dormían las horas necesarias con frecuencia.
2. De las mujeres sedentarias la mayoría nunca se dedicaban tiempo ni se aplicaban tratamientos de belleza, no procuraban una alimentación saludable y además, había un menor porcentaje que referían no fumar y realizarse controles de salud frecuentemente.

1.3. MANIFESTACIONES FÍSICO-PSICO-SOCIALES

En esta parte vamos a desarrollar la apreciación de las encuestadas acerca de las manifestaciones asociadas al climaterio, entre las que destacaremos que el 78,8 % presentaban ansiedad o depresión a veces o con frecuencia, mientras que sólo el 21,1 % lo negaron.

A este respecto, casi la mitad de las mujeres sentían desmotivación con frecuencia (45,7 %), desinterés por vivir (no les importaría estar muertas) y social (12,11 %) (13,67 %).

A su vez, con respecto a la relación de pareja, el 68 % no eran felices en su relación de pareja a veces o con frecuencia, sufrían inapetencia sexual el 73,38 % y más de la mitad no estaban satisfechas con sus relaciones sexuales (69,15 %).

El 86.63 % de las encuestadas refirió dolor en músculos o articulaciones y casi una tercera parte (32,81 %) presentaba incontinencia urinaria, así como casi la mitad sufría picor vaginal (47,3 %).

Figura 25. Manifestaciones físico-psico-sociales: ansiedad o depresión

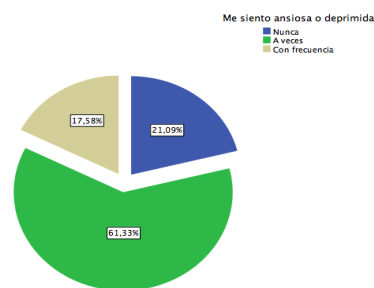


Figura 26. Manifestaciones físico-psico-sociales: desmotivación

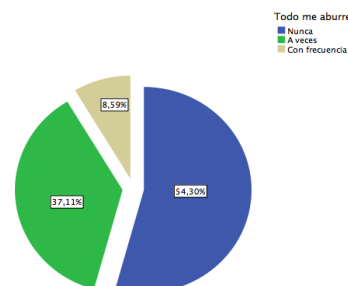


Figura 27. Manifestaciones físico-psico-sociales: desinterés por la vida

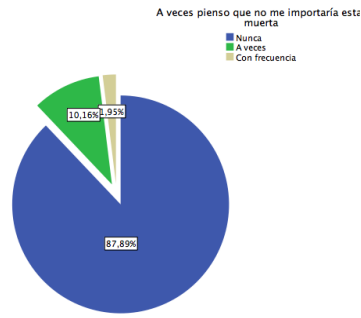


Figura 28. Manifestaciones físico-psico-sociales: desinterés social



Figura 29. Manifestaciones físico-psico-sociales: infelicidad con la pareja

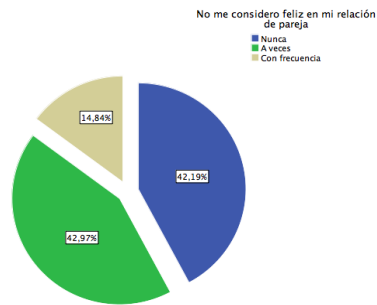


Figura 30. Manifestaciones físico-psico-sociales: desinterés sexual

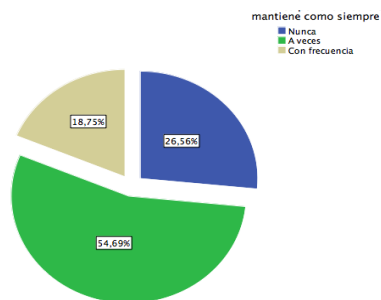


Figura 31. Manifestaciones físico-psico-sociales: insatisfacción sexual

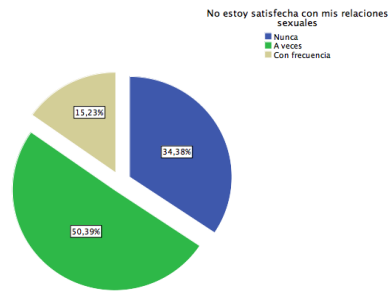


Figura 32. Manifestaciones físico-psico-sociales: dolor muscular o articular

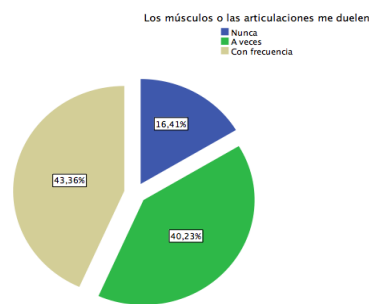


Figura 33. Manifestaciones físico-psico-sociales: incontinencia urinaria



Figura 34. Manifestaciones físico-psico-sociales: picor y sequedad vaginal

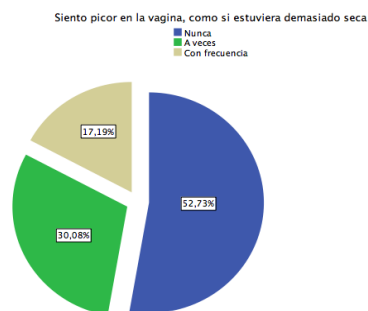


Tabla 16. RESUMEN: RESULTADOS POR PATRONES DE M. GORDON

	Con frecuencia	A veces	Nunca
Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo			
Los músculos o las articulaciones me duelen	43,36 %	40,23 %	16,41 %
Todo me aburre	8,59 %	37,11 %	54,30 %
Patrón 7: Auto percepción- Autoconcepto			
Pienso que no me importaría estar muerta	1,95 %	10,16 %	87,89 %
Patrón 8: Rol- Relaciones			
Creo que los demás estarían mejor sin mí	1,56 %	12,11 %	86,33 %
No me considero feliz en mi relación de pareja	14,84 %	42,97 %	42,19 %
Patrón 9: Sexualidad- Reproducción			
Mi interés por el sexo no se mantiene como siempre	18,75 %	54,69 %	26,56 %
No estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	15,23 %	50,39 %	34,38 %
Siento picor en la vagina como si estuviera demasiado seca	17,19 %	30,08 %	52,73 %
Patrón 10: Tolerancia al estrés			
Me siento ansiosa o deprimida	17,58 %	61,33 %	21,09 %
Patrón 3: Eliminación			
Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina	6,64 %	26,17 %	67,19 %

1.3.1. MANIFESTACIONES FÍSICO- PSICO- SOCIALES PRE Y POST MENOPAUSIA

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos PRE y POST respecto a la mayoría de características estudiadas en este apartado. El porcentaje de mujeres PRE que nunca se sentían ansiosas o deprimidas fue superior (34 %) con respecto a las POST (17,7 %) ($p=0,034$). Igualmente, el grupo PRE nunca estaban desmotivadas con respecto al grupo POST (73,6 % frente a 49,3 %) siendo esta relación inversa cuando sí lo manifestaban a veces (22,6 % frente a 40,9 %) ($p=0,006$).

Con respecto a sentirse felices en su relación de pareja, se observó un mayor porcentaje a favor de las mujeres PRE (58,5 % frente a 37,9 %) siendo esta relación inversa cuando lo afirmaban a veces (48,8 % frente a 20,8 %) ($p=0,001$). En relación a su interés por el sexo y las relaciones sexuales satisfactorias, nuevamente en el grupo PRE predominó el interés por el sexo (43,4 % frente a 22,2 %, $p=0,006$) la satisfacción con sus relaciones sexuales (58,5 % frente a 28,1 %, $p<0,001$).

El dolor muscular o articular se encontró con frecuencia en el 48,3 % de las mujeres POST con respecto al 24,5 % de las PRE ($p=0,008$) y a veces más en las PRE (52,8 % frente a 36,9 %) ($p=0,008$). A su vez, que el picor vaginal estuvo ausente en el 79,2 % de las mujeres PRE con respecto al 45,8 %de las POST ($p<0,001$) y con mayor frecuencia en las mujeres POST (21,2 % frente a 1,9 %) ($p<0,001$).

Figura 35. Manifestaciones físico-psico-sociales: ansiedad o depresión PRE (34 %) y POST (17.7 %) menopausia ($p=0,034$).

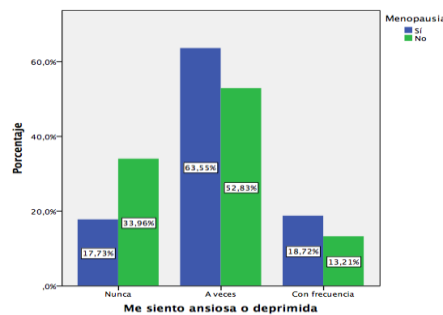


Figura 36. Manifestaciones físico-psico-sociales: desmotivación PRE (73,6 %) y POST (49,3 %).a veces PRE (22,6 %) y POST (40,9 %) menopausia ($p=0,006$).

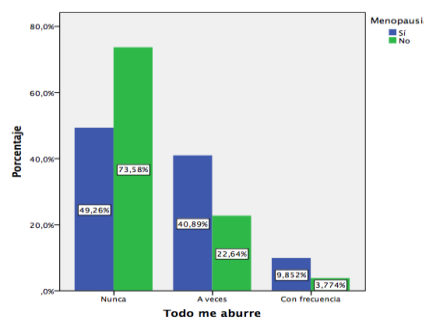


Figura 37 Manifestaciones físico-psico-sociales: infelicidad con la pareja nunca PRE (58,5 %) y POST (37,9 %), a veces POST (48,8 %) y PRE (20,8 %) ($p=0,001$).

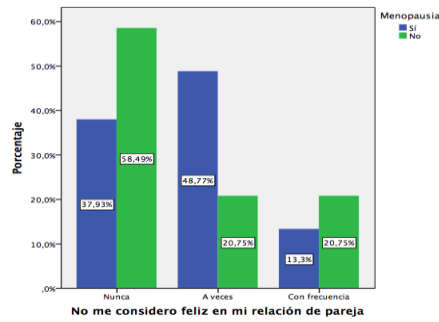


Figura 38. Manifestaciones físico-psico-sociales: desinterés sexual nunca PRE (43,4 %) y POST (22,2 %) ($p=0,006$)

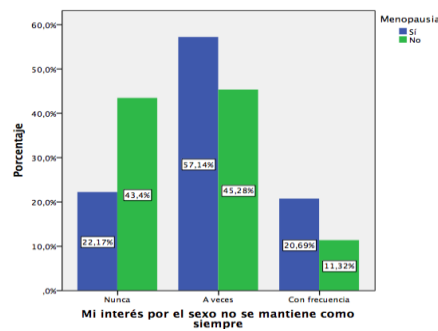


Figura 39. Manifestaciones físico-psico-sociales: insatisfacción sexual: nunca PRE (58,5 %) y POST (28,1 %) ($p<0,001$)



Figura 40. Manifestaciones físico- psico- sociales: dolor muscular o articular con frecuencia PRE (24,5 %) POST (48,3 %) y a veces PRE (52,8 %) y POST (36,9 %) ($p=0,008$).

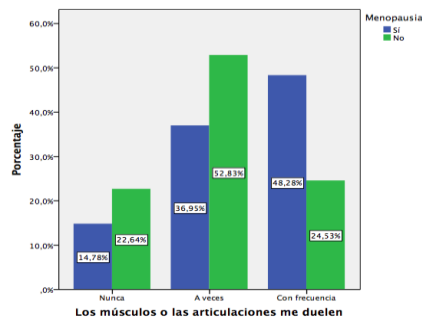


Figura 41. Manifestaciones físico- psico- sociales: picor vaginal nunca PRE (79,2 %) y POST (45,8 %) ($p<0,001$) y con frecuencia PRE (1,9 %) POST (21,2 %)($p<0,001$)

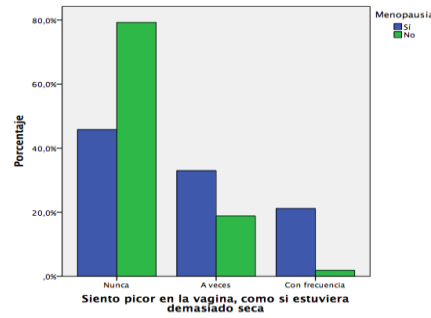


Tabla 17. RESUMEN: RESULTADOS POR PATRONES DE M. GORDON EN GRUPOS PRE Y POSTMENOPAUSIA

	Con frecuencia	A veces	Nunca
Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo			
Los músculos o las articulaciones me duelen			
PRE	24,53 %	58,8 %	
POST	48,28 %	36,9 %	
Todo me aburre			
PRE		22,6 %	73,58 %
POST		40,9 %	49,26 %
Patrón 8: Rol- Relaciones			
No me considero feliz en mi relación de pareja			
PRE		48,8 %	58,49 %
POST		20,8 %	37,93 %
Patrón 9: Sexualidad- Reproducción			
Mi interés por el sexo no se mantiene como siempre			
PRE			43,4 %
POST			22,2 %
No estoy satisfecha con mis relaciones sexuales			
PRE			58,5 %
POST			28,08 %
Siento picor en la vagina como si estuviera demasiado seca			
PRE	1,9 %		79,2 %
POST	21,2 %		45,8 %
Patrón 10: Tolerancia al estrés			
Me siento ansiosa o deprimida			
PRE			33,96 %
POST			17,73 %

RESUMEN DE MANIFESTACIONES FÍSICO- SICO-SOCIALES PRE Y POST MENOPAUSIA CON SIGNIFICACIÓN.

1. Existe una relación significativa entre la menopausia y sentir ansiedad o depresión. El porcentaje de mujeres del grupo PRE que nunca se sentían ansiosas o deprimidas fue superior (34 %) con respecto a las del grupo POST (17,7 %) ($p=0,034$).
2. Existe una relación significativa entre la menopausia y la falta de motivación. Las mujeres del grupo PRE nunca estaban desmotivadas con respecto a las POST (73,6 % frente a 49,3 %).
3. Existe una relación significativa entre la menopausia y sentirse feliz en la relación de pareja. El porcentaje de las mujeres del grupo PRE se sentían felices con su pareja un 58,5 % frente a 37,9 % del grupo POST.
4. Existe una relación significativa entre la menopausia y el interés por el sexo. En las mujeres del grupo PRE predominó el interés por el sexo (43,4 %) frente al grupo POST (22,2 %) ($p=0,006$).
5. Existe una relación significativa entre la menopausia y las relaciones sexuales satisfactorias. El 58,5 % de las mujeres del grupo PRE estaban satisfechas con sus relaciones sexuales frente a 28,1 % del grupo POST ($p<0,001$).
6. Existe una relación significativa entre la menopausia y el dolor muscular o articular. El porcentaje de mujeres que sentían dolor muscular o articular con frecuencia fue mayor en el grupo POST (48,3 %) que en el grupo PRE (24,5 %) ($p=0,008$).
7. Existe una relación significativa entre la menopausia y padecer picor vaginal. El porcentaje de mujeres del grupo POST que con frecuencia sentía picor vaginal fue mayor (21,2 %) que en el grupo PRE (1,9 %) ($p<0,001$).
8. El porcentaje de mujeres del grupo PRE en las que el picor vaginal estuvo ausente fue mayor (79,2 %) con respecto al (45,8 %) que en las POST ($p<0,001$).

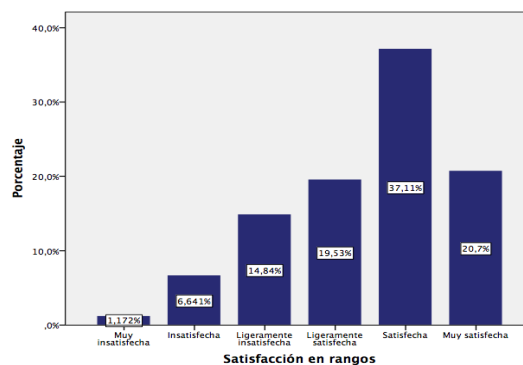
1.4. SATISFACCIÓN VITAL

Para evaluar el componente cognitivo del bienestar subjetivo empleamos la ESV. Al tratarse de una escala que nos proporciona un único valor numérico, además de calcular el valor total, optamos por analizar las respuestas de cada una de sus categorías para incrementar su poder explicativo.

Posteriormente utilizamos un modelo de regresión logística usando la satisfacción vital como variable dependiente, por lo que dividimos esta variable en dos 2 estados/categorías: Mayor Satisfacción/Satisfechas (puntuación igual o mayor a 20) y Menor Satisfacción/Insatisfechas (puntuación inferior a 20), ya que estos modelos precisan ese requerimiento.

La puntuación media obtenida del total de mujeres del estudio fue de 24,6 puntos (DE 6,1) y una mediana de 26 puntos (Rango intercuartílico 8,0). Más de la mitad de las participantes obtuvieron un grado de satisfecha o muy satisfecha (37,1 % y 20,7 % respectivamente) y menos del 10 % se clasificaron insatisfechas o muy insatisfechas (6,6 % y 1,2 % respectivamente).

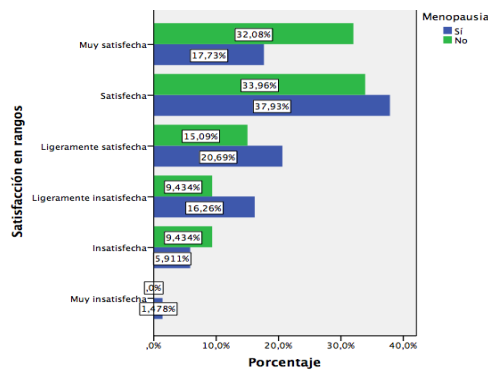
Figura 42. Satisfacción vital mujeres satisfechas (37,1 %), muy satisfechas (20,7 %), insatisfechas (6,6 %) o muy insatisfecha (1,2 %).



1.4.1. SATISFACCIÓN VITAL PRE y POST MENOPAUSIA

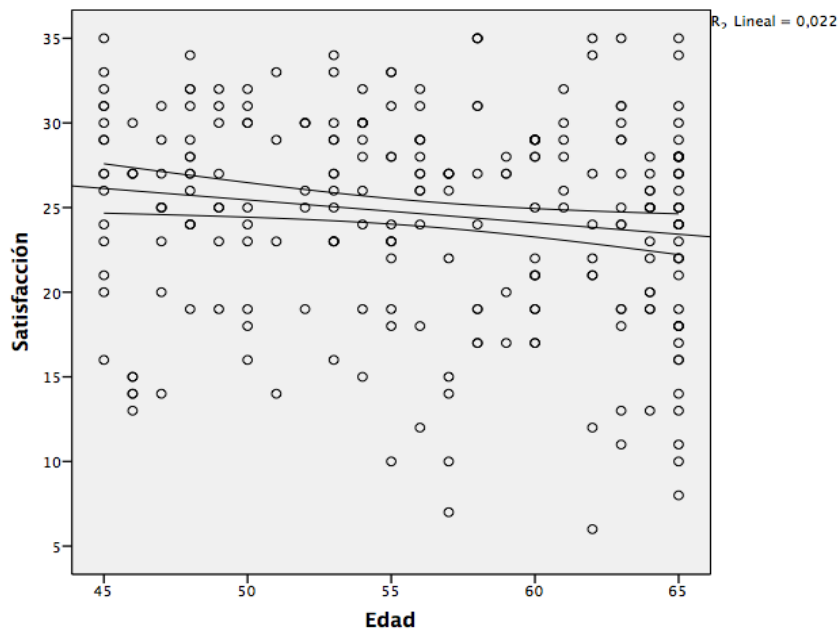
No se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las mujeres con y sin menopausia y el grado de satisfacción vital ($p=0,161$).

Figura 43. Satisfacción Vital PRE y POST MENOPAUSIA



Con respecto a la edad, se observó una relación lineal estadísticamente significativa y en sentido negativo con los resultados obtenidos en la satisfacción vital: *a medida que aumenta la edad la satisfacción de las mujeres disminuye (coeficiente de correlación $\rho=-0,164$; $p=0,009$)*. Al analizar separando por condición de menopausia, sólo en las mujeres del grupo POST se mantuvo una relación estadísticamente significativa (coeficiente de correlación $\rho=-0,154$; $p=0,028$).

Figura 44. Dispersión entre edad y satisfacción vital (n=256)



Para la edad de inicio de la menopausia no se observó relación estadísticamente significativa con la satisfacción vital ($p=0,154$).

1.4.2. SATISFACCIÓN VITAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En el análisis de regresión logística bivariado de la satisfacción vital con las características sociodemográficas se alcanzó el nivel de significación estadística con la situación laboral y el nivel de estudios. Así, la posibilidad de alcanzar un nivel alto de satisfacción vital (≥ 20 puntos) fue un 73,2 % menor en las mujeres en paro con respecto a las mujeres laboralmente activas ($p < 0,001$). Igualmente, las mujeres con nivel de estudios medio y alto tenían de tres a trece veces más posibilidades respectivamente de tener mayor satisfacción vital con respecto a las mujeres con estudios básicos ($p = 0,002$ y $p = 0,001$) (tabla 18).

Tabla 18. Regresión logística binaria bivariada de SV y características sociodemográficas

Satisfacción vital				
Variable	N	Coficiente β	OR (IC al 95%)	p-valor
SITUACIÓN LABORAL				< 0,001
Activa	155	-	1	-
En paro	89	-1,318	0,268 (0,144 - 0,498)	< 0,001
Jubilada	12	-0,190	0,827 (0,170 - 4,031)	0,814
NIVEL DE ESTUDIOS				< 0,001
Básico	118	-	1	-
Medio	89	1,085	2,961 (1,494 - 5,866)	0,002
Superior	49	2,564	12,987 (3,003 - 56,167)	0,001

OR: Odds ratio; IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %

1.4.3. SATISFACCIÓN VITAL Y HáBITOS DE VIDA

En referencia a los hábitos de vida y satisfacción vital, se observó que las mujeres que dedicaban a veces y con frecuencia tiempo para su autocuidado tuvieron 4,3 y 3,6 veces más posibilidades de tener un nivel alto de satisfacción vital con respecto a las que refirieron que nunca lo hacían ($p < 0,001$ y $0,003$ respectivamente). De la misma manera, aquellas que nunca y a veces dormían las horas necesarias tenían de 66,7 % y 62,1 % menos posibilidades de tener un alto nivel de satisfacción ($p = 0,012$ y $0,020$ respectivamente). Así mismo, aquellas mujeres que a veces y frecuentemente cuidaban su alimentación, tenían mayor nivel de satisfacción con respecto a las que nunca lo hacían ($p < 0,05$) y las que

realizaban actividad física a veces o con frecuencia tuvieron mayor satisfacción con respecto a las que nunca la practicaban (OR=3,7 y 2,2; p=0,001 y 0,025) (Tabla 19).

Tabla 19. Regresión logística binaria bivariada de SV y hábitos de vida

Satisfacción vital				
Variable	N	Coefficiente β	OR (IC al 95%)	p-valor
DEDICO TIEMPO PARA MÍ DURANTE LA SEMANA				< 0,001
Nunca	48	-	1	-
A veces	140	1,460	4,304 (2,090 – 8,866)	< 0,001
Con frecuencia	68	1,275	3,580 (1,562 – 8,204)	0,003
CONSIGO DORMIR HORAS NECESARIAS				0,031
Nunca	73	-1,101	0,333 (0,141 – 0,787)	0,012
A veces	107	-0,970	0,379 (0,167 – 0,859)	0,020
Con frecuencia	76	-	1	-
ALIMENTACIÓN SALUDABLE				0,032
Nunca	11	-	1	-
A veces	106	1,306	3,692 (1,040 – 13,103)	0,043
Con frecuencia	139	1,652	5,215 (1,478 – 18,406)	0,010
ACTIVIDAD FÍSICA (>2H)				0,002
Nunca	96	-	1	-
A veces	81	1,313	3,719 (1,697 – 8,151)	0,001
Con frecuencia	79	0,804	2,235 (1,107 – 4,512)	0,025

OR: Odds ratio; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

1.4.4. SATISFACCIÓN VITAL Y MANIFESTACIONES PSICO-FÍSICO-SOCIALES

También se analizaron las manifestaciones psico-físico-sociales. Las mujeres que nunca o a veces se sentían ansiosas o deprimidas tuvieron 7,2 y 2,6 más de posibilidades de tener un mayor nivel de satisfacción con respecto a las que se sentían así con frecuencia (p<0,05). A su vez, aquellas mujeres que a veces o con frecuencia referían desmotivación tuvieron un 52,8 % y un 82,2 % menos de posibilidades de tener mayor satisfacción vital con respecto a las que no lo hicieron. También tenían significativamente menos posibilidades (83,2 %) de tener altos niveles de satisfacción vital las mujeres que sentían desinterés por la vida y social y en aquellas que con frecuencia estaban infelices en su relación de pareja (OR<1, p<0,05).

Tabla 20. Regresión logística binaria bivariada de SV y manifestaciones físico-psico-sociales

Variable	Satisfacción vital			
	N	Coefficiente β	OR (IC al 95%)	p-valor
ANSIOSA O DEPRIMIDA				0,001
Nunca	54	1,969	7,162 (2,398 - 21,384)	< 0,001
A veces	157	0,972	2,644 (1,309 - 5,339)	0,007
Con frecuencia	45	-	1	-
TODO ME ABURRE				0,001
Nunca	139	-	1	-
A veces	95	-0,750	0,472 (0,247 - 0,902)	0,023
Con frecuencia	22	-1,726	0,178 (0,068 - 0,463)	< 0,001
NO ME IMPORTARÍA ESTAR MUERTA				< 0,001
Nunca	225	-	1	-
A veces	26	-1,782	0,168 (0,072 - 0,393)	< 0,001
Con frecuencia	5	-0,086	0,918 (0,100 - 8,426)	0,940
LOS DEMÁS ESTARÍAN MEJOR SIN MÍ				< 0,001
Nunca	221	-	1	-
A veces	31	-1,445	0,236 (0,108 - 0,516)	< 0,001
Con frecuencia	4	-2,608	0,074 (0,007 - 0,727)	0,026
NO FELIZ EN RELACIÓN PAREJA				0,001
Nunca	108	-	1	-
A veces	110	-1,225	0,294 (0,148 - 0,584)	< 0,001
Con frecuencia	38	-0,416	0,660 (0,244 - 1,782)	0,412

OR: Odds ratio; IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %

1.4.5. SATISFACCIÓN VITAL RELACIONADA CON OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS

En el modelo de regresión logística binaria multivariante ajustado por edad se describen las variables predictoras de un nivel mayor de satisfacción vital en las mujeres estudiadas. Se obtuvo un modelo estadísticamente significativo ($p < 0,001$) con una R cuadrado de Nagelkerke de 0,378. mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow y se pudo comprobar que el ajuste del modelo fue bueno ($p = 0,659$). El porcentaje clasificado correctamente fue superior al 70 % (82,8 %).

Tabla 21. Modelo de regresión logística binaria multivariante de SV y las variables predictoras.

Satisfacción vital				
Variable	N	Coefficiente β	OR (IC al 95%)*	p-valor*
ESTUDIOS				0,003
Básico	118	-	1	-
Medio	89	1,207	3,344 (1,375 - 8,135)	0,008
Superior	49	2,188	8,917 (1,828 - 43,494)	0,007
DEDICO TIEMPO PARA MÍ DURANTE LA SEMANA				0,027
Nunca	48	-	1	-
A veces	140	1,171	3,225 (1,367 - 7,607)	0,007
Con frecuencia	68	0,654	1,923 (0,660 - 5,600)	0,230
ME SIENTO ANSIOSA O DEPRIMIDA				0,030
Nunca	54	1,605	4,979 (1,368 - 18,121)	0,015
A veces	157	1,078	2,940 (1,118 - 7,729)	0,029
Con frecuencia	45	-	1	-
NO ME IMPORTARÍA ESTAR MUERTA				0,005
Nunca	225	-	1	-
A veces	26	-1,651	0,192 (0,066 - 0,560)	0,003
Con frecuencia	5	1,154	3,170 (0,230 - 43,710)	0,389
NO FELIZ EN RELACIÓN PAREJA				0,070
Nunca	108	-	1	-
A veces	110	-1,047	0,351 (0,144 - 0,855)	0,021
Con frecuencia	38	-0,632	0,532 (0,169 - 1,671)	0,280

OR: Odds ratio; IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 % * Ajustado por edad.

De manera que, las posibilidades de tener un nivel de satisfacción mayor estadísticamente significativo fue 3,4 y 8,9 veces superior en mujeres con nivel de estudios medio o superior respectivamente, 3,2 veces mayor cuando a veces dedican tiempo para su autocuidado, 5 y 3 veces mayor cuando nunca o a veces referían sentirse ansiosas o deprimidas. Otras variables presentes en el modelo final fueron desinterés por la vida e infelicidad en la relación de pareja, con un 80,8 % y un 65 % menos de posibilidades de tener un nivel alto de satisfacción vital en aquellas que a veces pensaban en la muerte con respecto a las que nunca lo hacían y en las mujeres que a veces no se sentían felices en la relación de pareja con respecto a las que sí se sentían felices. Los resultados del modelo ratifican aquellos obtenidos en el análisis bivariante.

Figura 45. SATISFACCIÓN VITAL Y NIVEL DE ESTUDIOS

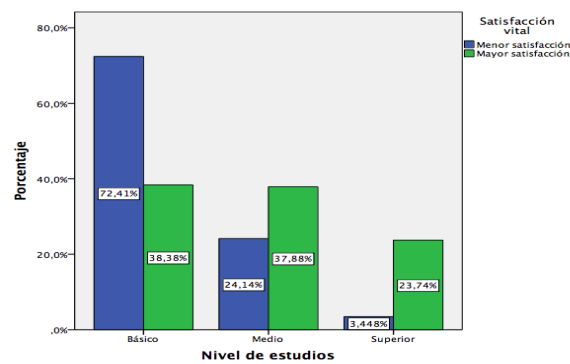


Figura 46. SATISFACCIÓN VITAL Y AUTOCAUIDADO

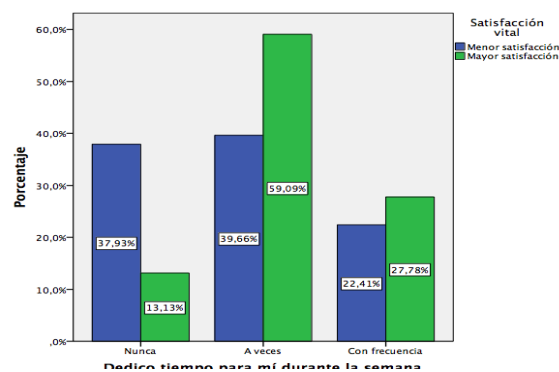


Figura 47. SATISFACCIÓN VITAL Y ANSIEDAD O DEPRESIÓN

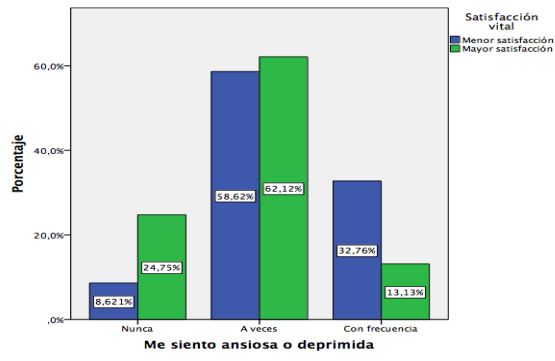


Figura 48. SATISFACCIÓN VITAL Y DESINTERÉS POR LA VIDA

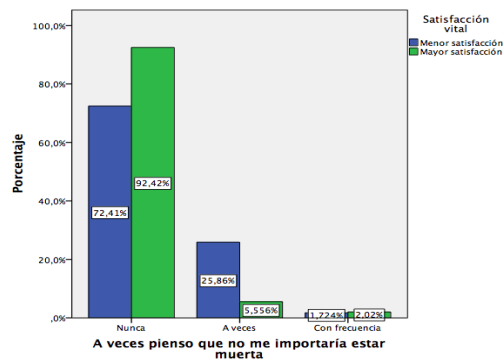
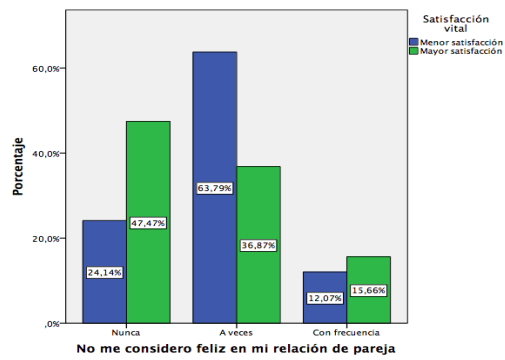


Figura 49. SATISFACCIÓN VITAL E INFELICIDAD EN LA PAREJA



RESUMEN DE ASOCIACIONES CON SIGNIFICACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN VITAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

1. Existe una relación lineal estadísticamente significativa y en sentido negativo entre la satisfacción con la vida y la edad. A medida que aumenta la edad la satisfacción vital de las mujeres disminuye (coeficiente de correlación $\rho = 0,164$; $p=0,009$).
2. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y la situación laboral y el nivel de estudios. Las posibilidades de tener un nivel mayor de satisfacción vital (≥ 20 puntos) fue un 73,2 % menor en aquellas mujeres que se encontraban en paro con respecto a las mujeres con situación laboral activa ($p < 0,001$).
3. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y el nivel de estudios. Aquellas mujeres con nivel medio y alto de estudios tenían de 3 a 13 veces más posibilidades respectivamente de tener mayor satisfacción vital con respecto a las mujeres con estudios básicos ($p=0,002$ y $0,001$).

RESUMEN DE ASOCIACIONES CON SIGNIFICACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN VITAL Y HÁBITOS DE VIDA.

1. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y los hábitos de vida. Las mujeres que dedicaban a veces y con frecuencia tiempo para su autocuidado tuvieron entre 4,3 y 3,6 veces más posibilidades de tener un nivel mayor de satisfacción vital con respecto a las mujeres que refirieron que nunca tenían tiempo para ellas mismas ($p < 0,001$ y $0,003$ respectivamente).
2. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y el sueño. Aquellas mujeres que nunca y a veces dormían las horas necesarias tenían entre un 66,7 % y 62,1 % menos de posibilidades de tener un nivel alto de satisfacción vital ($p = 0,012$ y $0,020$ respectivamente).
3. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y la alimentación saludable. Las mujeres que a veces y con frecuencia seguían una alimentación saludable tenían mayores niveles de satisfacción con respecto a las que nunca lo hacían ($p < 0,05$).
4. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y realizar actividad física. Las mujeres que referían practicar algún tipo de actividad física más de dos horas a la semana a veces o con frecuencia estaban más satisfechas con respecto a las que nunca lo hacían ($OR = 3,7$ y $2,2$; $p = 0,001$ y $0,025$).

Resultados sin presentar asociación estadísticamente significativa:

1. Para la edad de inicio de la menopausia no se observó relación estadísticamente significativa con la satisfacción vital ($p = 0,154$).
2. No se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las mujeres con y sin menopausia y el grado de satisfacción vital ($p = 0,161$).

RESUMEN DE ASOCIACIONES CON SIGNIFICACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN VITAL Y MANIFESTACIONES PSICO-FÍSICO-SOCIALES.

1. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y sentir ansiedad o depresión. Las mujeres que nunca o a veces se sentían ansiosas o deprimidas tuvieron 7,2 y 2,6 más de posibilidades de tener un mayor nivel de satisfacción con respecto a las que se sentían así con frecuencia ($p < 0,05$).
2. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y la falta de motivación. Aquellas mujeres que a veces o con frecuencia referían desmotivación tuvieron un 52,8 % y un 82,2 % menos de posibilidades de tener mayor satisfacción vital con respecto a las que referían no sentirse aburridas nunca.
3. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y el desinterés por vivir. Aquellas mujeres que presentaron menos posibilidades (83.2 %) de tener altos niveles de satisfacción vital a veces pensaban que no le importaría estar muertas.
4. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y relacionarse con los demás. Las mujeres que a veces o frecuentemente manifestaban desinterés social ellas estaban menos satisfechas con su vida ($OR < 1$, $p < 0,05$).
5. Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción vital y sentirse felices con su relación de pareja. Aquellas mujeres que con frecuencia sentían infelicidad en su relación de pareja estaban menos satisfechas con su vida ($OR < 1$, $p < 0,05$).

RESUMEN DE ASOCIACIONES CON SIGNIFICACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN VITAL Y OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS.

1. La posibilidad de tener un nivel de satisfacción vital mayor fue superior en mujeres más jóvenes, con nivel de estudios medio o superior, laboralmente activas, que dedicaban tiempo para cuidar de su imagen, su alimentación y su físico y que nunca se sentían ansiosas o deprimidas.
2. La posibilidad de tener un nivel de satisfacción vital menor fue superior en mujeres de mayor edad, que mostraron desinterés por la vida y no se sentían felices en la relación de pareja.



Discusión

1. DISCUSIÓN

La mitad de la vida es un momento de transición en el que se debería hacer un balance general de los deseos y proyectos, un análisis entre lo conseguido y lo esperado. Debido a ello, hemos llevado a cabo este estudio, con el fin de proporcionar nuevos conocimientos sobre el bienestar de las mujeres en el climaterio.

La principal aportación de la tesis es la referida a que la mayoría de las participantes se sienten satisfechas o muy satisfechas con sus vidas y menos del 10% se consideran insatisfechas o muy insatisfechas, lo que significa que la mayoría gozan de un adecuado nivel de bienestar. Nos planteamos averiguar los motivos que llevaban a este 10% de mujeres a manifestar esta insatisfacción y la menopausia se incluía en ellos, no obteniendo datos significativos a este respecto, al igual que otros estudios⁹³⁻⁹⁶, por lo que seguimos indagando.

En nuestros resultados, observamos que a medida que la edad aumenta la satisfacción con la vida disminuye. Esta causalidad la podríamos justificar según señalan Gómez Martínez et al.⁷⁹, por la orientación negativa que se le atribuye al paso de los años relacionada con el envejecimiento. Desde el punto de vista de estos investigadores, el proceso menopáusico enfrenta a las mujeres a la interpretación de *“persona que envejece (y no que cumple años)”*, pensamiento que puede despertar en ellas un sentimiento de vulnerabilidad en todos los planos de su vida. Dicho de otro modo, la mujer determina su edad biológica con la llegada de la menopausia y la colma de atributos negativos por su relación con el envejecimiento, transición que se caracteriza por la presencia de ideas de negación, deterioro y pérdida de roles, de funciones, de prestigio y también con el detrimento de la imagen corporal, opinión semejante a García y Maestre⁶⁹, que contemplan al climaterio equiparado con el envejecimiento como el causante de la pérdida de bienestar que repercutiría en la disminución de la satisfacción vital. Al mismo tiempo, Fuentes, Delgadillo y Sánchez⁹¹ reseñan, con respecto a la actitud ante la menopausia, cuyas participantes de su estudio expresan su preocupación relacionada con el envejecimiento, a Simone de Beauvoir⁹² que caracteriza el envejecimiento como un *“proceso progresivo desfavorable de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez”*.

La llegada al climaterio no es repentina, es una consecuencia natural del paso de los años. Sin embargo, para algunas mujeres, los efectos inherentes pueden alterar significativamente su estilo de vida y su bienestar, dando paso a la insatisfacción con la vida, tal como hemos observado en nuestros resultados.

Por el contrario, Dennerstein, Dudley, Guthrie y Barrett-Connor⁹³, en su estudio prospectivo con casi cuatrocientas participantes, no relacionan la satisfacción vital con la edad, como tampoco lo hacen Zegers et al.⁸⁵. Así mismo, Fernández-Alonso, Trabalón-Pastora, Vara, Chedraui y Pérez-López⁹⁵ revelan que, en una muestra de mujeres españolas de mediana edad, las cuestiones personales y sociales parecen desempeñar un papel mucho más relevante en la satisfacción con la vida que los aspectos biológicos (la edad y el estado menopáusico), como Santisteban⁴, que especifica que ni pertenecer al grupo premenopausia o postmenopausia, ni la edad, afectan a la satisfacción vital. Por ello, cabría preguntarse qué otros factores pueden estar influenciando este constructo.

A este respecto, Dennerstein et al.⁹³ descubren que la percepción de la menopausia en las mujeres está determinada por dos factores sociodemográficos: el nivel de estudios y la situación laboral, de modo que cuanto mayor es el nivel de ambos, mayor es la satisfacción vital. Esta asociación se repite en los resultados de otros autores^{55,85,95,96} y, además, Castillo, Albala y Dangoui⁷² relacionan un bajo nivel socioeconómico con insatisfacción y pérdida de bienestar. A su vez, García y Maestre⁶⁹ defienden que en las últimas décadas aparece una fuerte relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción con la vida, así como el desempleo se asocia a bajos niveles de bienestar psicológico. Coincidiendo con estas consideraciones, las mujeres menos satisfechas de nuestro estudio pertenecían al grupo de población laboralmente inactiva y, a su vez, las mujeres más satisfechas eran laboralmente activas, tanto en el grupo PRE como en el grupo POST, con estudios medios y altos. Esta relación se debe, según Maslow⁷¹, a que todos aspiramos a satisfacer las necesidades superiores cuando se han cubierto las necesidades inferiores, ya que las personas tenemos un deseo innato para autorrealizarnos, pero no sin considerar previamente las necesidades básicas como la alimentación, la seguridad, etc., alcanzando entonces, la satisfacción completa.

Ahora bien, como ya hemos comentado, en esta etapa particular se explica la influencia de la educación y el trabajo, que la satisfacción vital no depende de la menopausia aunque sí de la edad. Sin embargo, resulta asimismo interesante que la

mayoría de mujeres laboralmente activas pertenecen al grupo PRE y el nivel de estudios básicos fue mayor en las mujeres del grupo POST, así como el nivel medio de estudios fue mayor en las mujeres del grupo PRE. Por tanto, en consecuencia, estas reflexiones se corresponden con una mayor satisfacción con la vida en el grupo PRE y menor en el grupo POST, coincidiendo estos resultados con el estudio de García y Maestre⁶⁹.

Los patrones que son funcionales implican salud y bienestar. Por el contrario, los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir alterados o en riesgo de alteración, describen situaciones que no responden a la salud esperada de una persona⁹⁰, se definen como problemas de salud, limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad y van a depender de los comportamientos personales, es decir, del estilo de vida, debido al cual se ha observado una gran diferencia en la vivencia de la menopausia entre las sociedades occidentales y otras.

Tras analizar este conjunto de elementos, descubrimos que, en general, las mujeres de nuestro estudio no toman tratamiento hormonal, cuidan de su imagen, duermen las horas necesarias, se alimentan saludablemente, no fuman frecuentemente y realizan algún tipo de actividad física, hábitos que podemos calificar como saludables, manteniéndose inalterados los patrones de Percepción de Salud, Nutricional-Metabólico, Actividad-Ejercicio y Sueño-Descanso.

Sobre las bases de las ideas expuestas, Cuadros et al.⁹⁴ establecen que, en el climaterio, las mujeres que tienen insomnio y que no están contentas con su imagen corporal, están menos satisfechas. También, Videra y Reigal⁶⁷ establecen que las mujeres se preocupan más por su aspecto físico que los hombres y si éste no les convence, se sienten insatisfechas. A su vez, Cabañero Martínez¹⁴ revela que las mujeres más satisfechas son las que duermen mejor y tienen buena forma física. Tal es el caso de Dennerstein et al.⁹³, que en su investigación acerca de la relación entre satisfacción vital y estilo de vida, señalan que el sedentarismo, los problemas cotidianos y el tabaquismo disminuyen los niveles de satisfacción vital. En concordancia, Torregrosa-Belando y Moreno-Murcia⁹⁷ subrayan que la actividad física está relacionada positivamente con la satisfacción vital, junto a Fuentes Flores¹¹ que observa también que la práctica deportiva conlleva buenas percepciones del estado de salud, satisfacción con la vida, hábitos de vida saludables y físicos, además que el mayor número de horas dedicadas al ejercicio lo

desempeñaron las mujeres con estudios medios, condición ya comentada que estaba asociada a una mayor satisfacción vital en nuestra investigación. De la misma manera, autores como Grao-Cruces et al.⁵⁵ resuelven que las personas más satisfechas tienen mayor adherencia a la dieta mediterránea y dedican menos tiempo a actividades sedentarias.

En este contexto, Fernández-Alonso et al.⁹⁵ especifican la asociación existente entre un mayor IMC y menor satisfacción con la vida, elemento muy dependiente de las conductas descritas anteriormente. Úbeda et al.⁵⁴, en su investigación con mil doscientas mujeres entre cuarenta a setenta y siete años muestran la correspondencia de una dieta saludable con IMC bajo, menor consumo de alcohol tabaco y mayor actividad física, además que, los hábitos saludables y los no saludables se agrupan. Este hallazgo se manifiesta en nuestra investigación, de manera que las mujeres que con frecuencia realizan más de dos horas de actividad física diaria, obtienen puntuaciones mayores respecto a los hábitos más saludables: cuidan su alimentación y su imagen corporal, se realizan más revisiones médicas y duermen las horas necesarias; en contraposición, las mujeres sedentarias no cuidan su imagen corporal, su alimentación es inadecuada y el porcentaje de mujeres no fumadoras y que realizan controles de salud es escaso.

Por otro lado, Gómez-Santos, Bandín, Ros, Castell, Madrid y Garaule⁹⁸, en 2016, establecen que las mujeres postmenopáusicas manifiestan anomalías del sueño en comparación con las mujeres premenopáusicas. Las mujeres del grupo PRE duermen mejor que las POST, resultados que se repiten en más del 80 % de los trabajos consultados; esto puede deberse a la correlación existente entre las manifestaciones del climaterio y los problemas en el sueño⁷, pero también a los hábitos de vida poco saludables; por ejemplo, un estudio realizado en Qatar⁴², en el que casi un tercio de las mujeres postmenopáusicas tienen dificultad para dormir, se relaciona con un alto IMC, escasa actividad física y el hábito de fumar. Esta asociación es reforzada por los resultados de Fuentes Flores¹¹, que a mayor edad, menos horas dedicadas a la actividad físico-deportiva. De la misma manera que, autoras como Dabrowska et al.⁵⁷ y Elena y Pina⁹⁹ confirman que la actividad física puede reducir algunos de los síntomas climatéricos y mejorar la calidad de vida. Así mismo, Gutiérrez Crespo³², en su estudio, recapitula dificultades del sueño en el 58 % de las encuestadas. También, Cuadros et al.⁹⁴ encuentran mujeres postmenopáusicas con problemas de insomnio y lo relacionan con un alto índice de obesidad, relación también apoyada por Gómez-Santos et al.⁹⁸. Arnedillo et al.⁸¹ y

un estudio desarrollado en Tailandia¹⁰⁰ revelan que la alteración del sueño se da más en la postmenopausia, resultados apoyados por Obermeyer, Reher y Cortés²⁷ que concretan que ocurre más en las mujeres de mayor edad. Este conjunto de reflexiones explican que las mujeres del grupo PRE conservan inalterado el patrón de Sueño-Descanso porque son más jóvenes, presentan menos manifestaciones y también porque cuidan del patrón de Percepción de la Salud mejor que las del grupo POST.

Por otro lado, Úbeda et al.⁵⁴, en una población de mujeres españolas encuentran que el 79 % del total presentan la menopausia, de ellas, el 23 % fuman (>10 cigarrillos), presentan ingestas excesivas de energía, proteínas y colesterol, lo que podría tener repercusiones importantes en su salud, el 80 % dedican más de dos horas a realizar alguna actividad física, por lo que, al comparar estas evidencias, se pone de manifiesto que en nuestros resultados, las mujeres están concienciadas de lo importantes que son las conductas sanas y presumen de hábitos de vida saludables, evitando así mayores complicaciones como el sobrepeso y la obesidad, que están asociados a mayor presencia de manifestaciones: mayor deterioro somático, psicológico, urogenital y detrimento severo de la calidad de vida^{62,95} que favorecen la aparición de ECV^{27,28,101}.

En cuanto a la THS, datos semejantes a los nuestros se recogen en el estudios de Stirtzinger et al.⁸⁴: 93.3% de las encuestadas no toman THS, Fernández Landa⁶:86%, Fernández Alonso et al.⁹⁵: 95% y Gutiérrez Crespo³²: 86%, por lo que parece que la tendencia apunta a que las mujeres consideran que la THS no mejora su bienestar. Añade este psicólogo, que las publicaciones realizadas ponen en duda la relación riesgo beneficio de la THS, al señalar la mayor incidencia de enfermedad tromboembólica venosa y cáncer de mama, entre otras, aunque algunos autores opinan que los resultados referidos al cáncer de mama no se pueden generalizar a todas las mujeres. Esta representación concuerda con el análisis previo respecto al uso de la THS, de manera que en la actualidad estas publicaciones son de difusión pública y por ello muchas mujeres optan por no usarla.

La menopausia es un acontecimiento que provoca una metamorfosis en la mujer por sus ajustes hormonales, metabólicos, psicológicos y sociales, que por lo general se rodea de la aparición de una serie de comportamientos y quejas acompañadas por otros factores ya mencionados.

En base a las afirmaciones anteriores, es evidente que los hábitos de vida saludables repercuten positivamente en el bienestar: las mujeres más satisfechas son las que atienden a su imagen y a su dieta, practican actividad física frecuentemente y duermen adecuadamente, es decir, las mujeres más satisfechas mantienen inalterados los patrones implicados. Y, dado que las pertenecientes al grupo PRE adoptan un estilo de vida más saludable que el grupo POST y son más jóvenes, en consecuencia, están más satisfechas. Por otro lado, en tres estudios llevados a cabo en China¹⁰², Turquía¹⁰¹ y Jordania¹⁰³, se dictamina la edad como un predictor de la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y como un potenciador de las desventajas y frecuencia de los síntomas debidos a la menopausia. Gutiérrez Crespo³² en su estudio, comunica que la edad es influyente para determinar el deterioro en la calidad de vida. Por tanto, hasta ahora, todas las evidencias indican que el bienestar de las mujeres postmenopáusicas es menor que el de las premenopáusicas.

La vivencia del climaterio contiene connotaciones negativas y positivas, por un lado las razones de tipo ambiental como el nivel socioeconómico, por otro, aquellas razones de tipo más personal como por ejemplo las relaciones interpersonales. Cabe destacar a Fernández Alonso et al.⁹⁵, pues las mujeres de mediana edad de su investigación relacionan la soledad con la insatisfacción vital. Así mismo, el porcentaje de las participantes de nuestra investigación que piensan que los demás estarían mejor sin ellas, se sienten menos satisfechas, al igual que las que presentan insatisfacción en su relación de pareja y en el sexo.

Es en esta misma línea, en la que Castillo et al.⁷² asocian la escala de satisfacción vital con el apoyo social estableciendo una relación positiva entre ambos. Sin embargo, en un estudio prospectivo realizado en el año 2000 por Dennerstein et al.⁹¹, el apoyo social no fue un factor decisivo en la satisfacción con la vida, mientras que sí se puso de manifiesto que la satisfacción vital está relacionada positivamente con los sentimientos de pareja y negativamente con los síntomas disfóricos y el bajo estado de ánimo. A su vez, un análisis sobre los predictores de la calidad de vida en las mujeres en edad menopáusica¹⁰¹ revela que la insatisfacción en el matrimonio puede mermar el bienestar de estas mujeres. Así mismo, además de la pareja, es preciso considerar el entorno familiar, estudiado por Martínez Garduño et al.⁹⁶ y Santisteban⁴, que describen mejores resultados cuando está presente, por lo que quizás sería un factor a contemplar en futuros estudios. Las participantes de nuestra investigación muestran la tendencia hacia

una mayor satisfacción vital tanto en el grupo PRE como en el POST en las casadas, mientras que las menos satisfechas son las solteras del grupo PRE y las divorciadas y viudas del grupo POST, lo que nos indica que el apoyo parental es un factor condicionante.

Por otro lado, la investigación de Cabañero Martínez¹⁴ sobre satisfacción vital en embarazadas y puérperas muestra mayor correlación con los indicadores de la dimensión de la CVRS psicológica y emocional (sentimientos y reacciones emocionales) que con aquellos que hacen referencia a la dimensión social (actividades sociales, apoyo social y aislamiento social) y a la dimensión física (dolor y energía). A este respecto, los malestares psicológicos no se pueden justificar sólo por el síndrome climatérico, es decir, la felicidad o bienestar de una persona no está mecánicamente determinada por el hecho de llegar a una edad de la vida concreta, sino que es una meta alcanzable por todas las mujeres y se va conquistando a lo largo de su existencia de manera ordenada, tal como describe Maslow⁷¹ en su Pirámide. Pero, sí se puede presentar una serie de manifestaciones que provoquen una “mala” adaptación al climaterio y una “mala” aceptación del proceso de envejecer, que den paso a esta “infelicidad”, que Aguiló⁸ llama “hiperfrecuencia” y que nosotros la denominamos “insatisfacción” o “pérdida de bienestar”.

Dentro de este marco, Dennerstein et al.²⁸ observan en una muestra de más de trescientas mujeres, cómo los cambios en el estradiol durante la transición menopáusica se relacionan con la ganancia de peso, la sequedad vaginal y la respuesta sexual, que el estado de ánimo depresivo se incrementa con la aparición de las manifestaciones descritas anteriormente y que el funcionamiento sexual se deteriora de manera significativa. Igualmente, Guthrie et al.²⁹ coinciden en que estas modificaciones hormonales favorecen la obesidad, la sequedad vaginal, el estado de ánimo depresivo y la disfunción sexual. Del mismo modo, un análisis²⁷ realizado en Madrid, muestra que las mujeres climatéricas experimentan aumento de peso, cambios en el humor, cambios en el deseo sexual, problemas en su estado emocional y sequedad vaginal, en general, acentuándose esta sintomatología en el grupo de mujeres postmenopáusicas, sobre todo los problemas sexuales. A su vez, Fernández Landa⁶ señala que los signos y síntomas más frecuentes referidos por las mujeres encuestadas son las alteraciones sexuales, del humor y el dolor articular.

Así mismo, Rigquete de Souza, Faria, Silveira, Halász y Antunes¹⁰⁴ declaran que el climaterio es conocido por las alteraciones que produce, que despierta en las mujeres el miedo a envejecer y a desarrollar una vida sexual insatisfactoria. En concordancia, Gutiérrez Crespo³² agrupa los resultados de su estudio por edades, siendo el síntoma más observado: el estado de ánimo depresivo en las mayores de 60 años. Del mismo modo, Llanos Tejada¹ destaca las manifestaciones del dominio psicológico, ya que más de la mitad de las mujeres de su estudio desean abandonar el hogar por sentirse “menos mujer” al no tener nuevos periodos menstruales. A este propósito merecen ser resaltados las encuestadas que muestran desinterés por la vida y por las relaciones sociales y de pareja, todos ellos pensamientos que podríamos catalogar como “depresivos”. Además, la ansiedad o depresión es la manifestación emocional más frecuente y las mujeres del grupo POST (con una media de edad de 58,5 años) la presentan con mayor frecuencia que las del grupo PRE.

En las sociedades industrializadas, existe una tendencia a conceptualizar la menopausia como un episodio de enfermedad cuando no lo es, pero la mujer percibe una inestabilidad que convierte esta época biológica en una etapa generadora de malestares y riesgos para la salud que queda representada en las participantes de nuestra investigación. Sin embargo, según los resultados de varios estudios^{1,2} revisados de Latinoamérica¹⁰⁵ con respecto al conocimiento sobre la menopausia, el 90 % la considera un proceso natural (fisiológico) anterior a la vejez y el 86 % lo viven como un alivio por el hecho de no poder quedar embarazada, mientras que un porcentaje mucho menor (50 %), lo temen por el riesgo a enfermar relacionado con la edad (osteoporosis, cáncer de útero, diabetes mellitus, hipertensión arterial), pero no por la pérdida de la belleza adherida al paso de los años. Por tanto, el paso por esta etapa dependerá, en parte, del valor que la cultura o el medio asignen a la fertilidad y a la maternidad, así como también, a la belleza y juventud de la mujer.

En este sentido, Rondon³¹ insiste en que los síntomas más frecuentes en la etapa del climaterio son los psicológicos porque perturban gravemente el bienestar y establece una relación entre las mujeres de niveles socioeconómicos y culturales más bajos y mayor presencia de síntomas afectivos en la perimenopausia. Por otra parte, Chowta, Sebastian y Chowta¹⁰⁶ también asocian el grupo socioeconómico y los síntomas, de manera que el de nivel menos bajo sufría más síntomas genitourinarios y psicológicos que en el medio, mientras que el de un

nivel socioeconómico más bajo referían más síntomas vasomotores. Sin embargo, en el estudio de Obermeyer et al.²⁷, las mujeres estudiadas están “*relativamente bien situadas*” y valoran su salud como “*aceptable*”, sin embargo, manifiestan numerosas alteraciones que ya hemos citado en el párrafo anterior relacionadas con el climaterio, por lo que se debe tener en cuenta que la mujer trabajadora está expuesta a sobrecargas laborales estresantes que se convierten en elementos deteriorantes de la salud, que se pueden expresar en síntomas más severos⁷.

Tras una revisión sobre las manifestaciones climatéricas en diversos países del mundo, resumimos: un estudio llevado a cabo en el Golfo Pérsico¹⁰⁷, el 69 % de las mujeres se quejan de síntomas físicos, 59 % psicosociales y 40 % sexuales; en China¹⁰², en las mujeres postmenopáusicas empeora su calidad de vida por síntomas psicosociales, físicos y sexuales; en Tailandia¹⁰⁰ los síntomas psicológicos fueron los más destacados (98 %) seguido de los síntomas urinarios y el dolor en articulaciones se asoció con la postmenopausia, resultados coincidentes con los nuestros; en Brasil¹⁰⁸, la fatiga es la queja más frecuente tanto en mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas como postmenopáusicas; en Jordania¹⁰³, destaca la gravedad de los síntomas sexuales que se relacionan con la edad, la economía familiar, nivel de educación, paridad, el estado de salud percibido y el estado menopáusico, siendo más notorios en la postmenopausia; en Irán¹¹⁰, las mujeres tienen mayores puntuaciones en la dimensión física; en Qatar⁴², el dominio psicológico y los síntomas sexuales son más prominentes en la postmenopausia temprana y tardía; en Malasia¹¹¹, los síntomas urogenitales son significativamente mayores en el grupo después de la menopausia en comparación con el grupo de transición, resultados similares a los nuestros; en la India³⁰ prevalecen los síntomas emocionales (llanto, depresión, irritabilidad) dolor de cabeza, disuria, problemas musculoesqueléticos (dolor en articulaciones y dolor muscular) problemas sexuales (disminución de la libido y dispareunia) y problemas genitales (picor y sequedad vaginal).

De estas evidencias, se obtiene la teoría de que los factores socioculturales priman en el conjunto de elementos que perturban la vida de las mujeres durante el climaterio, es decir, lo social y lo personal modulan el bienestar subjetivo y determinan la adaptación a eventos negativos, pero, sin olvidar la influencia de otros elementos, como la edad. En este sentido, cabe destacar nuevamente a Obermeyer et al.²⁷, que manifiestan que algunos síntomas menopáusicos son nulos en mujeres jóvenes y aparecen y se acentúan con la edad, en mayor medida, los

genitourinarios y sexuales, tal como se muestra en nuestros resultados. Concretamente, el patrón Cognitivo-Perceptivo es el más alterado en el grupo POST y los patrones de Eliminación y Sexualidad-Reproducción, sólo se afectan en el grupo POST, resultados semejantes a los obtenidos por Gutiérrez Crespo³².

Al igual que hemos llevado a cabo en nuestra investigación, existen varios estudios en los que analizan la sintomatología del climaterio pero dividida en dos (o tres) grupos: premenopausia, (perimenopausia en algunos) y postmenopausia, o distribuidas por edades: Chowta, Sebastian y Chowta¹⁰⁶ determinan mayor número de síntomas en las mujeres perimenopáusicas (incluyendo a las postmenopáusicas); por otro lado, Gutiérrez Crespo³², que confirma la presencia de problemas sexuales, sequedad vaginal e incontinencia urinaria, en más de la mitad de las mujeres mayores de sesenta años y casi ausente en el grupo de menor edad (cuarenta a cuarenta y nueve años), por lo que concluyó que la edad es lo suficientemente influyente para determinar la severidad del dominio psicológico (estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental) y urogenital (problemas sexuales, problemas con la orina, sequedad vaginal). Resultados semejantes también los de Sánchez y Hernández¹¹²: el deseo sexual, la satisfacción sexual y los cambios corporales (lubricación vaginal) son señalados por más de la mitad de las mujeres de su investigación. A su vez, Rodrigues y Hayashida¹¹³ determinan que las mujeres, en sus relaciones conyugales, pueden generar angustias y ansiedades, por lo que esperan respeto y compañerismo por parte de la pareja. De esta misma opinión es Riguete de Souza et al.¹⁰⁴, cuyas revisiones muestran que las mujeres priorizan la valoración de la calidad de las relaciones y la manifestación emocional y romántica de la pareja, frente al acto sexual propiamente dicho. En esta misma línea, pero más concretamente, una investigación desarrollada en China¹⁰² manifiesta el desgaste gradual que sufre la vida sexual de las mujeres postmenopáusicas con el avance de la menopausia y la edad, desarrollando un sentimiento negativo en la calidad de la vida sexual. Pero, la sexualidad va mucho más allá de las relaciones sexuales de la pareja, de lo genital o de la conducta reproductiva⁴¹, la sexualidad matiza los intercambios entre las personas en su vida familiar, laboral y social, lo cual es un importante indicador del bienestar y de la calidad de vida¹¹⁴.

Diversas revisiones disponibles concluyen que existe una asociación entre determinados aspectos de la sexualidad (disminución del interés sexual, la frecuencia del coito y la lubricación vaginal) y el climaterio, pero que debemos

tener en cuenta otros factores: la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma³. A este respecto, *“La sexualidad se reconoce en todas las épocas de la vida como una fuerza integradora de la identidad, que contribuye a fortalecer y/o producir vínculos integrales, además de ser el placer sexual, fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual, que cuando está libre de conflictos y angustias promueve el desarrollo personal y social”*³⁷, por lo que se debería mantener una vida sexual sana por los beneficios que aporta según la definición expuesta, pero adaptada a cada una de las etapas de la vida.

Generalmente la pérdida del interés sexual es inherente al paso de los años e investigadores como Couto y Nápoles⁷ advierten que las disfunciones sexuales son probablemente la causa más frecuente que sufren las mujeres en las clínicas de menopausia, por eso existe la hipótesis de la relación entre menopausia y disfunción sexual, mostrada en estudios como los de Obermeyer et al.²⁷ y Fuentes et al.⁹¹ entre otros. Una vez más, encontramos coincidencias con los resultados de nuestra investigación, de modo que la disfunción sexual es una de las manifestaciones más frecuentes en las mujeres, destacando en el grupo de mayor edad (POST). También, de acuerdo con Goberna Tricas⁴³, debe tenerse en cuenta que la sexualidad puede verse alterada por otros problemas físicos o mentales que deterioran la salud, la paridad o el empleo de algún medicamento⁷.

En concordancia con lo expuesto anteriormente, McCoy y Davidson¹¹⁵, ya en 1985, exponen diferencias en la frecuencia sexual antes y después de la menopausia, de manera que, una vez más, las mujeres postmenopáusicas presentan menos pensamientos y fantasías sexuales, falta de lubricación durante el coito, menor satisfacción con sus parejas como amantes, disminución del interés sexual y de la frecuencia del coito, semejantes resultados en un nuevo estudio en 2001¹¹⁶. Igualmente, Bener y Falah⁴² muestran que más del 75 % de las mujeres sufren además de disfunción sexual, cefalea, irritabilidad, fatiga, depresión, nerviosismo, falta de concentración, junto a los efectos más preocupantes de la osteoporosis relacionada con la menopausia y la cardiopatía isquémica, destacando que *“la edad de la menopausia natural es un tema importante de investigación debido a los supuestos vínculos entre ésta y el riesgo de ciertas enfermedades”*.

En definitiva, todas las manifestaciones que listan estos investigadores han aparecido en este estudio: dolor articular y muscular, ansiedad o depresión, desinterés, insatisfacción y problemas sexuales, de modo que, aunque no tenemos datos sobre enfermedades citadas, sí podemos resaltar que el riesgo de que estas mujeres padezcan osteoporosis o ECV es mayor en las del grupo POST, puesto que están relacionados con mayor edad y se potencia con hábitos de vida inadecuados.

Asimismo, ya que los cambios hormonales pueden afectar negativamente la calidad de vida, la composición corporal y el riesgo de enfermedades graves, el mantenimiento de un estilo de vida correcto en los años de la premenopausia es crucial para vivir una menopausia saludable.

En este sentido Araya, Urrutia y Cabieses¹⁰⁹ señalan que un equipo de salud debe desarrollar estrategias educativas oportunas para las mujeres en este periodo, de modo que les transmitamos actitudes positivas sobre esta etapa y sobre un envejecimiento sano. De hecho, en su estudio rotulan estrategias de educación organizadas en etapas según la problemática de la mujer a lo largo del climaterio y postmenopausia, considerando que la Tercera etapa debe estar protagonizada por la prevención de patologías a largo plazo: cáncer de mama, ECV y osteoporosis, patologías que hemos estudiado a lo largo de nuestra investigación por su influencia en el bienestar de las mujeres de mediana edad.

El nivel de educación es otro factor que influye en la vivencia de los síntomas climatéricos según la opinión de Gutiérrez Crespo³¹, es decir, las mujeres con bajo nivel educacional tienen síntomas más severos que los de un nivel educacional superior. Aunque esta circunstancia la justificó este autor relacionando el menor nivel educacional con peor acceso a la información y la carencia de posibilidades económicas para acceder a un tratamiento farmacológico.

Se expresa por otra parte, en un estudio que relaciona los hábitos alimentarios con el nivel de conocimientos sobre el climaterio¹¹⁷, que los comportamientos inadecuados no están ligados a conocimientos deficientes sino a un posible problema de actitud debido tal vez a la dificultad de modificar conductas en la edad adulta. Por ejemplo, de las participantes, las de nivel de conocimientos alto o muy alto no se alimentaban adecuadamente. Sin embargo, esta teoría es desmantelada por Arnedillo et al.⁸¹, entre otros, en cuyos descubrimientos, el 98 % de las mujeres cree importante obtener información antes de llegar la menopausia y el 96 % le gustaría recibir algún tipo de información o consejo por parte de los profesionales

sanitarios, ya que sienten mayor comodidad para hablar sobre estos temas 50 % con el médico y 31 % con la matrona. También, Stirtzinger et al.⁸⁴ demuestran en un estudio prospectivo, que, tras la aplicación de un taller educacional en cuarenta mujeres de las que más de la mitad son postmenopáusicas, disminuyen los síntomas psicológicos relacionados con la menopausia, la preocupación por la sexualidad y mejoran sus relaciones familiares. Además las mujeres razonan mejor el cambio que supone llegar al climaterio, entienden una buena salud postmenopáusica y consultan a profesionales, es decir, desarrollan un cambio de actitud. También Martínez-Garduño, Olivos-Rubio, Gómez-Torres y Cruz-Bello¹¹⁸ refuerzan la importancia de la intervención educativa para mejorar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. A su vez, Nappi y Lachowsky¹¹⁹ añaden que dar a las mujeres la oportunidad de hablar sobre los problemas sexuales es una parte fundamental de la atención de la salud y puede mejorar su calidad de vida. Por todo ello, se debería establecer prácticas dirigidas a las mujeres en el climaterio con el fin de conservar la integridad de los patrones mencionados.

En resumen, los resultados de los estudios consultados apuntan a una relación entre la satisfacción con la vida, las manifestaciones del climaterio y los hábitos de vida saludables, los cuales hemos comprobado en nuestra investigación.

2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En relación al instrumento utilizado, el cuestionario seleccionado para medir las variables analizadas ha resultado ser de gran utilidad en el desarrollo de nuestro estudio pero, a pesar de alcanzar un coeficiente alfa de Cronbach de 0,85, la evaluación de la satisfacción vital es subjetiva y en ella podrían intervenir factores variantes, como el estado de ánimo, sesgos de memoria, el contexto en el que se formula la pregunta (a pesar de que estudios ya mencionados en el apartado anterior han demostrado que es un constructo muy sólido).

En nuestra investigación no se consideró la salud, factor que, por un lado, sabemos que la mayoría de la población de la Región de Murcia la percibe como buena o muy buena y por otro lado, Zegers Prado et al.⁸⁵ la destacan como determinante en la satisfacción vital y en el bienestar subjetivo, por lo que sería

interesante conocer cómo se comportan estas variables entre sí en las mujeres encuestadas ya que existen diferencias tanto de género como de edad.

La recogida de información se basa en la declaración subjetiva de información que las mujeres refieren. En ocasiones, durante la cumplimentación del cuestionario no estuvo presente la investigadora y en otras, la cumplimentación del cuestionario la realizaron en pequeños grupos, lo que pudo llevar a algunas mujeres a condicionar sus respuestas y responder lo deseable socialmente.

Por otra parte, los sofocos son un signo generalizado que agrava manifestaciones como el insomnio y el nerviosismo, por lo que cabría contemplarlo para completar el cuestionario.

En este estudio se ha empleado un diseño transversal, cuyas principales ventajas son la rapidez con la que se obtienen los datos y lo relativamente poco costoso. Sin embargo, los resultados serían más estables con un estudio prospectivo tomando los datos PRE y POST menopausia en la misma muestra, lo que nos permitiría apreciar los cambios evolutivos que suceden a través del tiempo.

3. PERSPECTIVAS DE FUTURO

Los resultados de esta investigación nos plantean las necesidades futuras de incorporar nuevas dimensiones en las investigaciones sobre el climaterio tales como:

- Elaborar programas educativos dirigidos a mejorar el bienestar, interviniendo en el estilo de vida, los cuales han mostrado grandes beneficios y además pueden contribuir a una disminución en los gastos sanitarios públicos
- Establecer las asociaciones femeninas como el lugar idóneo para llevarlos a cabo, ya que, de esta manera, se abre un campo más sociocultural al ámbito sanitario
- Elaborar el estudio de la satisfacción vital en el climaterio en poblaciones urbanas y comparar los resultados

- Complementar con estudios de corte cualitativo para poder indagar sobre la experiencia vivida del fenómeno del climaterio, distinguiendo etapas como la PRE y POST.



Conclusiones

CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio, gracias a los resultados obtenidos con la población de mujeres climatéricas de las pedanías del Sur de Murcia, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1-Las mujeres de nuestro estudio presentan un adecuado bienestar en esta etapa del ciclo vital.

2-El grado de satisfacción con la vida está asociado con la edad de las mujeres, disminuyendo conforme aumentan los años.

3-El mayor nivel de satisfacción, quedando así cubierto el patrón de Valores-Creencias, se asigna a las mujeres con nivel de estudios medio o superior, las que son laboralmente activas, cuidan de su imagen corporal, mostrando más interés en sus relaciones de pareja, sus niveles de ansiedad son menores, al igual que se encuentran más integradas con su vida.

4- El nivel de satisfacción vital mayor se sitúa en el grupo PRE, ya que en ellas predominan las activas laboralmente y el nivel medio de estudios.

5- La mayoría de mujeres estudiadas mantienen hábitos de vida saludables, cuidan su imagen, duermen las horas necesarias, se alimentan adecuadamente, son no fumadoras, practican actividad física y realizan controles de salud, por lo que en general, cubren adecuadamente los patrones de Percepción de la Salud, Nutricional-Metabólico, Actividad-Ejercicio y Sueño-Descanso, aunque el descanso es superior en el grupo PRE, así como la escasez del hábito tabáquico.

5- Los hábitos saludables y no saludables se agrupan, de forma que las mujeres que practican actividad física, cuidan de su imagen corporal, su alimentación saludablemente, realizan revisiones médicas y duermen las horas necesarias. Por el contrario, las mujeres sedentarias no cuidan su alimentación, muestran desinterés por su imagen, el descanso es insuficiente, siendo escaso el porcentaje de no fumadoras y de las que realizan controles de salud.

6-En la mayoría de las mujeres estudiadas predomina el dolor muscular y articular, seguido de ansiedad o depresión, pérdida de interés sexual, infelicidad en la relación de pareja e insatisfacción sexual, por lo que presentan alterados los

patrones de Sexualidad-Reproducción, Tolerancia al estrés; Autopercepción-Autoconcepto, Rol-Relaciones, siendo el primero el más disfuncional.

7-Las mujeres del grupo PRE presentan menos manifestaciones relacionadas con el climaterio que las del POST: se sienten menos ansiosas o deprimidas y más felices en su relación de pareja, se sienten menos desmotivadas, tienen mayor interés por el sexo y éste es más satisfactorio; mientras que las del POST refieren dolor muscular y articular, incontinencia y picor y sequedad vaginal con más frecuencia.

8- Dado que, un nivel de satisfacción vital mayor se observa en mujeres más jóvenes, con estudios medios o superiores, laboralmente activas, que cuidan su imagen, su alimentación, practican actividad física y nunca se sentían ansiosas o deprimidas, condiciones encontradas en el grupo PRE; unido a que un nivel de satisfacción vital menor prevalece en mujeres de mayor edad, con estudios básicos, que sienten desinterés por la vida e infelicidad con su pareja, realidades pertenecientes al grupo POST, como conclusión final podemos ultimar que las mujeres premenopáusicas están más satisfechas con sus vidas que las postmenopáusicas, gozando de un mejor nivel de bienestar.

Estos resultados nos hacen pensar acerca de que este acontecimiento del ciclo vital está muy relacionado con el cumplimiento de los años y con circunstancias sociales y emocionales y no solamente con la deficiencia hormonal. El anticiparse a ello puede ser una medida eficaz para que las mujeres se sientan mejor, elaborando programas educativos dirigidos a mejorar el bienestar de las mujeres, desarrollando estrategias educativas oportunas para las mujeres en este periodo, ya que se han obtenido resultados favorables en estudios longitudinales^{23,77,81,82}.

A este respecto, nos apoyamos en el método de Araya et al.¹⁰⁹, quien considera que el equipo de salud debe desarrollar habilidades de comunicación, en tono positivo, tanto acerca del climaterio como del envejecimiento saludable. Por un lado, las enfermeras y matronas conocedoras del tema pueden contribuir en la atención de estas mujeres al disminuir la incomodidad y el temor, a través de asesoramiento, apoyo, evaluación y educación en la perimenopausia. Por otro lado, los estudios manifiestan que las mujeres demandan información y apoyo por parte de los profesionales de la salud, igual que los profesionales de la salud necesitamos conocer de qué manera los síntomas climatéricos perturban el bienestar de las mujeres para desarrollar nuestra labor en base a la evidencia.

Pero, también se debe considerar que, esta educación debe ser emprendedora en los contenidos, ya que las necesidades de las mujeres a lo largo del periodo son muy diferentes, por lo que Araya et al.¹⁰⁹ propone organizar en etapas según la problemática de la mujer a lo largo del climaterio y postmenopausia, igual que la Educación Maternal tan ampliamente expandida a la población y a los profesionales se organiza por etapas.

- Aspectos transversales: promover hábitos de vida saludables: ejercicio y alimentación.
- Primera etapa: (cuarenta años) irregularidades menstruales y cambios físicos y psicológicos.
- Segunda etapa: detectar y abordar mujeres que viven un climaterio sintomático. Soporte y apoyo. Manifestaciones psicológicas, vasomotoras y de la esfera sexual. Considerar indicación de THS e informar de beneficios y efectos adversos.
- Tercera etapa: prevención de patologías a largo plazo: cáncer de mama, ECV y osteoporosis. Abordar envejecimiento.

Se trata pues, de empoderar a las mujeres y que esta etapa se entienda como un proceso natural, de desarrollo, en busca de la serenidad y de la autorrealización personal. Gran parte de bienestar de los años que tienen por delante van a depender de la reflexión y evaluación de esta etapa y de que algo está cambiando interiormente.

Como reflexión final indicaremos que en el panorama social actual nos encontramos con cambios en la distribución de la población motivados por el aumento de la esperanza de vida y por tanto el número de mujeres climatéricas. Para responder a esta nueva demanda de salud, los profesionales debemos desarrollar estrategias de intervención que permitan abordar el cuidado de las mujeres desde un punto de vista holista y la educación es clave para promocionar estilos de vida saludables en esta etapa, de manera que la mujer adquiera la capacidad de tomar decisiones en favor de su salud. Por ello, la enfermería se enfrenta a un desafío para establecer una atención centrada en la real problemática de este grupo y, para ello, es necesario aportar nuevas investigaciones que nos permitan entender mejor esta etapa. Así, este trabajo creemos que supone una aportación al estudio del bienestar de las mujeres. El hecho de usar la muestra representativa y utilizar un instrumento fiable y válido para medir la satisfacción

vital aporta un valor añadido. Además, este estudio contribuye en la evaluación de la satisfacción vital en el climaterio utilizando instrumentos validados específicos (Escala Cervantes modificada) y estableciendo dos grupos determinados por la menopausia, grupo PRE y POST, por lo que ante los resultados obtenidos, nuestro cuestionario mostró un buen comportamiento con una muestra de doscientas cincuenta y seis mujeres de cuarenta y cinco a sesenta y cinco años, perimenopáusicas, pertenecientes en su mayoría a familias tradicionales y a una sociedad semirural envejecida en la que predomina el nivel de estudios y un nivel socioeconómico medio-bajo, lo cual amplía sus posibilidades de utilización en otras poblaciones semejantes.



Bibliografía

- [1] Llanos Tejada FK. Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana. Rev Med Hered [Internet]. 2004 [citado 2016-06-28]; 15(1):24-29 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2004000100006&lng=es&nrm=iso
- [2] Leyva Moral JM. La dominación del cuerpo femenino: análisis feminista del climaterio y las prácticas de cuidado profesional. Ene. [Internet]. 2014 [citado 2015 Ene 20]; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014001100005
- [3] Grupo de trabajo de Menopausia y Postmenopausia. 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. 2004
- [4] Santisteban S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(2):251- 270
- [5] Botello Hermosa A. Aproximación a las creencias populares sobre los ciclos vitales femeninos desde la perspectiva de género. [Tesis doctoral] Universidad de Sevilla: Facultad de Psicología; 2012.
- [6] Fernández Landa MJ. Prácticas y Creencias de la Población Femenina relacionadas con el climaterio en la UAP Balmaseda. [TFG]. Escuela Universitaria De Enfermería De Leioa; 2013.
- [7] Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. MEDISAN [Internet].2014. (Accessed 9 Diciembre 2015) 18(10):1409-1418. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014001000011&lng=es
- [8] Aguiló E. Grupos de mujeres. Menopausia, Madurez y Vida Cotidiana. Una propuesta de intervención grupal desde un Centro de Salud. Dimensión Humana [Internet]. 2001. (Accessed: 9 de Marzo 2015). 5(1) Disponible en:

<http://www.area3.org.es/sp/item/50/E.%20Aguil%C3%B3:%20Mujeres:%20menopausia%20madurez%20y%20vida%20cotidiana>

[9] Freixas A. Nuestra menopausia. Una versión no oficial. Barcelona: Ediciones Paidós; 2007.

[10] Vázquez C, Duque A, Hervás G. Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults: Validation and Normative Data [Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos]. Span J Psychol [Internet] 2013. (Accessed: 9 de Marzo 2015). 16(82):1–15. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Carmelo_Vazquez2/publication/258526489_Satisfaction_with_Life_Scale_in_a_Representative_Sample_of_Spanish_Adults_Validation_and_Normative_Data/links/00b495285282780945000000.pdf

[11] Fuentes Flores P. Estado de Salud Percibido, Autoconcepto Físico y Metas personales en mujeres físicamente activas. [Tesis doctoral]. Universidad de Extremadura; 2014.

[12] Instituto Nacional De Estadística (INE) [base de datos en línea]. (Accessed 23 April 2016) file://srvfiles02/homes/JMC96G/Documents/4_9_Defunciones.pdf
<http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>

[13] Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale [Escala de satisfacción con la vida]. J Pers Assess. 1985. 49(1): 71-75

[14] Cabañero Martínez MJ. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. Psicothema [Internet]. 2004. 16 (3):448-455. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/3017.pdf>

[15] Grupo Científico Organización Mundial para la Salud de Investigaciones sobre la Menopausia en los Años Noventa. 1994: Ginebra, Suiza. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa: informe de un grupo científico de la OMS (OMS, Serie De Informes Técnicos 866) p 41, 49.

[16] Organización Mundial para la Salud. Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020 [Reunión conjunta de expertos sobre los objetivos e indicadores para la salud y el bienestar de la Salud 2020]. 2013: Copenhagen, Denmark. P 4, 14. (Consultado 1 Junio de 2016). Disponible en

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020-2013>

[17] Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull.* 1999; 125(2) 275-302.

[18] Instituto de desarrollo comunitario. El Asociacionismo de las Mujeres en la Región de Murcia. Informe de Investigación de las asociaciones de Mujeres en la Comunidad Autónoma de la Región Murcia. Consejería de Presidencia de la Región de Murcia e Instituto de la Mujer. Consultado 19 de Marzo 2015. Disponible en: <http://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/216982/El+asociacionismo+de+las+mujeres+en+la+Regi%C3%B3n+de+Murcia/d8caef51-d7f8-4f75-9ca9-b5b236b20ffb>

[19] Lugones Botell M, Quintana Riverón T, Cruz Oviedo Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1997; 13(5)

[20] Escobar, M., Pipman, V., Arcari, A., Boulgourdjian, E., Keselman, A., Pascualini, T., Alonso, G., y Blanco, M. Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. *Archivos Argentinos de Pediatría.* 2010. [Consultado 7 de Julio de 2016]; 108 (4)363-369. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2010/v108n4a17.pdf>

[21] López-Mato Andrea, Illa Gonzalo, Boulosa Oscar, Márquez Coral, Vieitez Alejandra. Trastorno disfórico premenstrual. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2000 [Consultado 24 Oct 2016]; 38(3): 187-195. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272000000300006&lng=es

[22] Cunningham, F. Gary. *Williams Obstetricia.* Mexico; McGraw Hill; 2011

[23] Gutiérrez Gómez-Calcerrada, S. Tratamiento Cognitivo Conductual en la Menopausia. [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. (2012) Disponible en <http://eprints.sim.ucm.es/15064/1/T29223.pdf>

[24] Bosccino S. Aspectos psiconeuroendocrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. *Rev Psiquiatr Urug.* 2005; 70(1): 66-79.

- [25] Freedman RR, Roehrs TA. Sleep disturbance in menopause. Menopause [Internet]. 2007 (Accessed 2 Julio 2016) ; 14(5): 826-829. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17486023>
- [26] Costa GMC, Gualda DMR. Conocimiento y significado cultural de la menopausia para un grupo de mujeres. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1):81-89.
- [27] Obermeyer, CM., Reher, DS., Cortés Alcalá, L. Decisiones terapéuticas para la menopausia: una aproximación desde las Ciencias Sociales [Tesis Doctoral]. Madrid. Universidad Complutense. 2004
- [28] Dennerstein L, Lehert P, Guthrie JR, Burger HG. Modeling women's health during the menopausal transition: a longitudinal analysis [Ajuste de la salud de las mujeres durante la transición menopáusica: un análisis longitudinal]. Menopause [Internet]. 2007 (Accessed 2 Julio 2016); 14(1): 53–62. Disponible en: <http://www.fondazionecuore.it/PremioStresa%5C12.%20DENNERSTEIN%20TES TO.pdf>
- [29] Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne women's Midlife Health Project. Climacteric. 2004. (Accessed 4 Junio 2016); 7(4): 375-389. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15799609>
- [30] Borker SA, Venugopalan PP, Bhat SN. Study of menopausal symptoms and perceptions about menopause among women at a rural community in Kerala. J Midlife Health. 2013 Jul (Accessed 28 Junio 2016); 4(3):182-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3952411/>
- [31] Rondon, MB. Aspectos sociales y emocionales del climaterio. Evaluación y manejo Simposio de Climaterio y Menopausia. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54:99-107. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n2/pdf/a07v54n2.pdf
- [32] Gutiérrez Crespo HF. Evaluación de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio en la clínica Centenario Peruano Japonesa. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Perú. 2010.
- [33] Leno González D, Leno González JL, Lozano Guerrero MJ. Estereotipo psico-socio-cultural de la menopausia en mujeres rurales. Enfermería Global [Internet].

2006 (Consultado: 13 de Junio de 2016). 5(9):1-10. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/296/275>

[34] Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: a narrative review. *Maturitas* [Internet]. 2016 (Accessed: 3 de Junio de 2016); 87:49-60. Disponible en: <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/1524.pdf>

[35] Avis N, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* [Internet]. 2000 (Accessed 2 Julio 2016); 7(5):297-309. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10993029>

[36] Reich W. *Die Sexualität im Kulturkampf (Revolución Sexual) Traducción de Sergio Moratiel, revisada y corregida por el Wilhelm Reich Infant Trust Fund*. México: Artemisa; 1985.

[37] Martínez Camilo V, Paz Aranda P. Estudio de la sexualidad en la mujer en el período climatérico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2005. (Consultado: 3 de Julio de 2016); 28(1):54-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300004

[38] Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y reproductiva. 2016. (Consultado: 14 de Julio de 2016). Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

[39] Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: Atención Integral de la salud de la mujer en climaterio. Montevideo; 2009 (Consultado: 3 de Febrero de 2016); p8. Disponible en: <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-atencion-integral-salud-mujer-climaterio.pdf>

[40] Goberna Tricas J. Promoción de la salud en el climaterio. *Matronas Prof* [Internet]. 2002 (Consultado: 20 de Enero de 2015); 8: 4-12. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/29059/1/506042.pdf>

[41] Botella Llusía J. La sexualidad en el climaterio. En la edad crítica. 1ª edn. Barcelona: Editorial Salvat; 1990.

- [42] Bener A, Falah A. A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. *J Midlife Health* [Internet]. 2014(Consultado: 4 abril 2016); 5(3): 126-134. Disponible en: <http://www.jmidlifehealth.org/downloadpdf.asp?issn=0976-7800;year=2014;volume=5;issue=3;spage=126;epage=134;aulast=Bener;type=2>
- [43] Leiris Michel. La menopausia: cómo afecta a las mujeres y cómo resolverla. Barcelona: Icaria Ediciones; 1994.
- [44] Centro Regional de Estadísticas de Murcia (CREM). 2016 (Consultado 30 de Marzo de 2016). Disponible en: <http://econet.carm.es/>
- [45] Atsma F, Bartelink ML, Grobbee D, van der Schouw Y. Postmenopausal status and early menopause as independent risk factors for cardiovascular disease: a meta-analysis. *Menopause*. 2006. (Consultado 2 de Julio de 2016); 13(2):265-279. Disponible en: http://journals.lww.com/menopausejournal/Abstract/2006/13020/Postmenopausal_status_and_early_menopause_as.17.aspx
- [46] Holguera Blázquez C. Carcinoma de endometrio. Métodos de imagen, in grupo de enfermería SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica). Guía de tumores Ginecológicos. Oncología Radioterápica. Madrid: Arán; 2015. 118-126.
- [47] Holguera Blázquez C. Resonancia magnética en la estadificación del cáncer de cérvix, in grupo de enfermería SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica) (ed.) Guía de tumores Ginecológicos. Oncología Radioterápica. Madrid: Arán; 2015. pp. 32-42
- [48] Reig Castillejo A, Sancho García S, Córdoba Largo S. Cirugía conservadora en el cáncer de cérvix, in grupo de enfermería SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica) (ed.) Guía de tumores Ginecológicos. Oncología Radioterápica. Madrid: Arán; 2015. pp. 44-46.
- [49] González Suárez HA, Reig Castillejo A, Córdoba Largo S. Cáncer de vagina, in grupo de enfermería SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica) (ed.) Guía de tumores Ginecológicos. Oncología Radioterápica. Madrid: Arán; 2015. pp. 186-188.
- [50] Rodríguez Rodríguez I, Córdoba Largo S, Sancho García S. Cáncer de vulva, in grupo de enfermería SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica)

(ed.) Guía de tumores Ginecológicos. Oncología Radioterápica. Madrid: Arán; 2015. pp. 192-197

[51] Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. 2016. (Consultado: 14 de Julio de 2016). Disponible en: www.who.int

[52] Díaz Curiel M, García JJ, Carrasco JL, Honorato J, Pérez Cano R, Rapado A, Álvarez Sanz C. Prevalencia de osteoporosis determinada por densitometría en la población femenina española. Med Clin [Internet]. 2001. (Accessed: 6 de Julio de 2016); (116):86-88. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/256811639> Prevalencia de osteoporosis evaluada por densitometria en la poblacion femenina espanola

[53] Gallagher JC. Effect of early menopause on bone mineral density and fractures. Menopause [Internet]. 2007. (Accessed: 6 de Julio de 2016); 14(3Pt2):567-71. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/6354360> Effect of early menopause on bone mineral density and fractures

[54] Úbeda N, Basagoiti M, Alonso-Aperte E, Varela-Moreiras G. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. Nutr Hosp [Internet]. 2007 Jun [Citado 2015 Ene 20]; 22(3): 313-321. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n3/original2.pdf>

[55] Grao-Cruces A, Nuviala A, Fernández-Martínez A, Porcel-Gálvez AM, Moral-García JE, Martínez-López EJ. Adherencia a la dieta mediterránea en adolescentes rurales y urbanos del sur de España, satisfacción con la vida, antropometría y actividades físicas y sedentarias. Nutr Hosp [Internet]. 2013 Ago [citado 2015 Dic 09]; 28(4): 1129-1135. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n4/21original12.pdf>

[56] Prior Pellicer R, Pina Roche F. (2011) El logro de la madurez femenina: la experiencia del climaterio en un grupo de mujeres. Enfermería Global. (23):330-345.

[57] Dabrowska J, Dabrowska-Galas M, Rutkowska M, Michalski, BA. Twelve-week exercise training and the quality of life in menopausal women – clinical trial. Menopause [Internet]. 2016 (citado 1 junio 2016); 15(1):20-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27095954>

- [58] Valls Llobet C. Medicalización de las mujeres y normalización de la inferioridad, in Sánchez López MJ. (ed.) *La salud de las mujeres*. Madrid: Síntesis; 2013. P: 42- 44.
- [59] Valls Llobet C. *Mujeres, salud y poder*, 1st edn., Madrid: Cátedra; 2009.
- [60] Coutado Méndez A, Bello González A, Román Vara MD, Barcón Martínez MD. Menopausia. Abordaje desde Atención Primaria. *Cad Aten Primaria* [Internet]. 2008. (Consultado: 6 de Julio de 2016). 15:33-38. Disponible en: http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL15/04_Saber_N15_1.pdf
- [61] Pérez A LE, Rojas IC. Menopausia: Panorama Actual De Manejo. *Rev.Fac.Med* [Internet]. 2011 June [Consultado 2016 July 07]; 19(1):56-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562011000100006&lng=en
- [62] Romero-Pérez I, Monterrosa-Castro Á, Paternina-Caicedo Á. El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopáusicos y deterioro severo de la calidad de vida. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2014 May [Citado: 2015 Dic 09]; 30(2): 180-191. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000200009&lng=en
- [63] Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. (Consultado: 12 febrero 2016). Disponible en: www.murciasalud.es/plandesalud
- [64] Sánchez López MP. Medicalización de las mujeres y normalización de la inferioridad, in Sánchez López MJ. (ed.) *La salud de las mujeres*. Madrid: Síntesis; 2013. p. 37-38.
- [65] Diccionario de la Real Academia Española (RAE). 23.^a edición. 2014. (Consultado: 12 febrero 2016). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=5TwfW6F>
- [66] Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X, Martí A, y el Grupo Cervantes. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la escala Cervantes. *Med Clin (Barc)*2004; 122(6): 205-11.

- [67] Videra-García A, Reigal-Garrido R. Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2013 Ene [Citado: 2015 Dic 09] ; 29(1): 141-147. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013001100117
- [68] Abellán García A, Vilches Fuentes J, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red* [Internet]. 2014. (Consultado: 5 de Julio de 2016). Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
- [69] García-Viniegras C, Maestre Porta S. Climaterio y bienestar psicológico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2003. (Accessed 10 Mayo 2016); 29(3). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000300010&Ing=es
- [70] Atienza FL, Pons D, Balaguer I, García-Merita M. Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. 2000. *Psicothema* 12(2): 314-319.
- [71] Maslow, AH. *Motivation and personality*. New York: Harper;1954.
- [72] Castillo-Carniglia A, Albala C, D.Dangour A, Uauy R. Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Rev Gac Sanit*. 2012; 26(5):414-420.
- [73] Sánchez Elena MJ, García Montes JM, Valverde Romera M, Pérez Álvarez M. Enfermedad crónica: vitales satisfacción estilos y de Personalidades adaptativa. *Clínica y Salud* [Internet]. 07 2014 [Consultado 09 de enero 2015]; 25 (2): 85-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742014002200001&script=sci_abstract&tlng=es
- [74] Observatorio de Metodología Enfermera (OME). *Tipología de los Patrones Funcionales* [Internet] (Consultado 15 Enero 2016). Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391#ancla12
- [75] Pina Roche F. *Las mujeres, su madurez y el climaterio. Propuesta formativa a estudiantes de enfermería*. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia. Facultad de Educación. 2005.

- [76] Perea Quesada R, Escortell Mayor E, Hernando Sanz MÁ, Limón Mendizábal R, López-Barajas Zayas E, Ortega Navas MC, Pérez Gómez B. Educación para la salud. Tendencias innovadoras. Díaz de Santos; 2009. P5
- [77] Botella Llusia J, Fernández de Molina A. La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales, 1ª edn., Madrid: Díaz de Santos; 1998.
- [78] Instituto Nacional de Estadística. Correspondencia E.M.H. entre la lista reducida Eurostat/OCDE/OMS y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Actualizada 2008. 9ª Edición. [Consultado: Oct 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/euro_mc_emh.xls
- [79] Gómez Martínez A, Mateos Ramos A, Lorenzo Díaz M, Simón Hernández M, García Núñez Ll, Cutanda Carrión B. Representaciones socio-culturales sobre la menopausia: Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). Index Enferm [Internet]. 2008 Sep [Citado 2015 Ene 20]; 17(3): 159-163. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008003300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- [80] Rivas Alpizar E, Hernández Gutiérrez C, Zerquera Trujillo G, Sánchez B, Muñoz Cocina JA. Factores biológicos y sociales relacionados con la salud de la mujer durante el climaterio. MediSur[Internet]. Cuba 2011; 9(6):6-12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180022360002>
- [81] Arnedillo Sánchez MS, Pozo Pérez F, Zarazaga Pérez MC. Grado de información y actitudes de las mujeres premenopáusicas sobre el climaterio. Matronas Prof [Internet]. 2001. (Consultado: 20 Enero 2015) ; 2(5):35-39. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7612/173/grado-de-informacion-y-actitudes-de-las-mujeres-premenopausicas-sobre-el-climaterio>
- [82] Bisognin P, Alves CN, Wilhelm LA, Prates LA, Scarton J, Resse LB. El climaterio en perspectiva de las mujeres. Enfermería Global. 2015; (39):168-180.
- [83] García Paniagua R. Efectividad De La Intervención Educativa En El Climaterio. Propuesta, Desarrollo Y Evaluación De Un Programa Basado En El Modelo Holístico [Tesis Doctoral]. Universidad de Salamanca. 2010.

[84] Stirtzinger R, Robinson G, Crawford B. Educational Approach to Menopausal Distress. Pilot study of patient workshops. *Can Fam Physician*. 1992; 38: 285-290.

[85] Zegers Prado B, Rojas-Barahona C, Förster M. Validez y Confiabilidad del Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin en una Muestra de Adultos y Adultos Mayores en Chile. *Ter Psico*. 2009; 27(1): 16-26.

[86] Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia Servicio Murciano de Salud. Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM). 1ª ed 2012. (Consultado: 20 Abril 2015). Disponible en: <https://www.um.es/estructura/unidades/u-igualdad/recursos/piam-rm-2013.pdf>

[87] Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Mujeres de la Región de Murcia. Estadísticas desde la perspectiva de género 2008 [Internet]. (Consultado 19 de Marzo 2015). Disponible en: [https://www.carm.es/web/integra.servlets.BlobNoContenido?IDCONTENIDO=7379&TABLA=PUBLICACIONES_TEXTO&IDTIPO=246&RASTRO=c890\\$m23040&CAMPOCLAVE=IDTEXTO&VALORCLAVE=2343&CAMPOIMAGEN=TEXTO&ARCHIVO=Texto+Completo+1+Mujeres+de+la+Regi%F3n+de+Murcia+%3A+Estad%EDsticas+desde+la+perspectiva+de+g%E9nero+2008.pdf](https://www.carm.es/web/integra.servlets.BlobNoContenido?IDCONTENIDO=7379&TABLA=PUBLICACIONES_TEXTO&IDTIPO=246&RASTRO=c890$m23040&CAMPOCLAVE=IDTEXTO&VALORCLAVE=2343&CAMPOIMAGEN=TEXTO&ARCHIVO=Texto+Completo+1+Mujeres+de+la+Regi%F3n+de+Murcia+%3A+Estad%EDsticas+desde+la+perspectiva+de+g%E9nero+2008.pdf)

[88] Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. McGraw Hill. Méjico; 1997

[89] Cea D'Ancona MA. Metodología Cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis S.A; 2001.

[90] Álvarez Suarez J., del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Asturias. 2010 [Internet]. (Consultado: 15 Enero 2016). Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi3m6igqvBPahWG1hQKHToQC4wQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fseapaonline.org%2FUserFiles%2FFile%2FAyuda%2520en%2520consulta%2FMANUAL%2520VALORACION%2520NOV%25202010.pdf&usq=AFQjCNGkCkB_pDisDXPowjZ4JQCxmA735Q&sig2=LcWPEHlx1YbDsYQCMwy3Qg

[91] Fuentes Rosales; Delgadillo Ramos; Sánchez Castelán. Manifestaciones, actitudes y creencias ante la menopausia en mujeres de 45 a 55 años, en Tijuana, Baja California. *PSICOLOGIA.COM* [Internet]. 2007 (Consultado: 2016-06-28);

11(1). Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/739/714>

[92] de Beauvoir S. La Vejez. Resumen encontrado en debate feminista, marzo 1992. Disponible en:
<https://drive.google.com/file/d/0B771cJbn8X9LNTRkOGYwYmEtMDhMi00OWQ4LWJjZmYtMzAyZDBlZGQzYzQw/view?layout=list&pid=0B771cJbn8X9LYjg3MjAzOGUtZDBkNi00M2E5LWJhOTktMDVmYjlhMDdkZTYx&sort=name&cindex=22&pref=2&pli=>

[93] Dennerstein L, Dudley E, Guthrie J, Barrett-Connor E. Life satisfaction, symptoms, and the menopausal transition. Medscape Womens Health [Internet]. 2000 Jul-Aug; (Consultado: 29 Junio 2016); 5(4):E4. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11109049>

[94] Cuadros JL, Pérez-Roncero GR, López-Baenab MT, Cuadros-Celorrio ÁM, Fernández-Alonso AM. Satisfacción vital y factores sociodemográficos en mujeres de mediana edad. Enferm Clin [Internet]. 2014. (Consultado 12 noviembre 2015); 24(6): 315-322. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/266624337_Life_satisfaction_and_related_sociodemographic_factors_during_female_midlife

[95] Fernández-Alonso AM, Trabalón-Pastora M, Vara C, Chedraui P, Pérez-López FR. For The Menopause Risk Assessment (MARIA) Research Group. Life satisfaction, loneliness and related factors during female midlife. Maturitas 2012. (Consultado: 12 Noviembre 2015); 72: 88-92.

[96] Martínez Garduño MD, González-Arratia López-Fuentes, NI, Oudhof van Barneveld H, Domínguez Espinosa AC. Satisfacción con la vida asociada al apoyo familiar en la perimenopausia y posmenopausia. Salud Mental [Internet]. 2012. (Consultado: 10 Enero 2016); 35: 91-98. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n2/v35n2a2.pdf>

[97] Torregrosa D, Belando N, Moreno-Murcia JA. Predicción de la satisfacción con la vida en practicantes de ejercicio físico saludable. CPD [Internet]. 2014 Ene [Consultado: 2015 Dic 09]; 14(1): 117-122. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>

[98] Gómez-Santos C, Bandín Saura C, Ros Lucas A, Castell P, Madrid JA, Garaulet M. Asociación de la menopausia con el ciclo circadiano y alteraciones relacionadas con el sueño. *Menopause*. 2016; 23(6).

[99] Elena MC, Pina Roche F. Relación entre el ejercicio físico y la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio, in *Mujer y cuidados: retos en salud*. Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones (ed). Murcia; 2014. pp 153-167.

[100] Chaikittisilpa S, Limpaphayom K, Chompootweep S, Taechakraichana N. Symptoms and problems of menopausal women in Klong Toey slum. *J Med Assoc Thai* [Internet]. 2001 (Consultado 17 Junio 2016); 80(4): 257-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9175395>

[101] Karaçam Z, Seker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas* [Internet]. 2007 Sep 20 (Consultado 17 Junio 2016); 58 (1): 75-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17681681>

[102] Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wang SH, Wu ZL. Impact of menopause on quality of life in community-based women in China. *Menopause* [Internet]. 2008 (Consultado 17 Junio 2016); 15(1):144-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18030176>

[103] Gharaibeh, M., Al-Obeisat, S., Hattab, J. Severity of menopausal symptoms of Jordanian women. *Climacteric* [Internet]. 2010 (Consultado 17 Junio 2016); 13(4):385-94. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26790252_Severity_of_menopausal_symptoms_of_Jordanian_women

[104] Riguete de Souza Soares G, Faria Simoes SM, Silveira Fazoli KL, Halász Coutinho F, Antunes Cortez E. El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura. *Enfermería Global*. 2012; (25): 440-450.

[105] Pelcastre Villafuerte B, Ruelas G, Rojas J, Martínez LM. “Todo muere ya...”, significados de la menopausia en un grupo de mujeres de Morelos, México. *Rev Chil Salud Pública* 2008; 12(2): 73-82

[106] Chowta N K, J Sebastian, Chowta M N. Estudio comparativo de los síntomas menopáusicos en la post menopausia y mujeres perimenopáusicas. *Journal of Clinical and Diagnostic Investigación* [Internet]. 2008 [Consultado: 2016 Jun 17];

2: 959-962. Disponible en: http://www.jcdr.net/back_issues.asp?issn=0973-709x&year=2008&month=August&volume=2&issue=4&page=959-962&id=293

[107] Bener A, Rizk DE, Shaheen H, Micallef R, Osman N, Dunn EV. Measurement-specific quality of life satisfaction during menopause in an Arabian Gulf Country. *Climacteric* [Internet]. 2000 [Consultado: 17 Junio 2016]; 3(1): 43-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11453011_Measurement-specific_quality_of_life_satisfaction_during_menopause_in_an_Arabian_Gulf_Country

[108] Oppermann K, Fuchs SC, Donato G, Bastos CA, Spritzer PM. Physical, psychological, and menopause-related symptoms and minor psychiatric disorders in a community-based sample of Brazilian premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women. *Menopause* [Internet]. 2012 [Consultado: 17 Junio 2016]; 19(3):355-60. Disponible en: <http://www.pubpdf.com/pub/21971211/Physical-psychological-and-menopause-related-symptoms-and-minor-psychiatric-disorders-in-a-community>

[109] Araya Gutiérrez A, Urrutia Soto MT, Cabieses Valdés B. Climaterio y Postmenopausia: Aspectos educativos a considerar según la etapa del período. *Cienc Enferm* [Internet]. 2006 (Consultado: 4 Junio 2016); 12(1): 19-27. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n1/art03.pdf>

[110] Fallahzadeh H. Quality of life after the menopause in Iran: A population study. *Qual Life Res* [Internet]. 2010 (Consultado: 4 Junio 2016); 19(8):13-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20358299>

[111] Rahman SA, Zainudin SR, Mun VL. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pac Fam Med* [Internet]. 2010 (Consultado: 17 Junio 2016); 9:5. Disponible en: <https://apfmj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1447-056X-9-5>

[112] Sánchez Izquierdo M, Hernández García E. Climaterio y sexualidad, *Enfermería Global*. 2015; (40):76-79.

[113] Rodrigues Fernández M, Gir E, Hayashida M. Sexualidad en el periodo climatérico: situaciones vivenciadas por la mujer. *Rev Esc Enferm USP* [Internet].

2005 (Consultado: 17 Junio 2016); 39(2):129-135. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200002

[114] Rivera Moya DC, Bayona Abello SY. Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina [Climateric and sexual function: a comprehensive approach to sexuality female]. Artículo de revisión. CES Salud Pública. 2014; 5: 70-76

[115] McCoy NL, Davidson JM. A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas* 1985; 7(3): 203-10.

[116] [McCoy NL](#). Longitudinal study of menopause and sexuality. [Acta Obstet Gynecol Scand](#). 2002 Jul; 81(7):617-22.

[117] Moure Fernandez L, Antolin Rodriguez R, Pualto Duran MJ, Salgado Álvarez C. Hábitos alimentarios de las mujeres en relación con el nivel de conocimientos sobre el climaterio. *Enferm. glob.* [Internet]. 2010 Oct [citado 2015 Ene 20]; (20): Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300002&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300002>

[118] Martínez-Garduño MD, Olivos-Rubio M, Gómez-Torres D, Cruz-Bello P. intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. *Enfermería Universitaria*. 2016; 13(3):142-150

[119] Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*. 2009; (63):138-141



Anexos

ANEXO 1. CARTEL INFORMATIVO

PARTICIPA!!!

ENCUESTA

MUJER Y

MENOPAUSIA

Si tienes desde 45 a 65 años...
pregunta aquí!!



Carmen García Moñino. Matrona.

ANEXO 2. INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UMUUNIVERSIDAD DE
MURCIAVicerrectorado de
InvestigaciónCEI Comisión de
Ética de
InvestigaciónCMM
CAMPUS MARE NOSTRUM**INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
DE LA
UNIVERSIDAD DE MURCIA**

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia

CERTIFICA:

Que D^a. María del Carmen García Moñino ha presentado la Tesis Doctoral titulada "*Estudio de satisfacción y hábitos de vida de las mujeres en la etapa del climaterio*", dirigida por la Dr^a. D^a. Florentina Pina Roche, a la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día 22 de julio de 2015¹, por unanimidad, se emite INFORME FAVORABLE.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del Presidente de la Comisión, en Murcia a 30 de julio de 2015.

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA



Fdo.: Antonio Juan García Fernández



ID: 1143/2015

¹ A los efectos de lo establecido en el art. 27.5 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del P.A.C. (B.O.E. 27-11), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación

ANEXO 3. PERMISO DEL CENTROUNIVERSIDAD DE
MURCIA

Estimada Sra.

Desde la Universidad de Murcia se está llevando a cabo un proyecto de investigación por la alumna de tercer ciclo M. Carmen García Moñino con DNI 48484380N.

El propósito del documento es informarle y solicitar la colaboración del centro que dirige para *analizar la satisfacción y los hábitos de vida de las mujeres y la influencia de la menopausia en ellos como indicadores de la calidad de vida relacionada con la salud*, y para la realización de dicho estudio necesitamos acceso a la institución y su permiso para la recopilación de información y actividades que permitan el desarrollo de la investigación respetando la normativa ética y legal del centro en todo momento. La herramienta de trabajo serán cuestionarios que se harán de forma voluntaria y sin ningún tipo de coste, preservando en todo momento el anonimato de la entrevistada y con total confidencialidad por parte de la entrevistadora.

Entendemos que toda actividad investigadora que se lleve a cabo desde la UMU se enriquece cuando existe la colaboración de las instituciones implicadas en la investigación objeto de estudio, así como con la participación de sus profesionales lo que repercutirá en el conocimiento de un tema que constituye un beneficio social, y consecuente mejora en la calidad asistencial de los cuidados de enfermería.

Atentamente

Dña. Florentina Pina Roche
Profesora Titular de Enfermería Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia.

Murcia, __ de _____ de 2015.

Firma: _____

Nombre del Centro: _____

Responsable del Centro: _____

Firma: _____

ANEXO 4. HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

HOJA DE INFORMACIÓN AL/LA PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN TÍTULO:

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN Y HÁBITOS DE VIDA DE LAS MUJERES EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO.

INVESTIGADORA: M. Carmen García Moñino, diplomada Universitaria en Enfermería y matrona.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio se está realizando en diversos centros sociales de mujeres de toda la Región de Murcia. Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no. La participación en este estudio es completamente voluntaria. Vd. puede decidir no participar, o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio? El objetivo principal de este estudio es analizar la satisfacción y los hábitos de vida, la autoestima y las manifestaciones de las mujeres, y la influencia del climaterio en ellos como indicadores de la calidad de vida relacionada con la salud.

¿Por qué me ofrecen participar a mí? La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Vd. está invitado a participar porque cumple esos criterios. Se espera que participen 350 personas en este estudio, uno de los cuales será usted si decide dar su consentimiento para realizar el cuestionario. Sus únicas responsabilidades serán colaborar en la realización del cuestionario y notificar cualquier evento adverso que le suceda o cambio que se produzcan.

¿En qué consiste mi participación? Se le proporcionará un cuadernillo que constará de: un primer apartado donde se le informará del procedimiento y darán su consentimiento para participar en el estudio, un segundo apartado sobre datos sociodemográficos, y un tercer apartado en el que se incluirán 3 tipos de cuestionarios: MENOPAUSIA Y HÁBITOS DE VIDA (8 preguntas); MENOPAUSIA, MANIFESTACIONES Y AUTOESTIMA (10 preguntas); y ESCALA DE SATISFACCIÓN VITAL (SATISFACTION WITH LIFE SCALE (SWLS; DIENER ET AL., 1985)) (5 preguntas). Todas las preguntas se acompañarán de las respuestas opcionales Y el tiempo estimado para la realización del cuestionario será de aproximadamente unos 10'.



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene? Este proyecto proporcionará información relevante no disponible actualmente en la literatura científica, con implicaciones en la práctica asistencial habitual de enfermeros y matronas.

¿Obtendré algún beneficio por participar? No se espera que Vd. obtenga beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre la influencia del climaterio en la satisfacción vital, así como los cambios en la autoestima, las manifestaciones y los hábitos de vida. En el futuro, es posible que estos descubrimientos sean de utilidad para conocer mejor este proceso y quizás puedan beneficiar a personas como Vd., pero no se prevén aplicaciones inmediatas de ellos, sino que ello vendrá determinado por la contundencia de los resultados.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio? Si Vd. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio? Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los pacientes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos? El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Vd. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Sólo el investigador, a confidencialidad, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio.

¿Qué ocurrirá con los cuestionarios obtenidos? Los datos obtenidos de los cuestionarios serán codificados para su análisis estadístico y guardados en un fichero a cargo del investigador principal y sólo puede acceder a ella el investigador mismo. El responsable de la custodia de los datos será el investigador principal del estudio. Al acabar el estudio, los datos serán conservados codificados. Si Vd. accede, estos datos serán conservados para futuros estudios de investigación relacionados con el presente, con el mismo responsable y lugar, durante 5 años. Estos estudios deberán ser aprobados por un Comité de Ética de la Investigación oficialmente acreditado para su realización.

¿Existen intereses económicos en este estudio? Esta investigación es promovida por el investigador con fondos propios. Vd. no será retribuido por participar. Es posible que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes. En este caso, Vd. no participará de los beneficios económicos originados.

¿Quién me puede dar más información? Puede contactar con el investigador principal, Dña. M. Carmen García Moñino, en el móvil 639236843, para recibir más información. Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PARTICIPANTES



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

Título de la investigación: ESTUDIO DE SATISFACCIÓN Y HÁBITOS DE VIDA DE LAS MUJERES EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO.

Objetivo de la investigación: analizar la satisfacción y los hábitos de vida de las mujeres y la influencia de la menopausia en ellos como indicadores de la calidad de vida relacionada con la salud.

¿Qué se propone este estudio? Recopilar información mediante cuestionarios y entrevistas. Los cuestionarios se cumplimentarán de forma voluntaria y anónima, siendo de 20' de duración aproximadamente.

Confidencialidad: todos los datos obtenidos a partir de estas pruebas son totalmente confidenciales y serán analizados de forma colectiva. El proceso será estrictamente anónimo, su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. Solo usted y el equipo investigador tendrán acceso a los mismos, estando protegidos contra cualquier uso indebido.

En todo momento será libre de dejar de contestar alguna pregunta si lo cree conveniente, aunque sería aconsejable que pudiera contestarlas todas con el fin de recabar la máxima información.

He leído en procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de M. Carmen García Moñino.

Murcia, a __ de __ de 2015.

Firma de la participante: _____

ANEXO 6. CUESTIONARIO

Tabla 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS							
Edad							
Estado civil	(soltera/ casada/ divorciada/ viuda)						
Situación laboral	(Activa/en paro)						
Nivel de estudios	(Básico/ Medio/ superior)						
Hijos	(sí/no)						
Menopausia	(sí/no) Edad inicio						
Tabla 2. HÁBITOS DE VIDA							
	Con frecuencia	A veces	Nunca				
Tomo tratamiento hormonal u otro	A diario	>1 vez x mes					
Dedico tiempo para mí durante la semana	A diario	>1 vez x mes					
Me aplico tratamientos de belleza	A diario	>1 vez x mes					
Realizo revisiones médicas	>3 veces x año	2 veces x año					
No tengo hábito tabáquico (>10 cigarrillos)	A diario	>1 vez x mes					
Consigo dormir las horas necesarias	A diario	>1 vez x mes					
Cuido que mi alimentación sea saludable: Bebo al menos 2 litros de agua No como fritos ni grasas Tomo 5 piezas de fruta y/o verdura	A diario	>1 vez x mes					
Practico actividad física >2 horas a la semana	A diario	>1 vez x mes					
Tabla 3: AUTOESTIMA Y MANIFESTACIONES							
	Con frecuencia	A veces	Nunca				
Me siento ansiosa o deprimida	A diario	>1 vez x mes					
Todo me aburre	A diario	>1 vez x mes					
Pienso que no me importaría estar muerta	A diario	>1 vez x mes					
Creo que los demás estarían mejor sin mí	A diario	>1 vez x mes					
No me considero feliz en mi relación de pareja	A diario	>1 vez x mes					
Mi interés por el sexo no se mantiene como siempre	A diario	>1 vez x mes					
No estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	A diario	>1 vez x mes					
Los músculos o las articulaciones me duelen	A diario	>1 vez x mes					
Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina	A diario	>1 vez x mes					
Siento picor en la vagina como si estuviera demasiado seca	A diario	>1 vez x mes					
Tabla 4. SATISFACTION WITH LIFE SCALE (SWLS; DIENER ET AL., 1985)							
1. En la mayoría de los sentidos, mi vida se acerca a mi ideal	1	2	3	4	5	6	7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estoy completamente satisfecho/a con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Hasta ahora he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 7. TABLAS DE RECOPIACIÓN Y RELACIÓN DE DATOS

Tabla 22. Variables sociodemográficas, hábitos de vida y manifestaciones (n = 256)												
Variable	Total				Premenopausia (n = 53)				Postmenopausia (n = 203)			
	M	Me	DE	P25 th -75 th	M	Me	DE	P25 th -75 th	M	Me	DE	P25 th -75 th
Edad (años)	56,4	57	6,7	50-63	48,4	47	4,4	45-49	58,5	59	5,5	54-64
Edad menopausia (años)	-	-	-	-	-	-	-	-	49,4	50	4,9	48-52
Satisfacción vital	24,6	26	6,1	21-29	25,4	27	6,1	22-30	24,4	25	6,1	20-29
	N		(%)		n		(%)		n		(%)	
Estado civil												
Soltera	30		11,7		10		18,9		20		9	
Casada	175		68,4		30		56		145		71,4	
Divorciada	38		14,8		11		20,8		27		13,3	
Viuda	13		5,1		2		3,8		11		5,4	
Situación laboral												
Activa	155		60,5		43		81,1		112		55,2	
En paro	89		34,8		10		18,9		79		38,9	
Jubilada	12		4,7		-		-		12		5,9	
Nivel de estudios												
Básico	118		46,1		11		20,8		107		52,7	
Medio	89		34,8		26		49,1		63		31,0	
Superior	49		19,1		16		30,2		33		16,3	
Hijos												
Sí	231		90,2		45		84,9		186		91,6	
No	25		9,8		8		15,1		17		8,4	
Tratamiento												
Nunca	204		79,7		7		13,2		14		6,9	
A veces	31		12,1		5		9,4		26		12,8	
Con frecuencia	21		8,2		41		77,4		163		80,3	
Dedico tiempo para mí durante la semana												
Nunca	48		18,8		5		9,4		43		21,2	
A veces	140		54,7		30		56,6		110		54,2	
Con frecuencia	68		26,6		18		34,0		24,6		24,6	
Me aplico tratamientos de belleza												
Nunca	61		23,8		14		26,4		47		23,2	
A veces	144		56,3		28		52,8		116		57,1	
Con frecuencia	51		19,9		11		20,8		40		19,7	
Consigo dormir horas necesarias, no descanso												
Nunca	73		28,5		62		30,5		11		20,8	
A veces	107		41,8		89		43,8		18		34,0	
Con frecuencia	76		29,7		52		25,6		24		45,3	
Alimentación saludable												
Nunca	11		4,3		9		4,4		2		3,8	
A veces	106		41,4		83		40,9		23		43,4	
Con frecuencia	139		54,3		111		54,7		28		52,8	
No hábito tabáquico (>10)												
Nunca	159		62,1		131		64,5		28		52,8	
A veces	38		14,8		35		17,2		3		5,7	
Con frecuencia	59		23,0		37		18,2		22		41,5	
Actividad física (>2h)												
Nunca	96		37,5		16		30,2		80		39,4	

	A veces	81	31,6	16	30,2	65	32,0
	Con frecuencia	79	30,9	21	39,6	58	28,6
Revisiones médicas							
	Nunca	8	3,1	6	3,0	2	3,8
	A veces	135	52,7	113	55,7	22	41,5
	Con frecuencia	113	44,1	84	41,4	29	54,7
Ansiosa o deprimida							
	Nunca	44	21,1	18	34,0	36	17,7
	A veces	157	61,3	28	52,8	129	63,5
	Con frecuencia	45	17,6	7	13,2	38	18,7
Todo me aburre							
	Nunca	139	54,3	39	73,6	100	49,3
	A veces	95	37,1	12	22,6	83	40,9
	Con frecuencia	22	8,6	2	3,8	20	9,9
A veces muerta							
	Nunca	225	87,9	179	88,2	46	86,8
	A veces	26	10,2	20	9,9	6	11,3
	Con frecuencia	5	2,0	4	2,0	1	1,9
Mejor sin mí							
	Nunca	221	86,3	45	84,9	176	86,7
	A veces	31	12,1	7	13,2	24	11,8
	Con frecuencia	4	1,6	1	1,9	3	1,5
No feliz relación pareja							
	Nunca	108	42,2	31	58,5	77	37,9
	A veces	110	43,0	11	20,8	99	48,8
	Con frecuencia	38	14,8	11	20,8	27	13,3
No interés sexo							
	Nunca	68	26,6	23	43,4	45	22,2
	A veces	140	54,7	24	45,3	116	57,1
	Con frecuencia	48	18,8	6	11,3	42	20,7
No satisfecha relaciones sexuales							
	Nunca	88	34,4	31	58,5	57	28,1
	A veces	129	50,4	18	34,0	111	54,7
	Con frecuencia	39	15,2	4	7,5	35	17,2
Dolor muscular y articular							
	Nunca	42	16,4	12	22,6	30	14,8
	A veces	103	40,2	28	52,8	75	36,9
	Con frecuencia	111	43,4	13	24,5	98	48,3
Miedo esfuerzos orina							
	Nunca	172	67,2	38	71,7	134	66,0
	A veces	67	26,2	13	24,5	54	26,6
	Con frecuencia	17	6,6	2	3,8	15	7,4
Picor vagina							
	Nunca	135	52,7	42	79,2	93	45,8
	A veces	77	30,1	10	18,9	67	33,0
	Con frecuencia	44	17,2	1	1,9	43	21,2
Satisfacción rangos							
		N	(%)	53 PRE n	(%)	203 POST n	(%)
	Muy insatisfecha	3	1,2	-	-	3	1,5
	Insatisfecha	17	6,6	5	9,4	12	5,9
	Ligeramente insatisfecha	38	14,8	5	9,4	33	16,3
	Ligeramente satisfecha	50	19,5	8	15,1	42	20,7
	Satisfecha	95	37,1	18	34,0	77	37,9
	Muy satisfecha	53	20,7	17	32,1	36	17,7

M: media; Me: mediana; DE: desviación estándar; P25th-75th: percentiles 25 y 75

Tabla 23. Variables sociodemográficas, hábitos de vida y manifestaciones /vs/ Menopausia					
Variable	Premenopausia		Postmenopausia		p-valor*
	n	(%)	n	(%)	
Estado civil					0,109
Soltera	10	18,9	20	9,9	
Casada	30	56**	145	71,4**	
Divorciada	11	20,8	27	13,3	
Viuda	2	3,8	11	5,4	
Situación laboral					0,002
Activa	43	81,1**	112	55,2**	
En paro	10	18,9**	79	38,9**	
Jubilada	0	0	12	5,9	
Nivel de estudios					< 0,001
Básico	11	20,8**	107	52,7**	
Medio	26	49,1**	63	31,0**	
Superior	16	30,2**	33	16,3**	
Hijos					0,142
Sí	45	84,9	186	91,6	
No	8	15,1	17	8,4	
Tratamiento					0,289
Nunca	41	77,4	163	80,3	
A veces	5	9,4	26	12,8	
Con frecuencia	7	13,2	14	6,9	
Dedico tiempo para mí durante la semana					0,105
Nunca	5	9,4	43	21,2	
A veces	30	56,6	110	54,2	
Con frecuencia	18	34,0	24,6	24,6	
Me aplico tratamientos de belleza					0,839
Nunca	14	26,4	47	23,2	
A veces	28	52,8	116	57,1	
Con frecuencia	11	20,8	40	19,7	
Consigo dormir horas necesarias, cansada					0,020
Nunca	11	20,8	62	30,5	
A veces	18	34,0	89	43,8	
Con frecuencia	24	45,3**	52	25,6**	
Alimentación saludable					0,936
Nunca	9	4,4	2	3,8	
A veces	83	40,9	23	43,4	
Con frecuencia	111	54,7	28	52,8	
No hábito tabáquico (>10)					0,001
Nunca	28	52,8	131	64,5	
A veces	3	5,7**	35	17,2**	
Con frecuencia	22	41,5**	37	18,2**	
Actividad física (>2h)					0,264
Nunca	16	30,2	80	39,4	
A veces	16	30,2	65	32,0	
Con frecuencia	21	39,6	58	28,6	
Revisiones médicas					0,184
Nunca	6	3,0	2	3,8	
A veces	113	55,7	22	41,5	
Con frecuencia	84	41,4	29	54,7	
Ansiosa o deprimida					0,034

	Nunca	18	34,0**	36	17,7**	
	A veces	28	52,8	129	63,5	
	Con frecuencia	7	13,2	38	18,7	
Todo me aburre						0,006
	Nunca	39	73,6**	100	49,3**	
	A veces	12	22,6**	83	40,9**	
	Con frecuencia	2	3,8	20	9,9	
No me importaría estar muerta						0,951
	Nunca	179	88,2	46	86,8	
	A veces	20	9,9	6	11,3	
	Con frecuencia	4	2,0	1	1,9	
Creo que los demás estarían Mejor sin mí						0,938
	Nunca	45	84,9	176	86,7	
	A veces	7	13,2	24	11,8	
	Con frecuencia	1	1,9	3	1,5	
No feliz relación pareja						0,001
	Nunca	31	58,5**	77	37,9**	
	A veces	11	20,8**	99	48,8**	
	Con frecuencia	11	20,8	27	13,3	
No interés sexo						0,006
	Nunca	23	43,4**	45	22,2**	
	A veces	24	45,3	116	57,1	
	Con frecuencia	6	11,3	42	20,7	
No satisfecha relaciones sexuales						< 0,001
	Nunca	31	58,5**	57	28,1**	
	A veces	18	34,0**	111	54,7**	
	Con frecuencia	4	7,5	35	17,2	
Dolor muscular y articular						0,008
	Nunca	12	22,6	30	14,8	
	A veces	28	52,8**	75	36,9**	
	Con frecuencia	13	24,5**	98	48,3**	
Miedo esfuerzos orina						0,577
	Nunca	38	71,7	134	66,0	
	A veces	13	24,5	54	26,6	
	Con frecuencia	2	3,8	15	7,4	
Picor vagina						< 0,001
	Nunca	42	79,2**	93	45,8**	
	A veces	10	18,9**	67	33,0**	
	Con frecuencia	1	1,9**	43	21,2**	
Satisfacción rangos						0,161
	Muy insatisfecha	-	-	3	1,5	
	Insatisfecha	5	9,4	12	5,9	
	Ligeramente insatisfecha	5	9,4	33	16,3	
	Ligeramente satisfecha	8	15,1	42	20,7	
	Satisfecha	18	34,0	77	37,9	
	Muy satisfecha	17	32,1	36	17,7	

* Nivel de significación: p -valor < 0,05

** Categorías donde el valor del residuo tipificado corregido es significativo (>1,96)

Tabla 24- Variables sociodemográficas, hábitos de vida, manifestaciones y mediana de satisfacción vital según estado de menopausia

		Satisfacción vital			
		Premenopausia		Postmenopausia	
Variable		Me	P25 th -75 th	Me	P25 th -75 th
Estado civil					
	Soltera	25,5	18,3-27,0	25,5	19,8-28,0
	Casada	27,0	22,5-30,3	26,0	20,0-29,0
	Divorciada	26,0	24,0-31,0	23,0	19,0-27,0
	Viuda	27,0	24,0- -	24,0	21,0-27,0
Situación laboral					
	Activa	27,0	24,0-30,0	27,0	23,0-29,0
	En paro	17,0	14,0-31,0	24,0	18,0-28,0
	Jubilada	-	-	26,0	21,0-28,5
Nivel de estudios					
	Básico	24,0	19,0-27,0	23,0	18,0-28,0
	Medio	27,0	18,8-31,0	27,0	24,0-29,0
	Superior	27,0	25,0-29,8	28,0	25,0-30,0
Hijos					
	Sí	27,0	23,5-30,0	25,0	20,0-29,0
	No	21,5	14,0-30,5	26,0	21,0-28,0
Tratamiento					
	Nunca	30,0	23,0-32,0	26,0	21,3-30,3
	A veces	27,0	23,0-31,0	23,0	17,7-27,3
	Con frecuencia	26,0	20,5-30,0	26,0	21,0-29,0
Dedico tiempo para mí durante la semana					
	Nunca	29,0	14,5-33,0	20,0	16,0-25,0
	A veces	25,5	22,3-29,3	27,0	23,0-29,0
	Con frecuencia	28,0	23,3-31,3	26,0	22,3-30,0
Me aplico tratamientos de belleza					
	Nunca	25,5	15,8-30,3	23,0	19,0-27,0
	A veces	27,0	23,0-30,0	25,0	21,0-28,8
	Con frecuencia	26,0	24,0-30,0	27,5	24,3-30,0
Consigo dormir horas necesarias, no descanso					
	Nunca	27,0	24,0-29,0	24,5	19,0-28,3
	A veces	23,0	15,0-26,3	25,0	19,5-28,5
	Con frecuencia	30,0	25,3-31,8	27,0	23,3-30,0
Alimentación saludable					
	Nunca	14,5	13,0- -	22,0	17,5-24,5
	A veces	25,0	20,0-27,0	25,0	19,0-29,0
	Con frecuencia	29,0	25,0-30,8	26,0	22,0-29,0
No hábito tabáquico (>10)					
	Nunca	26,5	16,8-30,0	25,0	20,0-28,0
	A veces	25,0	24,0- -	24,0	21,0-30,0
	Con frecuencia	27,0	23,0-30,3	21,5	29,0
Actividad física (>2h)					
	Nunca	24,0	15,0-28,5	23,5	18,3-28,0

	A veces	27,0	24,3-30,0		26,0	23,0-29,0
	Con frecuencia	29,0	23,0-31,0		27,0	22,0-29,3
Revisiones médicas						
	Nunca	21,0	13,0- -		25,5	16,3-27,8
	A veces	27,0	24,8-30,0		25,0	19,0-29,0
	Con frecuencia	26,0	17,5-30,5		26,0	22,0-28,0
Ansiosa o deprimida						
	Nunca	29,0	23,0-30,3		28,0	23,0-31,0
	A veces	26,5	24,0-29,8		26,0	20,5-28,0
	Con frecuencia	20,0	15,0-30,0		22,5	15,5-27,0
Todo me aburre						
	Nunca	27,0	24,0-30,0		26,0	22,3
	A veces	24,5	19,3-30,5		25,0	19,0-29,0
	Con frecuencia	15,0	15,0-15,0		21,0	18,0-28,8
A veces muerta						
	Nunca	27,0	24,0-30,0		26,0	22,0-29,0
	A veces	15,5	14,5-22,8		19,0	12,5-26,3
	Con frecuencia	32,0	32,0-32,0		23,0	12,8-26,5
Mejor sin mí						
	Nunca	27,0	24,0-30,0		26,0	22,0-29,0
	A veces	20,0	15,0-31,0		20,0	16,5-27,0
	Con frecuencia	13,0	13,0-13,0		14,0	13,0- -
No feliz relación pareja						
	Nunca	27,0	25,0-30,0		27,0	23,0-29,0
	A veces	19,0	14,0-25,0		24,0	19,0-28,0
	Con frecuencia	26,0	23,0-30,0		28,0	20,0-29,0
No interés sexo						
	Nunca	29,0	26,0-31,0		25,0	18,0-28,5
	A veces	24,5	16,3-28,5		26,5	22,0-29,0
	Con frecuencia	25,0	19,8-28,3		25,0	18,8-28,0
No satisfecha relaciones sex						
	Nunca	29,0	25,0-31,0		26,0	20,0-28,5
	A veces	21,0	14,0-27,5		25,0	21,0-29,0
	Con frecuencia	23,0	20,0-32,8		24,0	19,0-29,0
Dolor mm y articulaciones						
	Nunca	26,5	14,0-31,0		24,0	18,0-28,3
	A veces	27,0	25,0-30,0		26,0	23,0-29,0
	Con frecuencia	25,0	17,0-29,5		25,0	20,0-29,0
Incontinencia						
	Nunca	26,0	20,0-31,0		26,5	21,8-29,0
	A veces	29,0	25,5-30,0		24,5	19,0-27,3
	Con frecuencia	19,5	13,0- -		21,0	18,0-28,0
Picor vagina						
	Nunca	27,0	22,5-30,0		27,0	23,0-29,0
	A veces	24,0	19,8-26,0		24,0	19,0-28,0
	Con frecuencia	35,0	35,0-35,0		25,0	18,0-28,0

Me: mediana; P25th-75th: percentiles 25 y 75

ANEXO 8. COMUNICACIÓN ORAL II JORNADAS DOCTORALES DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESTUDIO PILOTO SOBRE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR DE LAS MUJERES DURANTE LA ETAPA DEL CLIMATERIO”.

María Del Carmen. García-Moñino¹, Pablo. Noguera-Villaescusa², Florentina. Pina-Roche³ ¹*Enfermera Matrona. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, mariacarmen.garcia32@um.es*, ²*Enfermero. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, aunano@hotmail.es*, ³*Profesora Titular. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia, florpina@um.es*

Las mujeres de mediana de edad están expuestas a modificaciones profundas vinculadas a cambios sociales y emocionales, y a ajustes hormonales, todas no incluidas en los instrumentos de medición de calidad de vida relacionados con la menopausia[1]. El objetivo de esta investigación es averiguar el bienestar de las mujeres en la etapa del climaterio según el nivel de satisfacción vital, hábitos de vida, autoestima y manifestaciones dentro del contexto de la calidad de vida relacionada con la salud. Se realiza un estudio piloto no experimental, descriptivo, de cohorte, transversal con 31 mujeres entre 45 y 65 años seleccionadas por muestreo aleatorio simple, usuarias de asociaciones femeninas y por el método bola de nieve, con el fin de valorar la utilidad del instrumento. Para ello elaboramos un cuestionario dividido en una primera parte en la que se recogen datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios, entre otros), una segunda compuesta por dos tipos de variables extraídas y modificadas de la Escala Cervantes[2]: HÁBITOS DE VIDA, MANIFESTACIONES Y AUTOESTIMA; la tercera integrada por la ESCALA DE SATISFACCIÓN VITAL [3] traducida al castellano[4]. Todas las preguntas se acompañaron de las respuestas opcionales. Como resultados encontramos una población de 52,45 de edad media con estudios medios o superiores, de las que la mayoría (75%) tenía hábitos saludables y habían superado la menopausia y además presentaban manifestaciones físicas y emocionales características del climaterio: dolor en las articulaciones (56,5%), depresión (31,3%), aburrimiento (12,5%), el 18,7% había pensado en la muerte en algún momento, el 31,2% pensaba a veces que los demás estarían mejor sin ella y el 25% no se sentía satisfecha con sus relaciones sexuales. A su vez, los niveles de satisfacción vital encontrados fueron positivos (más del 80% de las encuestadas afirmaron estar satisfechas con su vida) lo que nos hace pensar que estas mujeres están sensibilizadas con ese equilibrio entre su actividad somática y psíquica, y su bienestar. PALABRAS CLAVE: Climaterio, menopausia, satisfacción vital, autoestima, manifestaciones, hábitos de vida.

- [1] Fernández-Alonso, AM., Trabalón-Pastora, M., Vara, C., Chedrauib, P., Pérez-López, FR. (2012). Life satisfaction, loneliness and related factors during female midlife for The Menopause Risk Assessment [Internet]. *Maturitas*, 72; 88- 92. Recuperado el 10 de octubre de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22386767>
- [2] Palacios, S., Ferrer-Barriendosa, J., Parrilla, JJ., Castelo-Branco, C., Manubense, M., Alberich, X... Grupo Cervantes (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); 205-11.
- [3] Vázquez, C., Duque, A., Hervás, G. (2012). Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos. Recuperado el 18 de octubre de 2014, de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2012-SWLS_Normative_data_copia.pdf
- [4] Atienza, FL., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema* 12(2); 314-319. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/296.pdf>

ANEXO 9. COMUNICACIÓN ORAL II CONGRESO NACIONAL DE JÓVENES INVESTIGADORES EN ENFERMERÍA

AUTORES: MARÍA DEL CARMEN. GARCÍA-MOÑINO¹, PABLO. NOGUERA-VILLAESCUSA² ANA BELÉN. MALDONADO CÁRCELES³, FLORENTINA. PINA-ROCHE⁴ ¹*Enfermera Matrona. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, mariacarmen.garcia32@um.es*, ²*Enfermero. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, aunano@hotmail.es*, ³*MIR-3 Medicina Preventiva y Salud Pública Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Facultad de Medicina, Murcia y Departamento de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario Reina Sofía, amc16861@um.es*, ⁴*Profesora Titular. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia, florpina@um.es*

TÍTULO: ENFERMEDADES Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN EL CLIMATERIO.

RESUMEN:

El riesgo de padecer enfermedades graves durante el climaterio está ligado al Estilo de Vida. OBJETIVO. Analizar los hábitos de vida en el climaterio en mujeres de la Región de Murcia. METODOLOGÍA. Estudio no experimental, cuantitativo, transversal. Muestra: 256 mujeres de 45 a 65 años usuarias de asociaciones femeninas de Murcia. Se utilizó un cuestionario compuesto por datos sociodemográficos y Hábitos De Vida. RESULTADOS. El 79,3% habían superado la menopausia. El 79,9% de las mujeres tomaban tratamiento hormonal, el 82% dedicaban tiempo para ellas mismas y se aplicaban tratamientos de belleza. El 28,5% dormían las horas necesarias y 54,3% seguían una alimentación saludable. El 62,1% refirió no fumar nunca. El 30,9% realizaban actividad física con frecuencia. Sólo el 3,1% nunca se sometía a revisiones médicas. Se categorizaron dos grupos: Premenopausia (PRE) y Postmenopausia (POST). El grupo PRE (45,3%) dormía mejor que el POST (25,6%) ($p = 0,020$) y había más PRE no fumadoras (41,5%) que POST (18,2%), sin embargo el POST (17,2%) fumaba más a veces que el PRE (5,7%) ($p = 0,001$). El hallazgo más interesante es que los hábitos se asocian: las mujeres que realizaban actividad física con frecuencia, también dedicaban tiempo para ellas, se aplicaban tratamientos de belleza, tenían una alimentación saludable, se realizaban más revisiones médicas y dormían las horas necesarias. Y a la inversa, la mayoría de mujeres sedentarias nunca se dedicaban tiempo ni se aplicaban tratamientos de belleza, no cuidaban su dieta y

había un menor porcentaje que referían no fumar y realizarse revisiones médicas frecuentemente. CONCLUSIONES. Las mujeres de la Región de Murcia en el climaterio mantienen hábitos de vida saludables en comparación con las mujeres españolas. Las mujeres tienden a categorizar sus hábitos de vida en saludables e insaludables, siendo las Postmenopáusicas las que tienen mejores hábitos de vida.