



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Menopausia y calidad de vida en población general
mexicana y en pacientes con cáncer: una mirada de género**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

Mariana Flores Constantino

Directora:

Dra. Tania Esmeralda Rocha Sánchez

Revisor:

Dr. Oscar Galindo Vázquez



Ciudad Universitaria, Cd Mx., 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Dedicado a mis abuelitas y abuelitos: Catalina, Erasmo, Celia y Nicanor
Hubiera dado la vida por compartir este momento con ustedes
Hasta donde estén... les llevo en mi corazón.*

Agradecimientos

A mi familia, mis padres Fulvia y Mario y mi hermano Diego, gracias por siempre estar para mí, por llenar mi vida de amor, por incentivarne a crecer, por procurarme, gracias por siempre preocuparse por mí y mi bienestar, por siempre dejar que yo tome mis decisiones y gracias por apoyarlas, gracias por todo el apoyo que me han brindado y por nunca desalentarme, no pude haber tenido mejor familia que ustedes y este logro lo demuestra. Les amo infinitamente.

A Luis Alberto, decir n cantidad de *gracias* no serán suficientes para agradecerte todo lo que has hecho por mí. Eres la principal persona que siempre estuvo pendiente y preocupado por mí en todas y cada una de las etapas que conllevé para realizar esta investigación desde el principio. Siempre me motivaste, procuraste, orientaste, estuviste para mí no importando las circunstancias que nos aquejaran, nunca me dejaste sola. Valoro incalculablemente el haberte conocido porque personas como tú no existen y que seas parte de mi vida, me hace sentir infinitamente dichosa, *no obstante*, ninguna palabra bastará para expresarte todo mi sentir. Eres mi mejor amigo, espero podamos continuar escribiendo infinidad de historias juntos. ¡Gracias! ¡Te quiero inifnito!

A Jaz, sin ti el servicio social y el desarrollo de la tesis hubiesen tomado un rumbo oscuro y aburrido, gracias por todos los momentos de locura, risas, estrés, predicamentos y travesuras que hasta ahora hemos compartido, también por confiar en mí cuando creí que no lo iba a lograr, gracias por emocionarte más que yo en cada paso que daba para el desarrollo de este trabajo, eres una amiga muy especial para mí y agradezco infinitamente el que seas parte de mi vida. ¡Te quiero, bebe Jaz! (aunque me copies en todo).

A Joel gracias por apoyarme y motivarme cada vez que sentí desfallecer, hemos generado un excelente equipo y me siento feliz por compartirlo contigo, gracias morrito.

A Abraham, gracias por ser la aguja en un pajar. Gracias por ser la persona que creí solo existía en los cuentos de hadas, por acompañarme en el desarrollo de este trabajo, por incentivarne a cumplir con mis metas y mis objetivos y por querer ser parte del camino, gracias por motivarme y motivarnos a ambos para consumir aquellos senderos planeados, tú también eres parte de este logro y me siento dichosa por compartirlo contigo. Te quiero.

A *Karen*, por ser mi mejor amiga, por compartir conmigo desde hace tantos años la aventura de crecer. Gracias por todos los momentos que nos han permitido aprender juntas. Me siento muy contenta de llegar a este momento y que tú estés presente. Aunque nuestras vidas han tomado rumbos diferentes, nuestra amistad perdura y soy feliz porque sea así, gracias, te quiero amiga.

A *Yahel* gracias por todas las locuras, las risas y el estrés, por cuidarme en todo momento y por ser un gran amigo. Por todas esas pláticas estresantes de la tesis que ya por fin están por culminar, te quiero mucho.

A *Marco*, fuiste, eres y serás una de las personas más importantes en mi vida. Siempre creíste, confiaste en mí y me apoyaste para desarrollar este trabajo, no tengo como agradecerte todo lo vivido. Gracias por tu amistad y por tu apoyo.

A *Ricardo, Pao y Chayito*, por convertirse en parte de mi familia dentro de la Facultad, por enseñarme, guiarme, y permitir que mi experiencia en la universidad haya sido tan especial y única como lo fue, más allá del ámbito académico. Por fin culmino esta etapa y ustedes también son parte de ello. ¡Les quiero mucho!

A mi directora de tesis, la *Dra. Tania Rocha*, por haber aceptado dirigir mi proyecto aún a pesar del proceso tan complejo que viví, por su guía, por sus conocimientos, por su motivación y por creer en mí, me siento muy feliz, afortunada y agradecida de haber podido trabajar con usted. Gracias a ello, no sólo logré concluir esta maravillosa etapa, además logré dejar atrás todo lo malo que me aquejaba, mi percepción del mundo ha cambiado por completo y ahora soy una mejor persona. ¡Gracias infinitas!

Al mi revisor, el *Dr. Óscar Galindo*, por permitirme ser parte de su equipo, por motivarme y comprometerse incondicionalmente con mi desarrollo profesional y personal. Es un gran ejemplo para mí y es una gran fortuna poder colaborar con usted. Gracias por todas sus enseñanzas. La investigación ha tomado un espacio muy importante y significativo en mi vida y todo se lo debo a usted. ¡Muchísimas gracias!

A la *Dra. Nazira Calleja*, le debo mi amor hacia la investigación, gracias a sus enseñanzas me sumergí en esta área y el día de hoy sueño y trabajo para dedicarme a la investigación. ¡Gracias!

Al Servicio de Psicooncología INCan, por generar investigaciones y hacer ciencia basada en evidencia que incentiva al crecimiento de la Psicooncología en nuestro país y también a nivel internacional. Es una gran satisfacción saber que este trabajo nació y se generó como parte del Servicio ¡Gracias!

Al Dr. Abelardo Meneses, por apuntalar el desarrollo de la investigación en Psicooncología para generar trabajo y equipo transdisciplinario con el fin de beneficiar la atención hacia las y los pacientes y la mejora del Instituto.

Al INCan, por brindarme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente en el área de la Investigación en Psicooncología, dentro de un Instituto Nacional.

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme aprender, crecer y desarrollarme dentro de sus aulas, por permitirme ser parte de su comunidad y por brindarme una formación de calidad que beneficia la práctica ética y profesional de nuestra tan amada carrera.

A todas las mujeres que participaron y me permitieron conocer aspectos de su vida personal con el fin de realizar esta investigación y con ello generar datos empíricos que muestren la vivencia que atraviesan, principalmente permeada por aspectos socioculturales. Les doy mi palabra de que trabajaré fervientemente para lograr que llegue el día en que puedan vivirse ustedes, sus hijas, hermanas, madres, amigas y compañeras, sin miedo y en plenitud.

Y por último... a mí, Mariana. Te propusiste un objetivo y lo lograste. Siempre te has guiado por el amor que le tienes a tu carrera. No fue fácil, pero por fin llegaste a este momento, disfrútalo incalculablemente, te lo mereces. Estoy infinitamente orgullosa de ti.

“Escribid, mujeres, escribid, que por siglos se nos fue negado”

-Virginia Woolf

ÍNDICE	
Índice de tablas	III
Índice de figuras	III
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
Capítulo 1. Menopausia	7
Contexto	7
Epidemiología	8
Definición de menopausia	8
Definición de climaterio	8
Etapas de la menopausia	9
Etiología de la menopausia	10
Menopausia Inducida	10
Falla Ovárica Prematura	12
Síntomas	14
Factores asociados con los síntomas	18
Variables sociodemográficas	18
Atención física y mental	18
Vida sexual	19
Embarazo e hijos	20
Atención clínica	20
Evaluación de síntomas de la menopausia	21
Escala de Evaluación de la Menopausia (Menopause Rating Scale)	25
Capítulo 2. Calidad de vida en la menopausia	28
Definición	28
Aspectos físicos	28
Aspectos socioculturales	29
Aspectos de salud	30
Aspectos psicológicos	31
Evaluación de la calidad de vida en la menopausia	32
Capítulo 3. Enfoque de género en el abordaje de la menopausia	34
Medicalización de la menopausia	39
Medicalización desde la perspectiva de género	41

Impacto social y psicológico del género en la menopausia.....	46
Estudio: Menopausia y calidad de vida en población general mexicana y pacientes con cáncer	55
Justificación y planteamiento del problema	55
Preguntas de investigación	58
Objetivos generales	58
Objetivo secundario	59
Objetivos específicos	59
Hipótesis.....	59
Hipótesis del objetivo secundario	60
Variables	60
Participantes y muestreo.....	61
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación (población general)	64
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación (pacientes con cáncer).....	64
Diseño	65
Instrumentos	65
Análisis estadísticos de la validación	67
Consistencia interna	67
Estructura Factorial	67
Puntos de corte	70
Análisis estadísticos	70
Resultados	71
Descripción de los niveles de calidad de vida en población general.....	72
Descripción de los niveles de síntomas de menopausia en población general.....	73
Descripción de los niveles de síntomas demenopausia en pacientes mexicanas con cáncer.	75
Correlación entre síntomas de menopausia y calidad de vida en población general mexicana ...	77
Comparación de variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad con respecto a niveles de síntomas de menopausia.....	78
Comparación de presencia de síntomas de menopausia entre pacientes con cáncer y mujeres mexicanas de población general.....	82
Discusión.....	83
Conclusiones	96
Limitaciones.....	101
Perspectivas futuras.....	101
REFERENCIAS	101

APÉNDICES	112
Apéndice 1	113
Apéndice 2	116
Apéndice 3	117
Apéndice 4	124
Apéndice 5	129
Apéndice 6	131

Índice de tablas

TABLA 1. INSTRUMENTOS QUE EVALÚAN SINTOMATOLOGÍA EN EL CLIMATERIO	24
TABLA 2. VALIDACIONES DE LA ESCALA MENOPAUSE RATING SCALE EN OTRAS POBLACIONES	27
TABLA 3. DEFINICIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO	60
TABLA 4. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL	61
TABLA 5. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE PACIENTES CON CÁNCER	63
TABLA 6. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA MENOPAUSIA (MRS).....	69
TABLA 7. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE MRS VERSIÓN MEXICANA CON FACIT-GP VERSIÓN MEXICANA.....	77
TABLA 8. COMPARACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y DE SEXUALIDAD ENTRE MUJERES CON SÍNTOMAS DE MENOPAUSIA DE NADA-LEVE A MODERADA Y DE GRAVE A MUY GRAVE (N=128). LOS DATOS SE EXPRESAN COMO FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES, MEDIANAS O RANGO INTERCUARTILAR, SE UTILIZÓ LA PRUEBA U DE MANN WHITNEY Y KRUS KALL WALLIS... 78	
TABLA 9. COMPARACIÓN DE PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE MENOPAUSIA ENTRE PACIENTES CON CÁNCER Y MUJERES MEXICANAS DE POBLACIÓN GENERAL CON NIVELES DE NADA-LEVE A MODERADA Y DE GRAVE A MUY GRAVE (N=208). LOS DATOS SE EXPRESAN COMO FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES, MEDIANAS O RANGO INTERCUARTILAR. LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS SE HIZO MEDIANTE LA PRUEBA U DE MANN WHITNEY.	82

Índice de figuras

FIGURA 1. PROCESO DE LAS ETAPAS DE LA MENOPAUSIA Y CLIMATERIO	9
FIGURA 2. PRINCIPALES MANIFESTACIONES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A LA MENOPAUSIA... 14	
FIGURA 3. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	66
FIGURA 4. NIVELES DE CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN GENERAL MEXICANA	72
FIGURA 5. NIVELES DE SÍNTOMAS DE MENOPAUSIA EN POBLACIÓN GENERAL MEXICANA	73
FIGURA 6. NIVELES DE SÍNTOMAS FÍSICOS DE MENOPAUSIA EN POBLACIÓN GENERAL MEXICANA	74
FIGURA 7. NIVELES DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DE MENOPAUSIA EN POBLACIÓN GENERAL MEXICANA	74
FIGURA 8. NIVELES DE SÍNTOMAS DE MENOPAUSIA EN PACIENTES MEXICANAS CON CÁNCER.....	75
FIGURA 9. NIVELES DE SÍNTOMAS FÍSICOS DE MENOPAUSIA EN PACIENTES MEXICANAS CON CÁNCER... 76	
FIGURA 10. NIVELES DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DE MENOPAUSIA EN PACIENTES MEXICANAS CON CÁNCER	76

RESUMEN

Introducción: La menopausia es una etapa natural que se presenta alrededor de los 48 años en México. Sus síntomas pueden influir de manera negativa en la calidad de vida de las mujeres mexicanas, situación que posiblemente incrementa debido a una condición clínica, como lo es el cáncer, lo cual sucede principalmente por tratar a la menopausia como una patología debido a estereotipos y roles de género. **Objetivos:** 1) Determinar si existe una relación entre síntomas de menopausia y calidad de vida en población general mexicana; 2) Determinar si existen diferencias entre los síntomas de menopausia con respecto a variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad y 3) Determinar si existen diferencias en los síntomas de menopausia entre un grupo de pacientes con cáncer y un grupo de mujeres mexicanas sin cáncer. **Método:** El total de la muestra fue de 128 participantes para el grupo de mujeres de población general y de 80 participantes para el grupo de pacientes con cáncer. Se llevaron a cabo un estudio: Menopausia y calidad de vida en población general mexicana y pacientes con cáncer como objetivo secundario, se validó la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) para población general mexicana. **Resultado:** La correlación entre los síntomas de menopausia y calidad de vida fue negativa, por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la presencia de síntomas de ansiedad a lo largo de su vida y con el haber recibido atención a su salud mental con anterioridad. Y no existen diferencias con respecto a la presencia de síntomas de menopausia en ambos grupos. **Conclusiones:** Los síntomas de menopausia son menores en tanto su calidad de vida es alta, sin embargo, se destaca la importancia de erradicar los estereotipos de género que se ven implicados para la vivencia de esta etapa. Por último, al no existir diferencias entre ambos grupos, se confirma que no es necesaria la indicación de medicamentos, aún bajo condición clínica en este caso del cáncer y se rechaza todo tipo de patologización para la menopausia, sin embargo, se destaca la importancia de la atención en materia de salud mental. La versión mexicana de la Escala MRS conserva adecuadas propiedades psicométricas que permiten evaluar la presencia e intensidad de síntomas de menopausia.

Palabras clave: Menopausia, calidad de vida, género, cáncer.

ABSTRACT

Introduction: Menopause is a natural stage of women's body that occurs around the age of 48 years old in Mexico. The symptoms can negatively permeate the quality of life of the Mexican women, this situation can be increased due to a clinical condition, such as cancer, which mainly happen by treating menopause as a pathology due to stereotypes. and gender roles. **Objectives:** 1) Determine if there is a relationship between symptoms of menopause and quality of life in the general Mexican population; 2) to determine whether there are differences between menopausal symptoms in relation with sociodemographic, clinical and sexuality variables and 3) to determine whether there are differences between menopausal symptoms in a group of cancer patients and a group of Mexican women of general population. **Method:** The total sample was 128 participants for the women group of general population and 80 participants for the group of cancer patients The conducted study was: Menopause and quality of life in the Mexican general population and cancer patients and as a secondary objective the validation of the Menopause Rating Scale (MRS) in mexican general population and. **Outcomes:** Correlation between menopausal symptoms and quality of life is negative and inversely proportional, on the other hand, statistically significant differences were found with the presence of anxiety symptoms throughout their lives and have received to their mental health before. Finally, there are no differences with respect to the presence of menopausal symptoms in both groups. **Conclusions:** The menopausal symptoms are lower as long as their quality of life is higher, however, stands out the importance of eradicating the gender stereotypes that are involved for the experience of this stage. Finally, as there are no differences between both groups, it is confirmed that medicine indication is not necessary, still under clinical condition such as case of cancer and any type of pathologization for this stage is rejected. however, stands out the importance of mental health attention. The Mexican version of the MRS Scale retains adequate psychometric properties to assess the presence and intensity of menopausal symptoms.

Keywords: Menopause, quality of life, gender, cancer.

INTRODUCCIÓN

La población total de México, según las estadísticas que reporta el INEGI (2015), era de aproximadamente 119 millones de personas, de las cuales el 51.4% eran mujeres, y el 7.9% del total de la población, mujeres de entre 45 y 59 años, edad en la que generalmente se presenta, de manera esperada, la etapa de la menopausia.

De acuerdo con el INEGI (2017), la esperanza de vida de las mujeres mexicanas, era de 74.88 años, lo cual significa que son aproximadamente, de 25 a 30 los años de vida posteriores a la etapa de la menopausia, es decir, un tercio de su vida; no solamente se busca mejorar las condiciones de vida y la atención para que las personas puedan alcanzar una mayor longevidad, sino que además, es importante que dicha longevidad esté acompañada de bienestar físico, emocional y social, es decir, de calidad de vida, sin que esta se vea afectada por la etapa de la menopausia, y los cambios físicos que esta supone, dado que es un proceso natural y esperado, mas no una patología.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1996), la menopausia se define como el “cese permanente de la menstruación determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas”. Por lo general, la menopausia natural o fisiológica se presenta, en promedio, entre los 45 y 55 años, promedio que varía de acuerdo con la historia personal, cultura, raza, estatus socioeconómico, edad al momento de la menarca y/o número de ovulaciones a lo largo de la vida de cada mujer; en México en promedio aparece a los 48 años (Vázquez et al., 2010).

La menopausia sucede cuando los periodos menstruales se van presentando con menor frecuencia y eventualmente cesan. Algunas veces, esto sucede de repente, pero casi siempre, los periodos menstruales desaparecen lentamente con el tiempo. El cuerpo entonces

producirá una cantidad menor de estrógenos y progesterona y los menores niveles de estas hormonas son los que causarán los síntomas de la menopausia. A los signos y síntomas que se presentan en esta transición se les denomina síndrome climatérico, climaterio o etapa climatérica, siendo un periodo de tiempo variable, con posibles consecuencias físicas, socioculturales y psicológicas, cuyo grado varía en gran medida, dependiendo en parte del modo en que cada mujer haya vivido hasta ese momento y de sus antecedentes médicos (Capote-Bueno, et al., 2011). Al cesar la ovulación, se detiene la producción de hormonas sexuales en los ovarios y los tejidos requieren cierto tiempo para ajustarse al nuevo equilibrio hormonal (Charlton, 2004).

Sin embargo, la menopausia no es un proceso patológico, es un proceso fisiológico y esperado por el que atraviesa toda mujer. Estos cambios deben considerarse como parte del desarrollo del envejecimiento; no obstante, alrededor del climaterio y la menopausia existen mitos, estereotipos y prejuicios contruidos socialmente a partir del género, que limitan la vivencia de dicha etapa de una manera menos compleja de lo que ya es y representa. Por tanto, de acuerdo con Charlton (2004), si esta etapa de la vida se enfrenta y se vive como un proceso amenazador en donde prevalece la inseguridad, el miedo, la angustia, la preocupación por el futuro y por el estado de salud, entonces posiblemente habrá depresión, tristeza, desánimo, falta de interés en lo cotidiano, aspectos negativos que van a afectar su calidad de vida, y no los síntomas del climaterio y menopausia en sí.

Por otra parte, el sistema de salud también se implica en esta etapa y la define, erradamente, como una patologización, ya que los estudios biomédicos determinan que, tanto la menopausia es una enfermedad; el criterio médico lo cataloga como tal, principalmente por la industria farmacéutica, debido a que la consideran una forma de comercialización del

cuerpo y la vida de las mujeres. Esto lo hacen por medio de tratamientos, como la aplicación de la terapia hormonal sustitutiva, los exámenes de osteoporosis, mamografía, tranquilizantes, entre otros. La medicalización de la menopausia es, entonces, para la industria farmacéutica, una oportunidad para generar mayores ingresos, disfrazando la venta de “tratamiento”, primordialmente de terapia hormonal, como mejora indiscutible de la calidad de vida de las mujeres, la cual afirman, se ve afectada por la menopausia.

Considerando tales problemáticas, la presente investigación se enfocó en determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS por sus siglas en inglés) (2003), misma que permite dar cuenta de la presencia e intensidad de síntomas en la menopausia en mujeres mexicanas, una herramienta que ayudará a conocer e identificar cuáles son las características de la etapa de la menopausia en nuestra población. La escala evalúa presencia e intensidad de síntomas, para valorar la manera en que pueden llegar a afectar su calidad de vida.

Para determinar este último punto, además de medir los síntomas de menopausia, se evaluó la calidad de vida en mujeres de población general mexicana, y se analizó la relación entre ambas variables lo que permitió conocer y determinar la afectación que puede llegar o a tener la etapa de la menopausia sobre la calidad de vida en general de las mujeres mexicanas.

Por otra parte, se compararon diversas variables como la orientación sexual, identidad de género, sexualidad, estado civil, nivel socioeconómico o pertenencia a algún grupo étnico para identificar si tienen un efecto en los síntomas de la menopausia.

Por último, también se llevaron a cabo comparaciones de los síntomas de la menopausia, entre dos grupos: mujeres de población general mexicana y mujeres con cáncer. En mujeres que se encuentran bajo tratamiento oncológico, en al menos el 60% de ellas, suele presentarse la menopausia de manera inducida, y con síntomas mucho más intensos que si esta fuese natural, ello debido al tratamiento (quimioterapia, radioterapia y/o cirugía) (American Cancer Society, 2017) por tanto, es necesario determinar si existen diferencias en la presencia e intensidad de síntomas en ambos grupos, herramientas que permitirán, en materia de salud, atender y entender estas necesidades para que afecten lo menos posible su calidad de vida.

Sin embargo, además es necesario entender bajo una perspectiva objetiva que considere no sólo cuestiones físicas sino también psicosocioculturales, es por ello que, aunado a los respectivos análisis que se llevaron a cabo, esta investigación fue abordada bajo perspectiva de género con el fin de dar cuenta de las desigualdades en salud que permean de negativamente la vivencia de la menopausia y por ende de su calidad de vida.

Capítulo 1. Menopausia

Contexto

El aumento de interés sobre la menopausia de las mujeres contemporáneas obedece incluso, a razones históricas. A finales del siglo XVIII, en la época de la Nueva España, de acuerdo con Gonzalbo Aizpuru (2009), en la Ciudad de México la esperanza de vida era de 25 años para las mujeres y en nuestros días, con base en las estadísticas del INEGI (2016), se encuentra alrededor de los 74.88 años.

La edad media de presentación de la menopausia ha sufrido pocas oscilaciones a lo largo de la historia. Desde el siglo XV hasta la actualidad se ha presentado aproximadamente a los 50 años, siendo entonces poco frecuente que una mujer se encontrara en la posmenopausia. Es a partir de la segunda mitad del siglo XIX cuando la esperanza de vida comienza a superar los 50 años, y por tanto ha aumentado el número de personas con menopausia, representando el 25% de la población de mujeres a nivel mundial, en la actualidad (Rivas, Arco, Rodríguez, López, & Cantos, 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en: Mishra & Kuh, 2012) declara que pronto se alcanzarán los 750 millones las mujeres en la etapa de posmenopausia a nivel mundial.

A mediados del siglo pasado, el papel de la mujer en la sociedad inició un proceso de cambios. Las mujeres con 50 años se encontraban, a diferencia de sus madres, en una etapa vital de alta actividad, tanto en el ámbito psicológico y físico, como en el social. Se incorporan así multitud de variables, inexistentes anteriormente, en la percepción de la menopausia. A través de diferentes estudios, se ha mostrado la posible multicausalidad de los síntomas físicos y psicológicos en esta etapa (Gazquez et al., 2015; Rivas et al., 2015).

Epidemiología

En México, en promedio, las mujeres se encuentran en la etapa de la menopausia a los 48 años (Blümel, 2006; Legorreta, 2012). Se espera que para el año 2035, en México una de cada tres mujeres esté en la etapa del climaterio o en la posmenopausia, y con una expectativa de vida de 83.4 años (INEGI, 2000), lo cual se traduce, aproximadamente, en 25 a 30 años los que vivirán posteriores a la etapa del climaterio y menopausia.

Definición de menopausia

El vocablo alude a la fecha de la última menstruación. Deriva del griego: “men”: (mes) y pausis (cesación) (Fitte, 2008).

La menopausia es entonces, consecuencia de la pérdida de la función folicular ovárica (Velez & Figueredo, 2016). Ocurre cuando los ovarios de una mujer dejan de producir óvulos lo que provoca una desaparición de la ovulación, el cuerpo produce menores niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) y, por tanto, los períodos menstruales se vuelven irregulares y, con el tiempo, se detienen de manera permanente (Gudmundsdottir, Flanders & Augestad, 2013; Pfister, Welch, Emmett & Sheets, 2013; Morris & Currie, 2013). Es un acontecimiento esperado del cuerpo y se presenta en todas las mujeres por lo que generalmente, no se asocia a la génesis directa de ninguna patología (Gázquez, et al., 2015).

Definición de climaterio

Con base en lo anterior, se debe resaltar la diferencia entre menopausia y climaterio. La menopausia es el momento de la última menstruación, el período que le sigue se denomina posmenopausia, y el climaterio es el período en el que los ovarios dejan de producir óvulos y por tanto hormonas femeninas (estrógeno y progesterona) (Speroff, 2000).

El climaterio es el conjunto de los síntomas, no es un momento, sino un periodo de duración variable que acontece con una duración aproximada de 1 a 2 años; es previo, y posterior a la menopausia, que abarca las fases antes mencionadas (Antolín, Moure, Puialto & Salgado, 2015). Este tiempo representa un proceso de envejecimiento fisiológico del aparato reproductor de las mujeres (Rowan et al., 2013).

Etapas de la menopausia

La menopausia se divide en tres etapas (Basavilvazo, et al., 2013) (véase Figura 1):

- ❖ **Perimenopausia:** Significa sobre o alrededor de la menopausia. Es la transición hacia la menopausia y termina un año después del último periodo menstrual.
- ❖ **Postmenopausia:** Periodo que inicia a partir del año de la ausencia de la menstruación hasta el fin de la vida.
- ❖ **Posmenopausia temprana:** Periodo de tiempo dentro de los cinco años después de la última menstruación, ya sea de forma espontánea o inducida (por tratamiento médico).

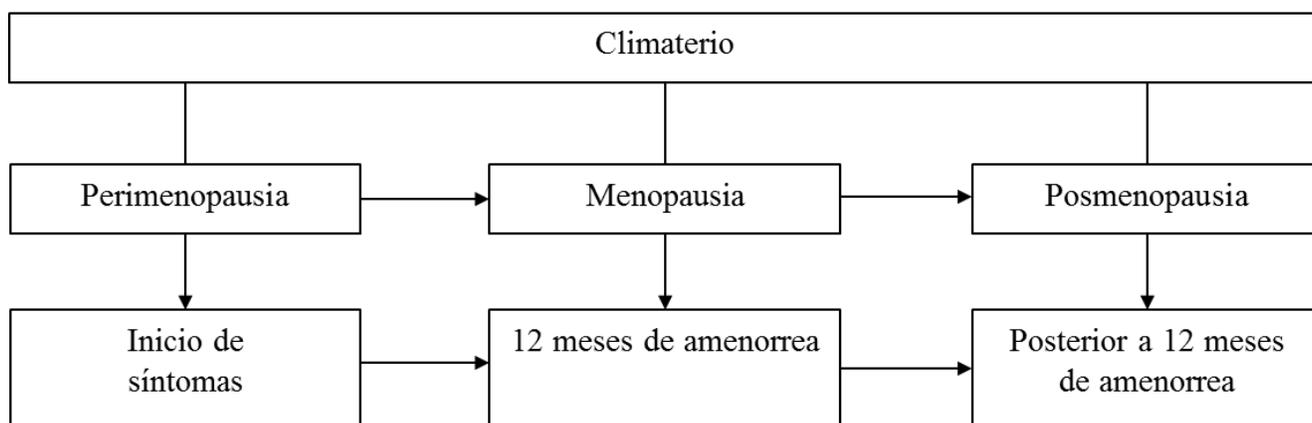


Figura 1. Proceso de las etapas de la menopausia y climaterio (Triviño, et al. 2006)

Etiología de la menopausia

Existen diferentes maneras de que la menopausia se presente, en cada una lo que cambia, principalmente, es su etiología y se dividen de la siguiente manera:

- ❖ **Espontánea o natural:** Esta se genera por el cese fisiológico gradual y progresivo de la función ovárica que ocurre, en promedio, a los 48 años, en mujeres mexicanas.
- ❖ **Inducida:** Se produce por el cese de la función ovárica debido a tratamiento médico, por ejemplo, tratamiento oncológico.
- ❖ **Prematura o por falla ovárica prematura:** Según la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), es cuando la menopausia ocurre a una edad menor de 40 años.
- ❖ **Tardía:** Cuando se produce 5 años posteriores a la edad considerada para cada país. Torres-Jiménez (2018) lo indica en mujeres mayores a 55 años.

Menopausia Inducida

Las mujeres que son tratadas por radiación, quimioterapia y/o cirugía oncológica, presentan afectaciones en su función ovárica, de forma transitoria y/o definitiva y en distinto grado, las cuales se pueden manifestar después de meses o años del tratamiento, provocando una menopausia inducida en al menos 60% de las mujeres que fueron tratadas bajo dichos tratamientos (American Cancer Society, 2017). En ellas el riesgo de presentar las enfermedades antes mencionadas es aún mayor, debido a que la menopausia se presenta de manera abrupta, lo que acelera la presentación de los síntomas.

La menopausia inducida o artificial se define, como: “la interrupción definitiva de la menstruación por daño gonadal irreversible inducido por intervenciones quirúrgicas”, radioterapia y/o quimioterapia (Couto, et al., 2012). De acuerdo con el Consejo de Sociedades

Afiliadas de Menopausia (CAMS) de la International Menopause Society, la menopausia inducida es derivada de la extracción quirúrgica de ambos ovarios (ooforectomía bilateral con histerectomía y/o extracción del útero) o la detención iatrogénica, es decir, provocada, de la función ovárica, siendo consecuencia de la quimioterapia y/o la radioterapia (Couto, et al., 2012).

Se han realizado investigaciones, en las cuales, se señala que las mujeres con menopausia inducida presentan los mismos síntomas que generalmente se manifiestan en la menopausia natural, como sofocos y sudoraciones nocturnas (87,3 %) sin embargo, la intensidad de dichos síntomas en la menopausia inducida es mucho mayor debido a que la disminución de hormonas se da de manera rápida y abrupta. Esto incluye el cese de la maduración de los oocitos, que son las células que dan lugar a los óvulos, y la segregación de hormonas sexuales (principalmente estrógenos y progesterona) (Couto, et al., 2012). De igual forma, presentan afectaciones psicológicas como: depresión, irritabilidad e insomnio.

Se debe mencionar que la menopausia en sí, no determina la indicación de tratamiento como terapia hormonal o farmacológica aún si esta fue posterior al tratamiento (radiación, quimioterapia y/o cirugía) en pacientes oncológicas; lo hacen el deterioro de la calidad de vida en conjunto con los riesgos de padecer enfermedades crónicas que se derivan de los síntomas presentados por la menopausia, en el climaterio (Blumel, 2014); y de no ser atendidos, son los mismos que podrían afectar de manera significativa su calidad de vida (Capote-Bueno, 2011).

Por lo anterior, las pacientes con cáncer que han iniciado la etapa de climaterio en las condiciones mencionadas, es necesario que cuenten con asistencia del equipo de salud, ya que, además de las implicaciones y riesgos que conlleva la menopausia inducida, en el caso

de las pacientes jóvenes puede derivar en falla ovárica prematura, siendo un efecto secundario permanente.

Falla Ovárica Prematura

La Falla Ovárica Prematura (FOP en adelante), significa la pérdida de la función ovárica esperada; es cuando la menopausia ocurre antes de los 40 años, afectando al 1 o 2% de las mujeres menores de dicha edad (Vargas-Hernández, et. al., 2013), es decir, aproximadamente 1 de cada 100 mujeres tienen FOP y aproximadamente 1 de cada 1000 mujeres se ven afectadas antes de los 30 años. Sin embargo, con frecuencia el diagnóstico es extremadamente retrasado (Colau, et al., 2012).

Existen tres principales causas identificables de FOP (Yates, et al., 2004): inmunológicas, farmacológicas o genéticas (Pacheco, 2010); puede ocurrir de forma natural o iatrogénica (como resultado de un tratamiento).

Cuando la FOP sucede de manera iatrogénica, es decir, de manera inducida por un tratamiento, los síntomas son más severos y abruptos que los de la menopausia natural (Grau-Abalo, et. al., 1999). La mayoría de los síntomas que experimentan las mujeres que tienen FOP duran poco tiempo. Los más comunes son los síntomas vasomotores (sudoraciones nocturnas o bochornos), cambios de humor (distimia) y síntomas urogenitales. En un estudio realizado por Duffy (2012), se encontró que los síntomas que las mujeres experimentaron fueron bochornos (47%), sudoraciones nocturnas (46%) y resequedad vaginal (26%). Además, puede existir una falta de excitación sexual subjetiva y de placer que está a veces ligada a problemas físicos tales como menor dilatación vaginal y capacidad reducida de lubricación de la vagina (The Boston Women's Health Book Collective, 1992). Esta atrofia

vaginal puede ser también un factor que provoque irritación uretral recurrente, una fuente frecuente de dispareunia vaginal (The Boston Women's Health Book Collective, 1992).

La FOP también está asociada con un incremento en la mortalidad y morbilidad que abarca enfermedades cardiovasculares, neurológicas, psiquiátricas y/u osteoporosis (Chang, et al., 2007). De no ser atendida, tiene un mayor riesgo de desarrollar dichas enfermedades, aumentando entonces el riesgo de una mortalidad temprana. Por tanto, se debe informar a las mujeres con FOP sobre la salud ósea y la minimización del riesgo de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, además de manejar problemas clínicos y físicos, posiblemente también necesiten apoyo y atención integral debido a una serie de problemas psicosociales, como puede ser la infertilidad derivada de esta condición, su sexualidad y angustia psicológica, los cuales pueden afectar de manera significativa la calidad de vida de las mujeres que presenten FOP.

No obstante, se debe hacer una distinción entre la menopausia y falla ovárica prematura. Por lo general, la menopausia ocurre alrededor de los 50 años, mientras que la FOP puede ocurrir a cualquier edad antes de los 40. Cuando una mujer experimenta la menopausia ya no tiene folículos para producir óvulos y por lo tanto ya no tiene su período menstrual, mientras que la FOP no significa necesariamente falta de folículos viables. Una mujer con FOP aún puede tener folículos, pero no responden adecuadamente a las hormonas responsables de su desarrollo y maduración. En el caso de las mujeres que fueron tratadas con quimioterapia, radiación y/o cirugía oncológica, uno de los efectos secundarios del tratamiento es la menopausia inducida en quienes aún no se encuentren en dicha etapa de manera espontánea, mientras que la falla ovárica prematura sólo deriva por la menopausia inducida en aquellas pacientes de menores a 40 años.

Síntomas

En cualquiera de estos tipos, las mujeres posiblemente experimenten síntomas físicos y psicológicos, por ejemplo, resequedad vaginal, cambios de ánimo, síntomas de depresión, disminución de la libido y bochornos (Hauser, 1994). En la Figura 2, pueden observarse las prevalencias de estos síntomas en mujeres mexicanas.

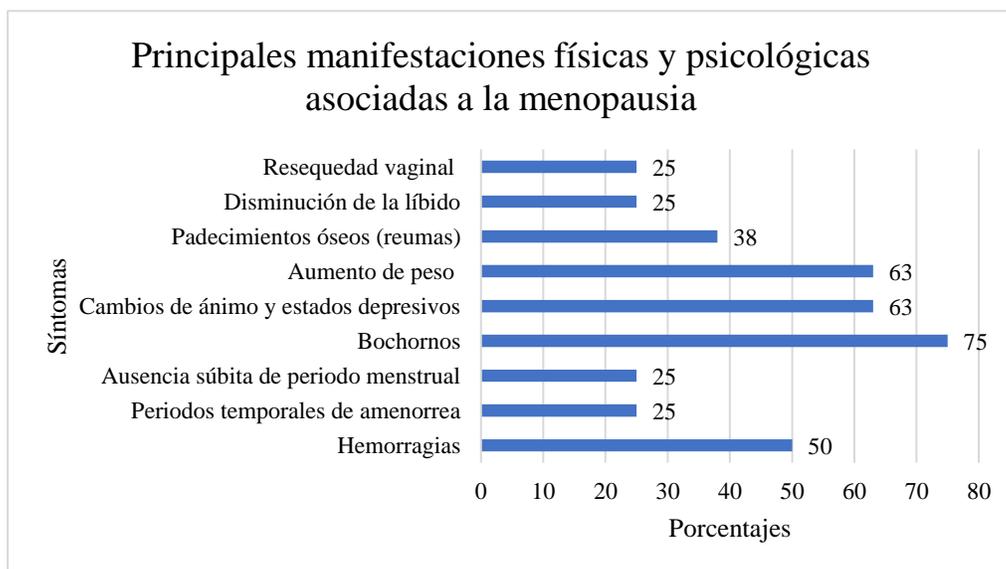


Figura 2. Síntomas físicos y psicológicos asociados con la menopausia (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2011).

Entre los signos y síntomas más frecuentes, se pueden encontrar y observar según los distintos artículos revisados:

1. Bochornos. Es un incremento de la temperatura en la cara, cuello o tórax, y suelen ir acompañados de un exceso de sudor, escalofríos, enrojecimiento de la piel o palpitaciones (Rivas, 2009). Se presentan durante el día o la noche, pueden durar desde segundos hasta varios minutos (Gázquez, et al., 2015).
2. Alteración del aparato urogenital. En cuanto a las alteraciones en los ovarios se observa que este deterioro es consecuencia del agotamiento folicular (Rivas, Arco, Rodríguez, López, & Cantos, 2015). La reducción en la producción de estrógenos

hace que el útero se vea atrofiado y sus paredes se adelgacen al igual que la pared de la vagina, la cual se hace mucho más débil, frágil, delicada y se reduce su humedad natural (Rivas, 2009). Esto puede producir una sensación de escozor, sequedad y repercutir en las relaciones sexuales dando lugar a dispareunia (coito doloroso) (Florido & García, 2007). También son frecuentes las incontinencias urinarias, las infecciones vaginales y de orina. A menudo ocurren molestias urinarias y una mayor frecuencia de micción ya que, las alteraciones en la mucosa de la vejiga y la uretra incrementarán la frecuencia urinaria diurna y/o nocturna, así como pequeñas pérdidas de orina relacionados con algún esfuerzo de la vida diaria (Gazquez, Perez, Molero, Mercader, Barragan & Nuñez, 2015).

3. Atrofia mamaria y cutánea. Las mamas van perdiendo parénquima, es decir, tejido y se produce un descenso de elasticidad (Rivas, Arco, Rodríguez, López, & Cantos, 2015). En relación con la atrofia cutánea, se observa prurito general, piel seca y fragilidad capilar.
4. Disminución del deseo sexual. La disminución de la libido es otro síntoma que se ha asociado a la menopausia. Sin embargo, los resultados de ensayos clínicos concluyen que no existe relación. La disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales está más relacionada con la dispareunia por la sequedad vaginal con la pérdida de la pareja (separación, divorcio, viudez) y con la disminución de deseo en la pareja que con la disminución de la libido en las mujeres (Bailón, 2004).
5. Angina de pecho y el infarto agudo de miocardio. Las enfermedades más comunes derivadas de la alteración en el riego sanguíneo, las cuales tienen lugar como consecuencia de una obstrucción de las arterias (ateroesclerosis), lo que provoca una carencia de sangre y oxígeno en los órganos del cuerpo. Los resultados de la mayoría

de los estudios observacionales publicados durante décadas concluyeron que los estrógenos tenían un efecto cardioprotector y que, tras la menopausia, se producía un incremento del riesgo cardiovascular, por lo que diversos organismos y sociedades científicas recomendaban la prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares con tratamiento estrogénico para mujeres en la posmenopausia. (Gazquez, Perez, Molero, Mercader, Barragan & Nunez, 2015).

6. Posible osteoporosis. Los síntomas se derivan de la pérdida acentuada de la masa ósea y de la disminución en la fuerza de los huesos. Se incrementa, por tanto, el riesgo de fractura, siendo las más comunes las de cadera, muñeca y columna vertebral. Factores de riesgo para desarrollar este síndrome: raza blanca, tener más de 50 años, falta de ejercicio físico, hábitos tóxicos, mala alimentación, factores genéticos (Rivas, 2009).
7. Dificultad para conciliar el sueño. Es uno de los principales síntomas del climaterio. La falta de descanso conduce a la mujer a un estado de irritabilidad, falta de concentración y alteraciones del humor (Rivas, Arco, Rodríguez, López, & Cantos, 2015).
8. Cambios de humor. El bajo nivel de hormonas sexuales en la mujer afecta de manera directa su estado de ánimo. A la vez que debe afrontar la imposibilidad de tener más hijos y la vejez, por lo que probablemente se siente más insegura. Comienzan entonces alteraciones en el ánimo, miedos, angustia, tristeza, irritabilidad, preocupación exagerada por las cosas, ansiedad o, incluso, depresión (Shmidta, 2009). Estos síntomas, no se deben sólo al descenso del nivel de estrógenos, sino también a otros factores individuales y socioculturales, principalmente de roles y estereotipos de género.

Todos estos cambios que se inician en el climaterio son ciertamente un proceso fisiológico, pero para la mayoría de las mujeres la falta ovárica provoca deterioro orgánico con consecuencias sobre los órganos como son el ovario, el endometrio, tejido vaginal, hipotálamo, tracto urinario, esqueleto, piel y el sistema cardiovascular (Concepción & Ramos, 2013; Gazquez et al., 2015). Sin embargo, su presencia y gravedad pueden depender no solo del estado hormonal sino también de factores, socioculturales, psicológicos, genéticos étnicos y geográficos (como la temperatura o la altitud de la ciudad) (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, 2008; Chedraui, 2008).

Un estudio realizado por Blümel (2012), en el que se evaluó la presencia e intensidad de síntomas en mujeres latinoamericanas mediante el Menopause Rating Scale (MRS), reveló que los síntomas vasomotores estaban presentes en el 60.6% de ellas, incluso después de 5 años o más desde el inicio de la menopausia, con un 11.5% calificándolos como graves y muy graves. La irritabilidad y el agotamiento físico y mental fueron los síntomas más prevalentes y severos en cada etapa de la menopausia (Blumel, 2004). Las mujeres con síntomas vasomotores presentan más síntomas psicológicos que aquellas sin síntomas vasomotores, y estos pueden, de hecho, aumentar el riesgo de depresión, estrés, disfunción sexual y ansiedad.

En el climaterio las mujeres pueden experimentar estos síntomas, los cuales pueden deteriorar su calidad de vida, y, por ende, se genera un incremento considerable en los factores de riesgo para padecer enfermedades crónicas de índole física y/o mental (Torres-Jiménez, 2018).

Y para ello es necesario diferenciar qué síntomas y problemas de salud como los antes mencionados están asociados verdaderamente con el cese de la menstruación y cuáles no.

Asimismo, reconocer qué tratamientos e intervenciones son eficaces y seguros y, sobre todo, si son o no necesarios (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004).

Factores asociados con los síntomas

Sin embargo, existen diversos factores que pueden llegar a asociarse con la presencia de los síntomas de la menopausia:

❖ *Variables sociodemográficas*

Las diferencias en la aparición de la menopausia, se reporta en la literatura de acuerdo con el nivel de industrialización, siendo más tempranamente en mujeres que viven en países subdesarrollados, Es decir, la aparición más temprana de la menopausia está condicionada por el nivel de pobreza. epilepsia y tratamiento de la depresión. En un estudio de mujeres suizas, las características sociodemográficas (desempleo) y el estilo de vida (escasa actividad física, soltería) tienen influencia en la presencia e intensidad de los síntomas somáticos, mientras que el nivel educacional, el desempleo, la falta de actividad física, soltería, tabaquismo, aumento progresivo de peso corporal o la historia de cáncer, se asocian a la mayor presencia de síntomas psicológicos en la mujer. En mujeres con diferentes orígenes étnicos (chinas, malasias, indias) las variables asociadas al desarrollo de síntomas relacionados a la perimenopausia es la etnicidad y el haber sufrido recientemente una experiencia en extremo desagradable o que le provoca infelicidad. (Baptista-González, 2006)

❖ *Atención física y mental*

Se ha considerado que el estrés, creencias culturales y personales acerca de la Transición Menopáusica, influyen de manera decisiva en la manifestación e intensidad de los síntomas psicoemocionales (Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio, 2010).

Los problemas actuales de salud (obesidad y enfermedades cardiovasculares) tienen influencia en la presencia e intensidad de los síntomas somáticos, mientras que el nivel educacional, el desempleo, la falta de actividad física, soltería, tabaquismo, aumento progresivo de peso corporal o la historia de cáncer, se asocian a la mayor presencia de síntomas psicológicos en la mujer (Baptista-González, 2006)

Legorreta y colaboradores (2013), reportan como primer síntoma el cansancio físico y mental

Estudios de cohortes o casos mencionan que cuando los síntomas vasomotores son frecuentes e intensos pueden alterar la calidad de vida de la persona al condicionar trastornos en el sueño, fatiga e irritabilidad (Vázquez-Martínez de Velasco et al., 2010; Portellano, 2005)

Otros síntomas adicionales reportados con frecuencia son baja autoestima, ansiedad y tendencia al llanto, bochornos, mareos y nerviosismo (Hernández-Valencia, et al., 2007) la aparición más temprana de la menopausia está condicionada por epilepsia y tratamiento de la depresión. La depresión perimenopáusica constituye un problema infradiagnosticado e infratratado, que genera un alto nivel de sufrimiento y que merece una mayor atención por parte de los clínicos y el sistema sanitario (Sesma-Pardo, et al, 2013).

❖ *Vida sexual*

Debido a la alta concentración de receptores de estrógenos en el aparato urogenital, éste es uno de los centros que más afectado se ve con la baja de hormonas, produciendo un cierto grado de atrofia. Ello se traduce en menor lubricación, menor elasticidad, más dolor en el acto sexual, mayor probabilidad de infecciones y algún grado de molestia al orinar.

La sexualidad cambia y está mucho más orientada a lo emocional que a lo físico. A esta edad el atractivo tiene más relación con la empatía, con sentirse querida y acompañada. (Clínica la Condesa, 2017)

❖ *Embarazo e hijos*

Las guías de práctica clínica canadiense, consideran que la reducción en la menopausia está relacionada al tabaquismo, nuliparidad. Mientras que el retardo en su aparición, se relaciona con la obesidad, multiparidad, abuso del alcohol y alta puntuación intelectual en la infancia (Baptista-González, 2006).

Atención clínica

Las mujeres en la peri o posmenopausia pueden presentar un perfil clínico variable en cada una y pueden presentar, o no, síntomas de manera leve a severa. En los casos de presencia de síntomas, pueden tener una severidad alta que incida en su calidad de vida, circunstancia que tal vez también llegue a afectar su papel en la sociedad, en la economía y en la salud. Asimismo, alrededor de la edad en la que ocurre la menopausia, también se dan otros acontecimientos personales, familiares y laborales del ciclo vital de la mujer, que, de igual forma, pueden influir en su calidad de vida (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004).

La mujer y el personal médico tratante se enfrentan entonces con varias decisiones importantes como si se debe empezar o no la terapia de remplazo hormonal (TRH) (Lopera-Valle, et al. 2016).

El estudio "The Women's Health Initiative (WHI)" (1998), publicado a comienzos de este siglo, marcó una nueva etapa en la TRH, este incluía una compleja metodología con la

cual se evaluó el uso de estrógenos conjugados contra placebo, en él se concluyó que los riesgos superaban los beneficios de la terapia, causando un profundo impacto en la actitud y conducta de pacientes y personal médico.

En la actualidad, aún no se cuenta con la evidencia suficiente para soportar totalmente el uso o no de la TRH, por lo cual la decisión de iniciar y discontinuar el tratamiento, en última instancia, recae sobre el personal clínico y la mujer en cuestión. Así pues, la TRH no constituye un tratamiento mandatorio ni obligado en la menopausia; su objetivo primordial es mejorar las condiciones clínicas de las mujeres, además de contribuir en su percepción de sobre su estado de salud (Lopera-Valle, et al., 2016).

Por lo tanto, la individualización es primordial para la decisión sobre el uso de terapia hormonal (TH) y diversos tratamientos, para considerar el estado de salud de la mujer, de sus estilos de vida y calidad de vida, así como los factores de riesgo como lo es trombosis, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares o cáncer de mama. (North American Menopause Society, 2012). Es por ello que son cada vez más frecuentes los estudios que incorporan las escalas de la calidad de vida como instrumento para valorar la acción de una intervención farmacológica (Kwak, et al., 2014; Comhaire & Depypere, 2015).

Evaluación de síntomas de la menopausia

Desde un punto de vista metodológico, la evaluación de estos síntomas presenta diferentes dificultades. Se dispone de pocos estudios realizados en la población general y la mayoría se han llevado a cabo en mujeres con síntomas o que proceden de unidades de menopausia, lo cual conlleva una sobreestimación de la prevalencia de los síntomas (McKinlay, 1994;

Morse, 1994). En la evaluación de los síntomas también hay que tener en cuenta el instrumento utilizado. El método más común son las listas y cuestionarios de síntomas.

Acerca de instrumentos que evalúan los síntomas de la menopausia, Greene (2007) argumentó que son escasos y sin estandarizar, razón por la cual diversos investigadores(as) han ido elaborando sus propias herramientas de medición ad hoc a sus necesidades. Por lo que, desde inicios del siglo XXI, los síntomas han sido seleccionados y clasificados subjetivamente sólo por su presencia o ausencia en la mujer. Lo que desencadena que sus propiedades psicométricas aun sean desconocidas.

Existen diversos estudios (ver tabla 1) que evidencian listas o escalas que se avocan a síntomas presentes en la etapa de la menopausia, las cuales fueron sometidas, por sus autores y autoras originales, a análisis factoriales con la finalidad de determinar si existía la suficiente conformidad para facultar la elaboración de una herramienta completa que midiera los síntomas del climaterio.

Al respecto, se identificaron instrumentos diseñados para medir calidad de vida o salud en general, en los cuales se han empleado algunos reactivos o factores para medir la gravedad de síntomas de menopausia. Sin embargo, además de no ser instrumentos específicos para medir los diversos síntomas de esta etapa, estos no son considerados como viables de evaluación, ya que no reportan consistencia interna y/o varianza explicada, análisis que permiten dar cuenta de la fiabilidad y validez del instrumento, añadiendo que cuentan un número de ítems extenso (ver tabla 1).

Para su evaluación, tradicionalmente, se han utilizado encuestas que enumeran y califican los síntomas menopáusicos y la calidad de vida, entre ellas las más utilizadas son: la Escala de Greene y la Escala de Kupperman, el Cuestionario de Salud de la Mujer

(Woman's Health Questionnaire), el Cuestionario específico de la Menopausia (Menopause specific QOL Questionnaire), la Escala de Evaluación de la Menopausa (Menopause Rating Scale), Escala Cervantes, entre otras (ver tabla 1). Éstas pueden ser utilizadas para el uso cotidiano, sin embargo, por la falta de propiedades psicométricas adecuadas a la población, su uso en estudios clínicos es limitado. Se han utilizado también escalas que evalúan calidad de vida, para evaluar estos síntomas cuyos términos no siempre son precisos y sencillos de utilizar (Utian, 2007).

Tabla 1. Instrumentos que evalúan sintomatología en la menopausia

INSTRUMENTO/ AUTOR/A	OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	PAIS	MUESTRA	FACTORES	PROCEDIMIENTOS PSICOMÉTRICOS	
					VARIANZA EXPLICADA	CONSISTENCIA INTERNA
Índice de Menopausia Kupperman (1952)	Poner de manifiesto si las mujeres atribuyen a la menopausia cambios en la percepción de su salud	España	228	11 indicadores /ningún factor	No reporta	No reporta
Greene Climateric Scale Greene (1975)	Producir un método racional de evaluación de síntomas climatéricos	Escocia	50	30 ítems /3 factores: (psicológicos, somáticos, vasomotores)	No reporta	38%
Women Health Questionnaire (WHQ) Hunter M. (1992)	Diseñado específicamente para estudiar posibles cambios en la salud y el bienestar durante la transición a la menopausia.	Inglaterra	48	36 ítems /9 factores (Síntomas somáticos, depresión dificultades en memoria/ concentración, ansiedad/miedos, comportamiento sexual, síntomas vasomotores, trastornos del sueño, trastornos menstruales y atracción)	57.5%	No se reporta
Menopause Rating Scale (MRS) Heinemann (2003)	Evalúa el impacto de cualquier intervención médica en relación con diferentes aspectos de la vida durante la menopausia.	Alemania	683	11 ítems /3 factores (psicológica, somato-vegetativa y urogenital)	58.8%	No se reporta
Menopause Quality of Life (MENQOL) Hilditch et al (1996)	Evaluar la calidad de vida específico de la condición de menopausia.	Canadá	80	30 ítems /4 factores (vasomotor, físico, sexual y psicosocial)	No se reporta	No se reporta
The Utian QOL scale (UQOL) Utian et al. (2002)	Evaluar la percepción de la sensación de bienestar como algo distinto de los síntomas de la menopausia	Estados Unidos	597	23 ítems /4 factores (ocupacional, de salud, emocional y sexual)	No se reporta	No se reporta
La Escala Cervantes Palacios et al. (2004)	Calidad de vida relacionada con la salud durante la menopausia	España	2274	31 ítems /5 factores (menopausia y salud, envejecimiento, sexualidad, relación de pareja y dominio psíquico)	No se reporta	.90

Escala de Evaluación de la Menopausia (Menopause Rating Scale)

La Escala de Evaluación de la Menopausia (Heinemann et al., 2003), se desarrolló como respuesta a la falta de escalas con propiedades psicométricas adecuadas para medir la intensidad de los síntomas de la menopausia y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud. La MRS, es una escala específica, breve y auto-administrada que contiene tres factores: psicológico, somato-vegetativo y urogenital, con un total de 11 ítems.

Ante la intención general de los autores de desarrollar un instrumento simple que evaluara presencia además de intensidad de síntomas, decidieron añadir a cada grado de respuesta, una puntuación adicional. Si los síntomas no se presentaron, la mujer puede marcar la opción "No" (puntaje = 0) y si el síntoma estaba presente, deben elegir uno de los cuatro grados de intensidad (puntajes 1 a 4).

La mayoría de las mujeres puede completar la escala en menos de 10 minutos. Los autores en la validación original reportan que son limitados los casos en que las mujeres rechazan el finalizar la contestación de la escala porque sea demasiado sensible, privada o inaceptable (Heinemann, 2003).

Existen 23 traducciones a diferentes idiomas realizadas por el autor original, incluyendo al español mexicano, sin embargo, sólo algunas han sido validadas y adaptadas en sus distintas poblaciones generales. Las validaciones de esta escala se han efectuado en poblaciones como: China (Wu et al., 2015), Chile (Moravcová et al., 2014), Colombia (Monterrosa-Castro et al.,), Alemania (Heinemann et al., 2003) y Serbia (Gazibara et al., 2015) (ver Tabla 2).

No obstante, la escala también se ha utilizado en México (Legorreta et al., 2013). Este estudio se realizó con una muestra total de 4548 mujeres de entre 40 y 59 años. Los

cinco síntomas más frecuentes y graves durante la transición climatérica que reportaron mujeres mexicanas de diferentes regiones fueron el agotamiento físico y mental (61%); malestar articular y muscular (52.8%); problemas para dormir (53.3%), seguidos de ánimo depresivo e irritabilidad (54.2%). La edad media reportada en la menopausia natural fue de 47.9 años y el puntaje promedio nacional de MRS fue de 8.19, de acuerdo con lo reportado en ese estudio.

A pesar de que ya fue utilizada en nuestro país, la MRS (Heinemann et al., 2003) aún no se ha validado ni adaptado en población mexicana por lo que se desconocen las propiedades psicométricas de la misma para nuestra población, lo que genera la necesidad de realizar la presente investigación ya que así, se contará con una herramienta válida y confiable en México para el entendimiento de la menopausia y calidad de vida en mujeres mexicanas de población general y mujeres mexicanas con cáncer, quienes, además, de acuerdo con lo reportado en la literatura (American Cancer Society, 2017), presentan mayor gravedad de síntomas climatéricos y de la menopausia.

Por tanto, la respuesta de cada mujer ante la menopausia será compleja, e incluye junto a la dimensión biológica, dimensiones: social, histórica, cultural, política, económica y psicológica, aportando dinamismo al concepto de menopausia, que impactarán para la calidad de vida en general de estas mujeres y es por ello que se requiere generar herramientas de evaluación válidas y confiables para nuestra población que nos permitan avanzar en el entendimiento del vivir con menopausia de mujeres mexicanas con la finalidad de que esta etapa pueda ser atendida y vivida satisfactoriamente en todos sus aspectos (Urbano, 2011).

Tabla 2. Validaciones de la escala Menopause Rating Scale en otras poblaciones

REFERENCIA/ PAÍS	POBLACIÓN/M UESTRA	CONSISTENCIA INTERNA	VARIANZA EXPLICADA	CONFIABILIDAD TEST-RETEST	FACTORES
Heinemann et al., (2003) Alemania	683 mujeres	No reporta	58.8%	No reporta	3 factores: psicológicos, somato- vegetativo y urogenital
Moravcová et al., (2014) Chile	204 mujeres después de la menopausia natural	$\alpha = 0.87$ No reporta α por factor	No reporta	No reporta	3 factores: somato vegetativa, psicológica y urogenital
Wu et al., (2015) China	317 mujeres	No reporta α global. Psicológicos $\alpha = 0.88$ Somáticos- vegetativo $\alpha = 0.68$ urogenitales $\alpha = 0.59$	No reporta	0.83 a 0.93	3 factores: síntomas psicológicos, somáticos y urogenitales
Monterrosa- Castro et al., (2016) Colombia	507 mujeres posmenopáusicas y 407 mujeres premenopausicas	$\alpha = 0.86$ psicológico $\alpha = 0.75$ somato-vegetativo $\alpha = 0.63$ urogenital $\alpha = 0.84$	No reporta	No reporta	2 factores: Somático y psicológico
Gazibara et al., (2015) Serbia	200 mujeres peri- menopáusicas y posmenopáusicas	$\alpha = 0.88$ psicológico $\alpha = 0.90$ somato-vegetativo $\alpha = 0.76$ urogenital $\alpha = 0.73$	73.1%	No reporta	3 factores: psicológicos, somato- vegetativo y urogenital

Capítulo 2. Calidad de vida en la menopausia

Definición

Calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996) como: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Con respecto a la menopausia, a nivel mundial, existen diversas líneas de investigación referidas principalmente a los cambios físicos en estas etapas, ya que el incremento en el periodo de vida en la tercera edad está acompañado de una pérdida de calidad de vida, debido al desarrollo de deficiencias y enfermedades crónicas, que se encuentran relacionadas con los cambios hormonales (Gázquez-Linares, et al., 2015).

Una mayor puntuación total en la lista de síntomas de la menopausia (que resume la carga sintomática psicológica, vasomática y general), una mayor frecuencia de los síntomas vasomotores autoinformados y un mayor número de síntomas menopáusicos se han asociado significativamente con una menor calidad de vida (Karac & Seker, 2007; Williams, 2009).

Aspectos físicos

A pesar de ser una condición esperada, se ha reportado que 8 de cada 10 mujeres tiene al menos uno de los síntomas clásicos durante o posterior a la menopausia, de las cuales el 45% considera que impactan de manera negativa en su calidad de vida (Lopera-Valle, 2016). En la menopausia convergen una serie de factores de riesgo que pueden agudizarse; cerca del 60 % de las mujeres en la etapa de la menopausia tienen una enfermedad crónica

y son las enfermedades cardiovasculares las principales causas de morbilidad y mortalidad a partir de esta época, lo cual podría estar relacionado con los cambios metabólicos que ocurren durante la transición de un estado pre a uno post menopáusico (Lwow, et al., 2013; Lizcano, 2014).

En un estudio realizado en el municipio de Espita, Yucatán (Vera, Rosado & Pavía, 2017) se encontró que la calidad de vida fue pobre en 63% de las mujeres con menopausia, lo que podría sugerir que los cambios hormonales que producen alteraciones emocionales y cambios físicos drásticos disminuyen la calidad de vida, impidiendo el desempeño de sus labores cotidianas (Genazzi, et. al., 2007). Se encontró que los puntos de afectación más predominantes en cuanto a calidad de vida fueron principalmente por bochornos y cambios de estado de ánimo.

Aspectos socioculturales

La calidad de vida relacionada con la menopausia es un concepto multidimensional que se basa en la percepción subjetiva de la mujer (Aedo, Campodónico, Cano & Valenzuela, 2008). A pesar de que la prevalencia de síntomas y la demanda por tratamiento difiere extensamente entre mujeres de diferentes etnias con diferentes antecedentes culturales (Boulet, 1994; Freeman, 2007), se han relacionado con una calidad de vida deficiente (Blümel, 2012). Aunque no todas las mujeres que reportan síntomas de menopausia se sienten incómodas por ellos, varios estudios han mostrado una asociación entre los síntomas de la menopausia y una menor calidad de vida (Williams, et al., 2009; Daly, et al, 1993) Se ha observado que existe una clara influencia cultural y social en la percepción de las manifestaciones que aparecen con el cese de la actividad ovárica (Gazquez- Linares, et, al., 2015).

En un estudio llevado a cabo por Pool-Tamayo (2000) en la población de Catzín, Yucatán, el 35.8% de las mujeres entrevistadas refirieron que la menopausia sí había afectado su calidad de vida.

Mientras que hay mujeres que perciben la falta de menstruación como una pérdida de feminidad como el acercamiento a la vejez, otras, sin embargo, viven esta etapa como una liberación, al proporcionarles una mayor seguridad en sí mismas además de una mayor realización personal, viéndolo como algo natural hacia la vejez. Todo ello depende de los antecedentes culturales de cada una y de las experiencias vividas por las mujeres, sus creencias y expectativas (Gazquez- Linares, et, al. 2015).

Aspectos de salud

En el ámbito del climaterio, las consecuencias del cese de la función ovárica deben contemplarse también desde la perspectiva de la calidad de vida relacionada a la salud. No basta, por tanto, con identificar la presencia de sofocos u otros síntomas, sino que interesa la apreciación subjetiva de la mujer, quien dirá si se ve afectado o no su bienestar por esa molestia. (Gazquez- Linares, et al. 2015). Se ha demostrado que la percepción de los síntomas y la angustia causada por la transición menopáusica se relacionan con la salud general de las mujeres, su situación laboral y socioeconómica y los eventos de su vida anteriores a dicha etapa (Gold, 2004).

En un estudio realizado por Blümel (2012), se encontró que, en comparación con las mujeres premenopáusicas más jóvenes, el riesgo de deterioro de la calidad de vida aumentó 1.5 veces en las mujeres mayores premenopáusicas y casi tres veces más entre las mujeres posmenopáusicas (temprana y tardía).

Para contrarrestar los síntomas, la práctica habitual de una actividad física de al menos intensidad moderada durante 60 minutos al día tiene una influencia favorable en la prevención de los síntomas de menopausia y en la calidad de vida, particularmente en los dominios psicológicos y sociales en mujeres de mediana edad. La influencia de la actividad física habitual a nivel psicológico parece estar parcialmente asociada con una disminución de los síntomas de la menopausia y/ o con la pérdida de peso (Guimarães & Baptista, 2011).

Aspectos psicológicos

En un estudio realizado por Genazzi (2007) se encontró que el área psicológica se encontró más afectada, lo cual pudiera explicarse porque los mecanismos hormonales que pueden alterar algunos aspectos psicológicos como baja autoestima y depresión.

La percepción personal en donde se considera el tipo de personalidad, en particular la adaptación de la persona a eventos negativos, sin olvidarnos de la influencia de otras variables sociales, como el género y la situación laboral, que están más relacionadas con la etapa de la vida por la que atraviesa la mujer, juegan un papel relevante en la estabilidad psicológica, (Martire, 2000). Por lo tanto, no existe un único factor asociado al bienestar psicológico por lo que se confirma su carácter multidimensional.

La menopausia aun es considerada sinónimo de deterioro o enfermedad, sin embargo, constituye un periodo de adaptación, cambio y reflexión sobre las dimensiones fisiológicas, sociales, culturales y laborales de la mujer que experimenta esta etapa. Es por esto que el abordaje de estas mujeres, en términos de calidad de vida, debe llevar consigo una perspectiva integral que considere aspectos orgánicos, psicológicos y sociológicos (Urdaneta, et al., 2010; Mohammadalizadeh, et al., 2015; Sharma & Mahajan, 2015).

Es por ello que determinar lo que saben las mujeres sobre la menopausia es básico para proporcionar una atención eficiente, pues siendo para ellas el final de una etapa y el inicio de otra, es un cambio que produce de una u otra forma una crisis individual para su nueva situación relacionándose con sus propias vivencias y referencias. Es así que la mediana edad puede considerarse como una ventana de oportunidad crítica para preservar la salud y la calidad de vida futuras de las mujeres mexicanas (Legorreta, 2013).

Evaluación de la calidad de vida en la menopausia

La evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene sobre la salud de la mujer se ha hecho de forma tradicional a partir de escalas clínicas, las cuales han pretendido proporcionar un valor cuantitativo que permita ser utilizado como parámetro en la evaluación de los síntomas de la menopausia y de la eficacia de las intervenciones médicas (Urdaneta, et al., 2010). No obstante, se han encontrado deficiencias en algunos de estos índices; se combina menopausia inducida o iatrogénica con la natural a pesar de que su génesis se manifiesta de manera diferente entre una y otra. Además, no cumplen con los estándares aceptados de psicometría, (Greene, et. al., 1976; Palacios, et. al., 2004)

Además, es necesario que el personal profesional de la salud entienda las diferencias de la menopausia entre culturas, de modo que se otorgue el asesoramiento adecuado, el cual se puede adaptar de acuerdo con las necesidades de la comunidad, independientemente del país (Tan, et al., 2010).

También se necesita que la o el médico tratante cuente con herramientas que le permitan brindar soluciones a las mujeres frente a los síntomas que afectan su calidad de vida. No obstante, en la actualidad no se cuenta con evidencia suficiente para apoyar completamente una terapia adecuada que logre dar una respuesta casi completa a las

pacientes y que a la vez considere un equilibrio en riesgo-beneficio (Lopera-Valle, et al., 2016). A tenor de los resultados, se demanda la idea de que la menopausia es una etapa más en la vida de la mujer, desterrando significados negativos y trabajando desde todas sus dimensiones como personas. (Gazquez- Linares, et al., 2015).

Tomando en cuenta así, las posibles afectaciones en su calidad de vida y la mínima investigación que se ha hecho al respecto para la atención de la misma en nuestra población, da pie para continuar con estas líneas de trabajo y que, en un futuro no muy lejano, la menopausia pueda vivirse sin que, en ningún aspecto, su calidad de vida se vea deteriorada por un proceso del cuerpo humano que es completamente esperado.

La menopausia, sin embargo, no es sólo una etapa de transición biológica en la vida de las mujeres, se ven relacionados también factores culturales, sociales y psicológicos, los cuales no sólo dependen de la cultura o el contexto, sino también de un sistema patriarcal.

Capítulo 3. Enfoque de género en el abordaje de la menopausia

El modo de percibir el mundo y resolver los conflictos y problemas está relacionado con la interiorización del sistema de valores culturales y de las normas sociales sobre cómo debemos ser, sentir y comportarnos. Las prácticas y concepciones, tanto positivas como negativas, manejadas por las mujeres, y debido producto de la socialización, estructuran su personalidad, su identidad, sus valores y normas. La vivencia de las propias experiencias va a condicionar el afrontamiento y la resolución de los problemas y, por tanto, influye en los posibles modos de enfermar, así como de vivir procesos naturales propios de nuestro desarrollo como seres humanos, en este caso, de la menopausia.

El modo como vemos el propio cuerpo y cómo lo tratamos se relaciona con una construcción sociocultural, en la que las percepciones son individuales, pero también colectivas (Bisognin, 2015). En ese sentido, la existencia corporal está relacionada con el contexto sociocultural, que es el canal donde las relaciones sociales son vividas (Le Breton, 2009).

“Si bien la menopausia es un evento biológico, el significado atribuido a ésta es cultural. Nuestras percepciones de la menopausia están ligadas a construcciones culturales sobre la feminidad, envejecimiento, y concepciones médicas en general. En este sentido, tanto la menopausia, como el género, pueden ser entendidos como construcciones culturales que reflejan y refuerzan valores y asunciones culturales más amplias” (Webster, 1993: 243).

Se entiende entonces, el cómo las distintas sociedades otorgan diferentes significados a esta realidad consiguiendo transformar un acontecimiento biológico en un evento cultural. El significado de menopausia, también está relacionado con conceptos de sexualidad, feminidad, fecundidad y maternidad (Goberna, Francés, Paulí, Barluenga & Gascón, 2009).

De aquí, que el impacto psicosocial de la menopausia dependerá de la importancia que un grupo poblacional le asigne a la reproducción, la fertilidad, el envejecimiento y al género.

Por ejemplo, en la sociedad occidental, contraria a la oriental, la actitud presente hacia la mujer que está en la post menopausia es negativa, siendo sinónimo de la pérdida de la autoestima y de la belleza (Rondón, 2008:101). Mientras que a la menstruación se le asigna desarrollo y vitalidad, a la postmenopausia se le atribuye la idea del envejecimiento y pérdida de la capacidad reproductiva características que no se comparten con otras culturas como la oriental (Velez, 2016).

No obstante, se señala que también existen diferencias en la vivencia de la menopausia entre las mujeres dentro de la misma cultura o dentro de culturas diferentes. La menopausia es un fenómeno multidimensional y refleja una combinación de bases genéticas, dieta, cambios físicos, uso de medicinas, influencias culturales e individuales, percepciones y expectativas (Palacios, 2009). La manera en cómo se da el enfrentamiento de la etapa de la menopausia, de los síntomas y de las dificultades depende de lo que cada mujer aprendió por medio de sus costumbres, experiencias, creencias y educación (Bisognin, 2015). Este conocimiento construido se da, principalmente, por medio de cambios de experiencias con otras mujeres que vivieron o están viviendo la menopausia en su círculo de relaciones próximas (Beltramini, 2010).

En la modernidad, las vivencias que tienen las mujeres sobre la menopausia dependerán, por ende, de un sin fin de factores entre los que principalmente se destacan los conocimientos previos que se tengan al respecto y los sentimientos desarrollados relacionados con la sociedad y cultura a la cual pertenecen; así, los saberes de cada mujer

surgen entonces de varios contextos, en especial, de las experiencias referidas por otras personas y que, generalmente, están asociadas con algo incómodo (Bisognin, 2015; Velez, 2016). La explicación de los síntomas de la menopausia parece entonces ser multifactorial y sujeta a estereotipos de género, sexuales, sociales e higiénicos (Valls- Llobet, 2012). El contexto de vida revelará, por consiguiente, cuánto el escenario cultural y los aspectos fisiológicos están arraigados en la determinación de la calidad de vida de estas mujeres.

En cuanto a los aspectos psicológicos, algunos estudios (Bochino, 2005; Rondón, 2008) demuestran que los síntomas de depresión de las mujeres en época de la menopausia están influenciados notablemente por su ocupación, su estatus económico y su convivencia armónica de pareja. Así, las mujeres con personalidad equilibrada, con una buena autoestima, que se sienten satisfechas con su vida y su entorno, suelen experimentar menos síntomas que las que se sienten insatisfechas en estos aspectos.

Por otra parte, en un estudio realizado con mujeres de España, (Pérez Melero et al., 2015), puede observarse el cómo las mujeres con menor nivel socioeconómico refieren una percepción de la calidad de vida baja tanto a nivel físico como psicológico. Por lo tanto, los síntomas como tal no son meramente psico-biológicos, sino que la percepción que se tiene de éstos cambia también, según el estudio presentado, de acuerdo con el nivel socioeconómico (García, 2017), lo que entonces da cuenta de que la menopausia es una etapa en la cual se ven implicados diversos factores incluido el nivel socioeconómico y no es meramente biológica.

Desde una perspectiva sociocultural, la edad mediana de la vida y los años posteriores se consideran una etapa caracterizada por importantes cambios de roles para las mujeres,

elemento que vuelve imprescindible el considerar las propias percepciones que ellas tienen de este periodo de sus vidas (Woods et al., 1995; Woods & Mitchell, 1997; Arpanantikul, 2003; WHO, 2007: citado en Binfa, 2013).

No obstante, desde un punto de vista específicamente de género, la lucha por la igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres ha ampliado la visión de la sociedad respecto del abordaje de la salud, la sexualidad y la vida en general a lo largo de todo su ciclo vital, especialmente en lo referente a dos momentos claves en la vida de las mujeres, como lo son la menarca (primera menstruación), y la menopausia (Charlton, 2004) temas que han generado inequidad de género.

Sabemos que estos cambios fisiológicos son esperados y deben considerarse como parte del desarrollo de su envejecimiento; sus funciones reproductivas y la fisiología asociada a ésta, son rasgos que históricamente han sido considerados constitutivos de la identidad del género. Aunque, cuando hablamos de menopausia, aludimos a ‘problemas de mujeres’. Los ciclos vitales de la mujer se han utilizado como justificante de esta asociación de la mujer con las ideas de fragilidad psíquica femenina (Fitte, 2008); por tanto, alrededor del climaterio y la menopausia se han generado mitos, estereotipos y prejuicios construidos socialmente, como, por ejemplo:

- ❖ “La vida sexual de las mujeres aparece con la menarquia y desaparece con la menopausia”
- ❖ “La menopausia es una etapa negativa para las mujeres y generadora de múltiples dolencias”
- ❖ “La menopausia es el fin de la plenitud femenina”

- ❖ “La menopausia es una enfermedad que se cura con tratamiento médico”
- ❖ “Las mujeres en la menopausia tienen sus órganos reproductivos atrofiados y esta es potencialmente letal para el cáncer”
- ❖ “La menopausia es la culminación de la madurez emocional”
- ❖ “Las mujeres en periodo de menopausia son eminentemente pasivas y afectivas, tanto en lo social, como en lo personal”
- ❖ “Son viejitas poco interesantes, no atractivas, veteranas y fósiles”
- ❖ “Son viejas histéricas, deprimidas, secas y menopáusicas”

Es así como en las sociedades occidentales la etapa post-reproductiva en la vida de las mujeres ha sido permeada históricamente por símbolos negativos, por “metáforas médicas” con términos como declinación, deterioro, disminución, falla, con efectos negativos sobre la salud, necesidad de tratamientos médicos, aquejando así la construcción social de la menopausia como un factor meramente negativo (Binfa, 2013).

Por esa razón, es posible que en Occidente, el proceso del climaterio y la posmenopausia las mujeres lo vivan de manera conflictiva ya que, además, este momento de la vida suele asociarse con carencia hormonal, lo cual sucede debido a que los cambios corporales experimentados durante la menopausia (cambios celulares a nivel endometrial y ováricos, niveles hormonales, densidad ósea, niveles de calcio y lípidos) son medidos y luego contrastados tomando como referencia valores normales, es decir, aquellos característicos de cuerpos de mujeres occidentales en edad reproductiva. Ambos principios suponen que la vida femenina se define en función de su capacidad reproductiva (Lock, 1993).

La primera hipótesis explicativa que se manejó al respecto fue la biologicista, enumerando una serie de síntomas que se consideraban típicos del climaterio, pero parece demostrado que clínicamente no existe un síndrome climatérico como tal, sino una serie de síntomas que suelen asociarse a este periodo de tiempo (Cardaba-García, 2017). Estudios realizados por Bunday (citado en Freixas, 2007) demuestran que muchos de estos síntomas los sufren tanto mujeres como hombres, resultando ser síntomas de la disminución del funcionamiento biológico por la edad. Pero, debe tomarse en cuenta que el estado de salud previo de las mujeres y los factores psicosociales se relacionan y explican los síntomas, más que únicamente los factores hormonales en sí (Binfa, 2013).

Medicalización de la menopausia

Sin embargo, todas las manifestaciones que ocurren durante este proceso refuerzan la idea de ser enfermedad en lugar de un proceso vital fisiológico y, en consecuencia, se medicaliza y patologiza trayendo como consecuencias efectos secundarios, algunos de ellos tan graves como el cáncer de mama y/o de endometrio, además de trastornos cardiovasculares (Velez, 2016). Para el movimiento de salud de las mujeres esta determinación médica es vista como discriminatoria y opresiva para ellas porque parte de un contexto patriarcal.

Leidy (1999) indica que esta conceptualización como patología ha adquirido tres formas:

- 1) “como una enfermedad deficitaria (similar a la diabetes o al hipotiroidismo);
- 2) como una endocrinopatía (enfermedad de las glándulas endócrinas);
- 3) como un factor de riesgo para contraer enfermedades crónicas tales como osteoporosis y enfermedades de tipo cardiovascular”

La medicalización de estos dos procesos se ha dado de varias formas: ya en la antigüedad surgieron supuestas enfermedades como la histeria, y en la sociedad actual el ejemplo más claro es el de las terapias de sustitución hormonal que, a pesar de haberse visto que los efectos negativos de estas no deberían ser pasados por alto, se han seguido pautando por personal médico a las mujeres. Los supuestos beneficios de estas terapias también han ido cambiando: desde el “mantenerse jóvenes y atractivas” hasta la prevención de osteoporosis, cardiopatías o incluso alzhéimer (Campins, 2017).

En términos de Conrad (1992), la medicalización consiste en “la definición de un problema en términos médicos, haciendo uso de un lenguaje médico para describirlo, adoptando una línea de trabajo médica para entender el problema, o usando un tipo de intervención médica para abordarlo”. Según el autor, la medicalización ha ocurrido tanto para comportamientos desviados como para procesos naturales de la vida. El modelo biomédico, constructivista y positivista, establece que sólo existe una realidad social, pero modelos de base sociológica disponen que existen tantas realidades como individuos hay en el mundo (Nettleton & Gustafsson, 2002).

A principios de la década del ochenta, la Organización Mundial de la Salud definió a la menopausia como una fase de transición compleja en la vida de la mujer, en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 1981). Dicho término se refiere a la interrupción permanente de la menstruación, como resultado de un *déficit* permanente de estrógeno. De esta manera, la menopausia pasó a ser reconocida formalmente como un proceso patológico (Fitte, 2008).

De ahí, la menopausia en este sentido, tiende a ser vista como una “*enfermedad deficitaria*” o una “*patología biológica*”. Los términos clínicos recurrentes asociados a estos eventos son atrofia de la mucosa vaginal, ansiedad, irritabilidad, depresión, nerviosismo, lo que conlleva a una conceptualización de desvalorización de las mujeres (Lozano, 2012).

Medicalización desde la perspectiva de género

Martín (2006) describe como la biología y las investigaciones médicas se apoyan en estereotipos de géneros tradicionales, confiriéndoles características humanas a los procesos biológicos relacionados con el aparato reproductor. Coria, Freixas y Covas (2005) refieren que el climaterio y la menopausia son usadas por el personal médico para justificar cualquier problema que presenten las mujeres de mediana edad. Varios autores y autoras afirman que cuando una mujer acude a consulta con síntomas banales de cualquier tipo, es altamente probable que el personal médico los atribuya a la menopausia y le ofrezcan terapia de sustitución hormonal a esa mujer (Moral, 2007; Meyer, 2001). A la hora de prevenir enfermedades, también se focaliza la atención en la menopausia en lugar de tener en cuenta otros factores de salud (Campins, 2017).

En este sentido, es evidente que persistan desigualdades en cuanto a la corporalidad con respecto al género, para los varones su cuerpo refiere poder, potencial orientado para sí mismo y para los demás. Por el contrario, el cuerpo de la mujer vive en función de los demás, para la reproducción, la maternidad, el cuidado de los hijos (Velez & Figueredo, 2016). De aquí que la práctica médica se apropie del cuerpo femenino a través de sus intervenciones y discursos disciplinadores (Foucault, 1989)

Al respecto la autora Isabel Matamala (1996) refiere: “Los médicos (as) siguen comercializando con nuestros cuerpos, ellos ponen especial énfasis a la sintomatología y no

en escucharlas a ellas como personas”. Es por ello que, durante la menopausia, se pone en evidencia la dominación del cuerpo de las mujeres y medicalización influenciado por el modelo biomédico ya que, al medicalizarse procesos fisiológicos como la menstruación, el embarazo, el parto, el climaterio y la menopausia, estos dejan de ser contemplados como procesos naturales, para ser vistos como problemas médicos (Velez, 2016).

Un ejemplo de ello, en relación con las enfermedades cardiovasculares, sería el tabaquismo, el cual sí es un factor real de riesgo para este tipo de enfermedades (y además afecta gravemente a la salud en otros aspectos, como en el aumento del riesgo de padecer cáncer de pulmón, tráquea o lengua), y, sin embargo, a la menopausia se le medicaliza cómo método de prevención para dichas enfermedades (Meyer, 2001).

Así, el personal médico dirige sus esfuerzos a la búsqueda de la curación, justo en donde estas experiencias se deben considerar esperadas y naturales en la vida de las mujeres. “A veces es satisfactorio sólo una conversación sobre temores, soledades, abandono, miedo y angustia, que una receta de tranquilizantes”. (Matamala, 1996: 78).

El modelo biomédico, por otra parte, también da por sentado que la menopausia es una experiencia compartida universalmente por la población femenina, es decir, un fenómeno transcultural inherente a la condición de ser mujer. Esto implica una visión naturalista del cuerpo que no considera la variabilidad de la sintomatología diferencial asociada con el climaterio en las distintas culturas (Fitte, 2008). El modelo médico descontextualiza los problemas sociales, al tiempo que los coloca bajo su control. Como señala Conrad (1992), en el caso de la menopausia, “la medicalización desdibuja un hecho

que desvía la atención del escrutinio crítico de los valores patriarcales y la inequidad social inherente a éste”.

El modelo biomédico, además, define el carácter triplemente *anormal* de la mujer en la menopausia, en contraste con otras especies animales (mujer menopáusica como la única dentro del reino animal que alcanza a vivir un tercio de su vida habiendo perdido sus capacidades reproductivas), con el hombre (la mujer caracterizada por una fisiología hormonal cíclica e inestable) y con la mujer joven (la mujer menopáusica caracteriza por su imposibilidad de procrear) (Fitte, 2008).

Otro ejemplo de medicalización son las guías clínicas que han surgido en diferentes países para el *tratamiento* de la menopausia, en las que se mencionan, que “el personal de salud debe tener siempre en consideración que para la atención de estas pacientes es fundamental aplicar la equidad de géneros: teniendo siempre en mente que estas mujeres tienen necesidades *especiales* que deberían atenderse oportuna y adecuadamente” (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, 2008). Otro ejemplo son los trastornos premenstruales que han sido sugeridos como fenómenos anatómo-fisiológicos, los cuales se superponen ampliamente con lo esperado del cuerpo humano, pero en el saber médico, entran a formar parte de enfermedad (Valls, 2013).

Tomando como punto de referencia esta conceptualización biomédica de la menopausia cabe plantear el desafío sobre cómo propiciar modelos alternativos para la identidad de la mujer con menopausia, teniendo en cuenta que este modelo está ligado de manera indisoluble con una serie de presupuestos ideológicos que asumen que la menopausia implica la pérdida de la feminidad, esto es, la pérdida de la hormona “típica” de la mujer, la

desaparición de la menstruación, la pérdida de la juventud y de la capacidad reproductiva, pues es la gran valía que tiene la capacidad de reproducción en las sociedades patriarcales, que por ello, al finalizar la etapa reproductiva de la mujer, se considerara que ésta deja de ser importante para la sociedad (Moral, 2007).

El cuerpo femenino es percibido así, como una máquina periódicamente dañada por las menstruaciones a lo largo del ciclo reproductivo y en crisis a partir de la menopausia (Fitte, 2008). De aquí, que la subordinación estructural de las mujeres las vuelva vulnerables al dominio médico. Desde estas perspectivas la relación personal médico-paciente replicaría las relaciones patriarcales, bajo el consentimiento científico, (Fitte 2008).

Sin embargo, la medicalización, o el hecho de proporcionar tratamiento farmacológico a situaciones o procesos biológicos naturales que no son enfermedades, es un concepto poco conocido por la población y por muchos profesionales de la salud. Y uno de los factores más importantes que ha provocado la medicalización del cuerpo de las mujeres a lo largo de la historia son los prejuicios relacionados con el género, que han dado forma a la evolución de los tratamientos médicos y la investigación (Campins, 2017).

En este sentido, por el poco conocimiento e información acerca del climaterio se torna difícil identificarlo, así como también buscar atención, cuando sea necesaria, considerando que algunas veces las mujeres pueden evitar buscar informaciones por vergüenza o porque creen que sus quejas son ocurrencias sin una causa definida. (Bisognin, 2015).

De lo anterior, surge una interrogativa: ¿cómo se han construido e introducido entonces en el entendido de los profesionales de la medicina, los estereotipos de género que

creen que todo lo referente a las mujeres es inferior, maligno, debe ocultarse, o debe esconderse porque no es relevante? (Valls-Llobet, 2008).

Es entonces cuando surge la interseccionalidad entre la medicalización y el machismo, y las teorías feministas consideran que ésta es un reflejo de la sociedad, al actuar discriminando, oprimiendo y doblegando a las mujeres (Moral, 2007).

El poder que el patriarcado ejerce sobre las mujeres lo vuelve uno de los factores que provoca la medicalización de la menopausia y el envejecimiento. La realidad es que ha sido tratada durante muchos años en silencio, como si se tratara de un tabú en muchos países. Esto ha hecho que las mujeres se encuentren con dificultades a la hora de identificar y reclamar cuidados que necesitan para su salud (Moral, 2007). Además, el participar en el proceso de la medicalización aún sin saberlo, hace que las mujeres colaboren en prácticas que sirven para mantenerlas subyugadas a dicho patriarcado (Gillespie, 1996).

Además, es necesario no pasar por alto que la medicalización de la menopausia y el envejecimiento se ha justificado alegando que ayuda a prevenir enfermedades, pero toda actividad de prevención debería seguir varios criterios: debe haber demostrado su eficacia, debe ser clínica y socialmente rentable y el efecto beneficioso debe ser mayor que el riesgo que supone (Tovar-Bobo, 2013), y como ya se ha visto, al hablar de medicalización de menopausia y envejecimiento es cuestionable que estos criterios se cumplan (Campins, 2017).

Por otra parte, para Lock (1998), el cuerpo medicalizado no es simplemente el producto de los cambiantes intereses médicos, del conocimiento y de la práctica, sino una

manifestación de potencias nunca establecidas, parcialmente guiadas por asunciones morales e intereses políticos.

Impacto social y psicológico del género en la menopausia

Otra de las consecuencias negativas, es que la medicalización no sólo daña físicamente a las mujeres, sino también social y psicológicamente. Entre el 50% y 70% de las mujeres relatan quejas diversas y dificultades emocionales en los años después de la menopausia, destacando los calores, en función de sensaciones desagradables para su calidad de vida en general (Lorenzi, 2009).

Además, desde edades muy tempranas, las mujeres son bombardeadas con imágenes de cuerpos “perfectos” y “deseables para los hombres” en prensa, televisión, cine y sobre todo en la pornografía. Este desprecio hacia el envejecimiento y la adoración cultural por la belleza y la juventud son las que han empujado a las mujeres desde hace décadas a la utilización de los tratamientos de sustitución hormonal o a procesos como la cirugía (Garry, 2001).

Esto logra que nazca en las mujeres un sentimiento de fealdad, desagrado y odio hacia sí mismas que las hace recurrir a tratamientos para evitar el envejecimiento e incluso a la cirugía estética, con los riesgos que ésta implica Y así, la industria farmacéutica y los centros que realizan dichas operaciones se lucran de ello (Sievert, et al.,2008).

En contexto de sociedad capitalista, se debe tener en cuenta que es difícil saber si es la necesidad la que da pie a la creación y comercialización de productos para cubrirla o si sucede al revés: si se crean los productos y se comercializan, creando la necesidad (Rubinstein & Canham, 2009).

Como lo son la mayoría de sociedades occidentales, el papel de la industria farmacéutica en la economía repercute tanto en la política como en la sociedad en general, y al hablar de industria farmacéutica hablamos de una de las diez potencias económicas más poderosas del planeta, que mueve cientos de millones de euros al año (Campins, 2017).

El destino elegido para la mujer con menopausia tal como es pronosticado por la profesión médica y las compañías farmacéuticas es un futuro de juventud, femineidad, fuerza, atracción, así como también una larga vida de obediencia y control. “*La mujer menopáusica anormal*” debe trabajar para alcanzar el estatus de normalidad a todo precio, aún si esto significa negociar con su salud (Fitte, 2008).

En todo caso resulta fundamental reconocer que la construcción biomédica de la menopausia se contrapone a otras concepciones de este proceso surgidas desde las críticas del movimiento feminista. Desde estas perspectivas se alude a que la experiencia de la menopausia es un proceso construido culturalmente, dependiente del contexto socio-histórico en que se desarrolla y que el carácter patológico que se le asigna en las sociedades occidentales es también una construcción sociocultural (Fitte, 2008; Lattus-Olmos, 2018).

No podemos hablar de un sólo factor que haya originado la medicalización, sino que hablamos de un conjunto de ellos que, con toda la bibliografía revisada, se podrían englobar todos bajo el concepto de *patriarcado*: los roles de poder y el menosprecio a las mujeres propician la medicalización de sus cuerpos. Como se ha visto, la medicalización de la menopausia y el envejecimiento tiene efectos, construidos socialmente, muy negativos en las mujeres, no sólo físicamente, sino también psicológicamente y en su entorno. Se las estigmatiza, se las silencia y se tratan estos temas como tabúes, provocando el aislamiento

de las mujeres que los viven y la creencia de que sus cuerpos no son válidos (Campins, 2017).

Ante estas reflexiones, es importante mencionar que la menopausia no debe ser vista como enfermedad, es un proceso natural que le sucede aproximadamente a la mitad de la población mundial, es decir, a *“las mujeres”*, la valoración positiva o negativa que se le da a las mismas dependerá del contexto social y cultural donde ellas vivan. Lo cual vuelve necesario el construir nuevos paradigmas para afrontar esta etapa positivamente (Charlton, 2004).

El modelo patriarcal en el que vivimos, sin embargo, ha definido el espacio vital de significación de mujeres en la etapa de la menopausia con límites muy marcados, generando en la mujer un rechazo a su cuerpo por la evidencia del paso del tiempo y una sexualidad limitada, además de hacerla dependiente de una gran variedad de productos para conseguir la eterna juventud o para eliminar los molestos síntomas. Todo ello potenciado por la industria publicitaria que ha visto en la mujer un objetivo fácil sobre el qué actuar al amparo de las farmacéuticas y las empresas de estética (Valls-Llobet, 2012; Freixas, 2007; Mead, 1968; Martín, 2006; Cuadros, et al., 2014).

Por tal motivo, deben erradicarse los mecanismos socioculturales que conforman mitos y estereotipos opresores y discriminatorios, respecto de estas dos etapas vitales. (Valls-Llobet, 2012), creados a partir de una sociedad patriarcal, porque denigran y minimizan a las mujeres en su proceso de menopausia, dado que es necesario vivir la experiencia de esta etapa con buena salud, con libertad de disposición de sí misma, con autonomía y mucho placer.

El género, como hemos podido analizar hasta el momento, es un determinante en la salud de las mujeres, puede afirmarse que las actitudes, vivencias, y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los condicionantes psicosociales de género. La menopausia como parte del ciclo vital de la mujer cumple este criterio y se verá influenciada por la concepción social que se tenga del mismo (Cardaba-García, 2017); se hace necesario, entonces, con respecto a la equidad de género, que el sector salud responda a las exigencias no solo de las necesidades y riesgos ligados a la función de reproducción que recae sobre las mujeres exclusivamente, sino que debe responder a la exclusión y desventaja social que este grupo representa en comparación con los hombres.

Estas condiciones en desventajas de las mujeres en el plano social, político, económico les hacen más difícil la promoción y conservación del cuidado de la salud tanto emocional, mental y física (Vélez, 2016), de manera que si se modifican los modelos sociales y personales de género se podrá alcanzar una posición más igualitaria y objetiva de la mujer en la vejez (Cardaba-García, 2017).

Esta es así, materia pendiente para la investigación de la salud y la enfermedad de las mujeres: introducir la variable de la *dimensión de género en tanto estructura y sistema de organización social, cultural y subjetiva* en el corazón mismo de la investigación teórica, demostrando paso a paso los sesgos de la pretendida neutralidad de la ciencia biomédica oficial (Valls-Llobet, 2008). El caso de la menopausia como tema de investigación ha tenido vaivenes similares a las reformulaciones producidas en los estudios de género (Fitte, 2008).

Es evidente que la salud de las mujeres es mucho más compleja de entender y atender por lo que ha de plantearse la íntima interacción entre la cultura, el medio ambiente, la

biología, la psicología y las condiciones de vida y trabajo de los seres humanos y, por lo tanto, un método "científico" de investigación de la dimensión de género, misma que no ha sido problematizada, deberá tener en cuenta la aportación del análisis cualitativo, además del cuantitativo, de las situaciones que condicionan la salud.

No obstante, la aceptación de este análisis es uno de los elementos que más chocan con las creencias estereotipadas de los profesionales de la medicina y de las ciencias de la salud hacia el otro sexo. A éstos, les está costando mucho aceptar que, por problemas de estereotipos culturales, sociales y psicológicos, estamos invisibilizando los problemas de salud de las mujeres, cometiendo errores en el diagnóstico, realizando exploraciones que no conducen a un fin eficaz, y recomendando tratamientos que pueden enfermar o acelerar las enfermedades que se pretendían tratar. Estos son los estereotipos de género que imposibilitan hasta ahora hacer visibles las diferencias de los condicionantes de la salud de mujeres y hombres. (Valls-Lobet, 2005).

La salud de las mujeres ha estado regida por las relaciones de poder, al igual que por las influencias patriarcales en el desarrollo de las ciencias de la salud, tanto como por el proceso de victimización de las pacientes que se han convertido más en objetos de patologización y medicalización, que en agentes de sus propios cambios saludables (Vélez, 2016). Sin embargo, la percepción que la sociedad tiene de la mujer parece ser el factor fundamental en la vivencia del ciclo (Martín, 2006, Nieto, 2003). Así pues, la medicalización dependerá de cómo sea vivida la menopausia (Campins, 2017).

La ciencia bien realizada y sin sesgos de género será la verdadera barrera que impida la "farmapulación" del cuerpo de las mujeres, es decir, la manipulación de las vivencias de

ellas a través de medicamentos, justificando cualquier malestar y adjudicándolo de manera inmediata a la menopausia, por lo cual es necesario continuar reivindicando el que no se utilicen fármacos, terapias alternativas o suplementos de soja sin que existan estudios de evidencia buena que pongan de manifiesto su utilidad terapéutica (Valls-Lobet, 2005).

Ya que, durante los últimos años, la relación entre el estado de salud de las mujeres en la edad mediana de la vida y su entorno global, ha recibido creciente atención (Daukantaitė, 2006; Krantz, 2000; Mellner, 2004: citado en Binfa, 2013), el esquema de manejo y atención debe ser “a la medida” de cada mujer. Promoviendo su empoderamiento, entregándole información actualizada y basada en evidencia para que ellas se responsabilicen de su salud y tengan real acceso a una “toma de decisiones informada” (Binfa, 2013).

Y para comprender la salud de la mujer de manera integral se requiere un enfoque multisectorial con perspectiva de género (Ostlin et al., 2006: citado en Binfa, 2013). Así como un marco teórico que incorpore la sensibilidad de género que no reduzcan la experiencia de salud y síntomas de enfermedad de la mujer a una patología o problema de salud (Im & Meleis, 2001: citado en Binfa, 2013).

Entonces, al ser esta una tendencia feminista, se vuelve integradora, ya que relaciona la salud con los factores enfermantos asociados socioculturales y psíquicos al género y sus interacciones, identifica representaciones sociales, modelos de relación, roles e identidades de género que influyen en la salud y construye modelos de intervención que modifican los determinantes de género (Velasco, 2013).

Es necesario reforzar los cuidados con el propio cuerpo y la mente, buscar actividades de ocio y evitar la vida sedentaria. Eso puede interferir para favorecer la autoestima y evita el desarrollo de enfermedades crónicas, incluso enfermedades cardiovasculares. (Gravena, 2013; Beltramini, 2010). Las mujeres que viven la menopausia también tienen dudas acerca de la fase que están viviendo y, por esta cuestión, necesitan de espacio para el diálogo y para ser escuchadas (Bisognin, 2015).

El diálogo es un medio relevante, no solo para conocer las quejas, sino para establecer un vínculo, ser accesible y posibilitar la comprensión de las informaciones concedidas (Diógenes, 2010). Se revela con esto la necesidad de repensar la atención a la mujer que vive esta etapa de modo a valorar la escucha, sus cuestionamientos, dificultades y experiencias (Beltramini, 2010).

Los servicios de salud pueden proporcionar un espacio que contribuye a un vivir saludable de estas mujeres. Es necesario comprender este momento como una forma de cuidado a la salud, recordar que las mujeres deben tener acceso libre a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, de acuerdo con sus necesidades vitales. Contar con un espacio propio en los servicios de salud para ser atendidos. También es necesario discutir el entendimiento acerca del tema para esas mujeres que, en la mayoría de las veces, son invisibles a los servicios de salud, para que puedan ser acogidas de acuerdo con sus individualidades y necesidades específicas (Beltramini, 2010).

También luchar contra las desigualdades y los obstáculos que se interponen para alcanzar la igualdad de derechos, oportunidades y trato en una sociedad que parece que se empeña en decirles a los colectivos desfavorecidos que no valen lo mismo, que son inferiores. En este caso, hablando de medicalización del cuerpo de la mujer, se les hace creer

que sus cuerpos no funcionan bien, que “necesitan arreglo”. Todo esto potencia la discriminación por género que ya está muy presente en la sociedad actual. Por ello, dada las graves consecuencias de la medicalización, deberíamos implicarnos en el proceso de concienciación (Campins, 2017).

Sin embargo, persiste la apropiación del cuerpo por parte de la jerarquía médica aun cuando existen debates éticos a nivel mundial sobre las repercusiones de este hecho (Vélez, 2016). Por ello es importante considerar las recomendaciones generales para mejorar su calidad de vida, sin que se vean inmiscuidas en procesos de medicalización, mediadas por el sistema patriarcal:

- ❖ Hacer ejercicio
- ❖ Llevar una dieta equilibrada
- ❖ Generar comunicación afectiva con redes de apoyo (familiares, amistades, conocidos/as)
- ❖ Realizar actividades que favorezcan la autoestima
- ❖ Ejercer sus derechos sexuales con libertad

Pese a las recomendaciones a las mujeres, principalmente, se debe concienciar a los propios profesionales, de la importancia de detectar y frenar los procesos de medicalización de las mujeres, para que comiencen a desarrollar cada vez más iniciativas para combatirla. Así, posteriormente, serán los profesionales de la salud quienes concienciarán a la población. De esta forma se conseguirá avanzar en una lucha por alcanzar la igualdad de género que ya ha durado demasiado, pero ante la que no nos podemos rendir y con la que debemos seguir avanzando paulatinamente (Campins, 2017).

Sin embargo, no contamos aún en nuestro país con esas herramientas clínicas, las investigaciones alrededor del tema de la menopausia en México son escasas y qué decir de aquellas que son abordadas bajo perspectiva de género, es decir, de investigaciones que además de aspectos biológicos y médicos, tomen en cuenta factores socioculturales y por supuesto, factores psicológicos que también, como ya se mencionó con anterioridad, son parte de esta vivencia. Por lo que, a nosotros y nosotras como profesionales de la salud, nos interesa avanzar en materia para la atención integral de estas mujeres cuya calidad de vida puede verse afectada debido a dichos factores y no al proceso en sí de la menopausia, pero sin su entendimiento y sin evidencia sistematizada, este avance no podrá darse de manera satisfactoria.

Ante esta necesidad y problemática, se propone la validación de un instrumento para uso clínico adaptado culturalmente para nuestra población mexicana: la Escala de Evaluación de la Menopausia.

Estudio: Menopausia y calidad de vida en población general mexicana y pacientes con cáncer

Justificación y planteamiento del problema

La menopausia es vivida de forma distinta en diversas culturas, puesto que no sólo influyen en ella los factores fisiológicos, sino también los culturales, debido a que, en las diferentes sociedades y culturas, el significado de menopausia está relacionado incluso con conceptos de sexualidad, feminidad, fecundidad y maternidad (Goberna, Francés, Paulí, Barluenga & Gascón, 2009).

El modelo biomédico ha obviado estos factores en el estudio del climaterio, de modo que se ha creado una nueva patología: el Síndrome Climatérico. Dicha medicalización, además, conduce a un trato desigual a la hora de diagnosticar problemas, ya que muchas veces los profesionales atribuyen ciertos problemas a la menopausia sin las pruebas diagnósticas suficientes (Moral, 2007; Meyer, 2001).

El modelo patriarcal en el que vivimos ha definido el espacio vital de significación de mujeres con menopausia generando en ellas un rechazo a su cuerpo por la evidencia del paso del tiempo y una sexualidad limitada, además de hacerla dependiente de una gran variedad de productos que en algunas ocasiones son farmacológicos para conseguir alentar el proceso esperado del envejecimiento (Cardaba-García, 2017). Por ello, se tuvo en cuenta siempre lo que se construye social y culturalmente sobre esa diferencia sexual en las condiciones de poder del sistema hegemónico heteropatriarcal (Salazar, 2010).

Es por ello que se necesitan “desactivar” los estereotipos mentales de género de las diversas profesiones de la salud, pues si no se pueden cambiar las mentalidades, no se podrá

hacer otro abordaje, no se podrán tener mejores estadísticas, no se podrá cambiar la atención y tampoco la investigación, y por descontado la docencia (Valls-Lobet, 2005).

La evidencia existente aún no ha proporcionado evidencia al respecto de cómo la menopausia, con base en lo revisado con anterioridad, permea la vivencia de la calidad de vida de mujeres mexicanas, resaltando que esta ha sido mediada por las generalidades de la menopausia y por tanto de sus síntomas que, en su mayoría, son socioculturales.

Al momento, estas afirmaciones son teóricas, necesitamos avanzar en materia al respecto y es por ello que se propone el siguiente estudio, la correlación de ambas variables que nos proporcione datos de la relación que tienen los síntomas de la menopausia en relación con la calidad de vida en general de mujeres mexicanas.

Necesitamos determinar si la menopausia se correlaciona con la calidad de vida en general de las mujeres mexicanas de manera positiva o negativa; para ello, también se consideraron diversos factores: sociodemográficos, sexuales, de género, ginecoobstétricos y clínicos. Por lo que, además, se realizaron comparaciones entre todas las variables antes mencionadas con los síntomas de menopausia. Son las mismas que, de acuerdo con la literatura, permean su calidad de vida, durante y posterior a la menopausia.

Una vez realizado este estudio, se podría dar un primer paso para comenzar a erradicar la mal empleada medicalización de este proceso, el cual ha sido provocado principalmente por los prejuicios relacionados con el género que han dado forma a la evolución de los tratamientos médicos y la investigación del cuerpo de las mujeres a lo largo de la historia (Campins, 2017).

Entendiendo así al género, como un determinante en la salud de las personas, puede afirmarse que las actitudes, vivencias, y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los condicionantes psicosociales del mismo. El climaterio como parte del ciclo vital de la mujer cumple este criterio y se verá influenciado por la concepción social que se tenga del género, así como de la cultura y sociedad en la que se viva; de manera que si se modifican los o de los sociales y personales de género se podrá alcanzar una posición más igualitaria y objetiva de la mujer en la vejez.

Además de lo anterior, también se propone, dentro del mismo estudio, un análisis de comparación de síntomas de la menopausia entre un grupo de mujeres que tienen cáncer y mujeres de población general. Ya revisamos, en el capítulo 1 de la presente investigación, las consecuencias secundarias de estar bajo tratamiento oncológico, sobre todo en al menos el 60% de aquellas mujeres menores de 40 años, cuyo proceso fisiológico del climaterio y menopausia, no se espera en ese entonces, por lo que puede resultar en menopausia inducida, y en ellas, derivar también en falla ovárica prematura. Y, por tanto, los síntomas que pueden llegar a presentar al respecto serán abruptos y mucho más intensos que en aquellas mujeres cuya menopausia y climaterio, se presentaron de manera espontánea y natural. De ahí la necesidad de entender las diferencias de presencia e intensidad de síntomas entre ambos grupos, y al contar con la presente evidencia científica, se podrá dar paso a líneas de investigaciones futuras que atiendan dichas problemáticas en pro de la salud integral y oportuna de mujeres con menopausia, no importando la etiología o causa de la misma.

Lamentablemente, no contamos aún en nuestro país con esas herramientas clínicas, que permitan evaluar lo antes mencionado, las investigaciones alrededor del tema de la menopausia en México son escasas y qué decir de aquellas que son abordadas bajo

perspectiva de género, es decir, de investigaciones que además de aspectos biológicos y médicos, tomen en cuenta factores socioculturales y por supuesto, factores psicológicos que también, como ya se mencionó con anterioridad, son parte de esta vivencia. Por lo que, a nosotros y nosotras como profesionales de la salud, nos interesa avanzar en materia para la atención integral de estas mujeres cuya calidad de vida puede verse afectada debido a dichos factores y no al proceso en sí de la menopausia, pero sin su entendimiento y sin evidencia sistematizada, este avance no podrá darse de manera satisfactoria.

Ante esta necesidad y problemática, se propone como primer paso para realizar esta investigación, la validación de un instrumento para uso clínico adaptado culturalmente para nuestra población mexicana: la Escala de Evaluación de la Menopausia.

Por tanto, surgen las siguientes:

Preguntas de investigación

- ❖ ¿Existe relación entre los síntomas menopausia y calidad de vida en un grupo de mujeres mexicanas de población general?
- ❖ ¿Existen diferencias en los niveles de síntomas de menopausia por variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad en un grupo de mujeres mexicanas de población general?
- ❖ ¿Existen diferencias en los niveles de síntomas de menopausia entre un grupo de mujeres con cáncer ginecológico y un grupo de mujeres mexicanas de población general?

Objetivos generales

- ❖ Determinar si existe una relación entre los síntomas de menopausia y los niveles de calidad de vida en un grupo de mujeres mexicanas de población general

- ❖ Determinar si existen diferencias en los niveles de síntomas de menopausia entre variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad en un grupo de mujeres mexicanas de población general.
- ❖ Determinar si existen diferencias en los niveles de síntomas de menopausia entre un grupo de mujeres con cáncer y un grupo de mujeres mexicanas de población general.

Objetivo secundario

- ❖ Determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) de la versión mexicana.

Objetivos específicos

- ❖ Describir los niveles de síntomas de la menopausia y los niveles de calidad de vida en un grupo de mujeres mexicanas de población general.
- ❖ Describir los niveles de síntomas de la menopausia en un grupo de pacientes con cáncer
- ❖ Identificar diferencias en los niveles de síntomas de la menopausia en un grupo de mujeres mexicanas de población general entre variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad
- ❖ Comparar las variables de estudio entre variables sociodemográficas, clínicas, y de sexualidad, en población general mexicana

Hipótesis

- ❖ Existirá una correlación entre niveles de calidad y síntomas de la menopausia, en un grupo de mujeres mexicanas de población general.
- ❖ Los síntomas del climaterio en la menopausia serán mayores en el grupo de mujeres con cáncer con respecto al grupo de mujeres mexicanas de población general.

- ❖ Existirán diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de la menopausia por variables sociodemográficas y clínicas, en pacientes con cáncer.
- ❖ Existirán diferencias estadísticamente significativas en las variables de estudio por variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad, en población general mexicana.

Hipótesis del objetivo secundario

- ❖ Las propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) versión mexicana serán similares a la versión original.

Variables

Tabla 3. Definición de variables del Estudio

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
Síntomas de menopausia	Síntomas del período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud, aprox a los 45 años. Es la etapa de transición, en la cual hay una disminución progresiva de la función ovárica y desaparecen las menstruaciones. Los síntomas típicos son: amenorrea, bochornos, sudoración y alteraciones del tracto genitourinario (Canto de Cetina, & Polanco-Reyes, 1996)	Menopause Rating Scale (MRS). Se determinarán los niveles de síntomas de menopausia mediante los puntajes de corte reportados en la escala los cuales son: 16 = nada leve =, 21 = moderado, 27 = grave, 42 = muy grave) (Flores-Constantino, et al, 2019)
Calidad de vida	“Es la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses” (OMS, 1994).	FACIT-GP (Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas para Población General): Se evaluarán los niveles de Calidad de Vida mediante el reporte de los reactivos de la escala. (Galindo-Vázquez, et al., 2019)

Participantes y muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico (Otzen & Manterola, 2017).

El tamaño de muestra fue de 128 para el grupo de mujeres de población general y se eligieron mediante un muestreo por conveniencia (Sampieri et al., 2014).

Tabla 4. Descripción de la muestra de población general

	%		%
N	100%	Ocupación	
Edad: 31-78		Autoempleo/Empleada	50%
Media= 56.7		Hogar	41.4%
Sexo		Pensionada	7%
Mujer	100%	Estudiante	0.8%
Género		Lugar de residencia	
Femenino	99.2%	CDMX	82%
Masculino	0.8%	EDOMEX/Int de la República	17.9%
Orientación sexual		Religión	
Heterosexual	96.1%	Católica/católica	68.4%
Bisexual	1.6%	Sin religión	31.3%
Lesbiana	2.3%	Grupo étnico	
Ingresos mensuales		Sin grupo étnico	99.2%
0-2,699 (E - baja baja)	41.4%	Mazateco	0.8%
2,700-6799 (D - baja alta)	31.3%	Nivel de estudios	
6,800-11,599 (D+ - media baja)	15.6%	Ninguno	4.7%
11,600-34,999 (C - media)	7%	Primaria	28.1%
35,000-84,999 (C+ - media alta)	3.9%	Carrera técnica/comercial	7.8%
+85,000 (A/B - alta)	0.8%	Secundaria	20.3%
Estado civil		Bachillerato	22.7%
Soltera	14.8%	Licenciatura	11.7%
Casada/Unión libre	60.2%	Posgrado	4.7%
Separada/Divorciada	14.8%	Medicamentos prescritos	
Viuda	10.2%	Médicos	85%
Enfermedad diagnosticada		Naturistas/alternativos	2.9%
Sin enfermedad	49.2%	No toma medicamentos de ningún tipo	12%
Crónicas/crónico-degenerativas	38.3%	Síntomas de depresión a lo largo de su vida	
Autoinmunes	6.3%	Si	82.6%
Mentales	0.8%	No	17.2%
Vasculares	0.8%	Síntomas de ansiedad a lo largo de su vida	
Óseas	3.9%	Si	87.5%
Tumores/hernias	0.8%	No	12.5%

Continuación Tabla 4. Descripción de la muestra de población general

Comorbilidad		Tx psicológico y/o psiquiátrico	
Si	6.3%	Si	28.9%
No	93.7%	No	71.1
Menarca		Tipo de relaciones sexuales	
Edad: 9-18		Heterosexuales	98.4%
Media= 12.7		Bisexuales	1.6%
Número de hijos		Última menstruación	
Sin hijos/hijas	7%	Edad: 32-58	
1 hijo/hija	11.7%	Media= 47	
2 hijos/hijas	30.5%	Partos naturales	
3 hijos/hijas	28.1%	0	29.7%
4 hijos/hijas	13.3%	1	13.3%
5 hijos/hijas o más	9.5%	2	18%
Tiempo entre menstruaciones		3	20.3%
En menos de 28 días	18%	4	10.9%
28 días	50.8%	5 o más	7%
30/31 días	21.9%	Abortos	
En más de 30/31 días	9.4%	0	85.9%
Edad de inicio de vida sexual		1	11.7%
Edad: 14-40		2	1.6%
Media= 20.27		3	0.8%
Parejas sexuales		Cesáreas	
1	51.6%	0	63.3%
2	28.1%	1	15.6%
3	10.2%	2	13.3%
4	3.9%	3	7%
5-6	4.7%	10	0.8%
7-8	1.6%	Total de embarazos	
Relaciones sexuales actualmente		0	6.3%
Si	46.1%	1	11.7%
No	53.9%	2	27.3%
Edad inicio masturbación		3	28.9%
Edad: 7-50		4	12.5%
Media = 21.7		5 o más	13.3%
No se masturba	89.1%	10	0.8%
Actividad física		Consumo de sustancias	
No realiza	64.1%	No aplica	83.6%
Deporte	1.6%	Alcohol y cigarro	7.8%
Ejercicio cardiovascular	27.3%	Cigarro	6.3%
Ejercicio de hipertrofia	3.1%	Alcohol	2.3%
Meditación	3.9%		

El tamaño de la muestra del grupo de mujeres con cáncer pacientes del Instituto Nacional de Cancerología de México, fue de 80, del mismo modo se eligieron mediante un muestreo por conveniencia.

Tabla 5. Descripción de la muestra de pacientes con cáncer

	%		%
N	100%	Estado civil	
Edad: 48-65		Soltera	22.5%
Media= 56.56		Casada	30%
Sexo		Unión libre	18.8%
Mujer	100%	Viuda	13.8%
Lugar de residencia		Otro	15%
CDMX	28.8%	Número de hijos	
EDOMEX	28.8%	Sin hijos	20%
Int. de la República	42.5%	1 hijo o hija	11.3%
Ubicación demográfica		2 hijos o hijas	27.5%
Urbana	73.8%	3 hijos o hijas	17.5%
Suburbana	22.5%	4 hijos o hijas	8.8%
Rural	3.8%	5 o más hijos o hijas	15.1%
Nivel de estudios		Menopausia	
Ninguno	11.3%	22-30	3.9%
Primaria	38.8%	33-40	9%
Secundaria	21.3%	41-45	17.6%
Bachillerato	10%	46-50	45.2%
Licenciatura	10%	51-57	25.2%
Posgrado	3.8%	Terapia Hormonal	
Otro	5%	Si	1.3%
Nivel socioeconómico		No	98.8%
I	22.5%	Diagnóstico oncológico	
II	38.8%	Cáncer ginecológico	68.8%
III	30%	Cáncer de cabeza y cuello	31.3%
IV	3.8%	Estadio	
V	5%	I	35%
Tx. Quimioterapia		II	15%
Si	83.8%	III	20%
No	83.8%	IV	30%
Tx. Radioterapia		Tx Qt/Rt concomitante	
Si	11.3%	Si	30%
No	88.8%	No	70%
Tx. Braquiterapia		Cirugía	
Si	17.5%	Si	76.3%
No	81.3%	No	23.8%

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación (población general)

1. Criterios de inclusión

- ❖ Mujeres mexicanas con al menos un año o más sin menstruar
- ❖ Aceptar participar en la investigación
- ❖ Firma de consentimiento informado

2. Criterios de exclusión

- ❖ Identificar alteraciones cognitivas, auditivas o visuales que les impidan contestar los instrumentos, reportadas por las participantes.

3. Criterios de eliminación

- ❖ Que las participantes no contestaran completos los instrumentos
- ❖ Que durante el llenado de los instrumentos decida no seguir participando en la investigación

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación (pacientes con cáncer)

1. Criterios de inclusión

- ❖ Diagnóstico de cáncer
- ❖ Menopausia natural, inducida, o falla ovárica prematura
- ❖ Aceptar participar mediante la comprensión y firma del consentimiento informado.

2. Criterios de exclusión

- ❖ Alteraciones cognitivas, auditivas o visuales que les impidan contestar los instrumentos
- ❖ Que no firmen el consentimiento informado

3. Criterios de eliminación

- ❖ Instrumento/s incompleto/s
- ❖ Que durante el llenado de los instrumentos el paciente decida no seguir participando en la investigación

Diseño

No experimental transversal, comparativo, correlacional (Babie, 2000; Montero & León, 2005).

Instrumentos

- ❖ *Cedula de Identificación.*

Se diseñó una cédula de identificación para las participantes que incluía datos sociodemográficos, clínicos y de sexualidad (ver apéndice 5).

- ❖ *Escala de Evaluación de la Menopausia (Menopause Rating Scale) (apéndice 2)*

La MRS desarrollada por Heinemman, validada en población general mexicana por Flores-Constantino (2019) se compone de 11 reactivos que evalúan síntomas de menopausia divididos en dos factores: síntomas físicos y síntomas psicológicos. Cada uno puede obtener 0 (sin quejas) o hasta 4 puntos (síntomas severos) dependiendo de los síntomas percibidos por las mujeres que completan la escala. Esto ayuda a tener la percepción de la calidad de las mujeres y así poder abordarla dependiendo la necesidad que manifiesten. Cuenta con una consistencia interna de 0.86 y 53.82% de varianza explicada.

- ❖ *FACIT-GP (Instrumento de Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas para Población General) (ver apéndice 6)*

Es una escala específica de calidad de vida en general. Cuenta con 5 factores: estado físico-emocional general, funcionamiento personal, ambiente familiar y social, pareja y vida sexual

y preocupación por salud. El Alpha entre factores va de .65 a .82, mientras que el Alpha total de la escala es de .89 (Cella, 1993).

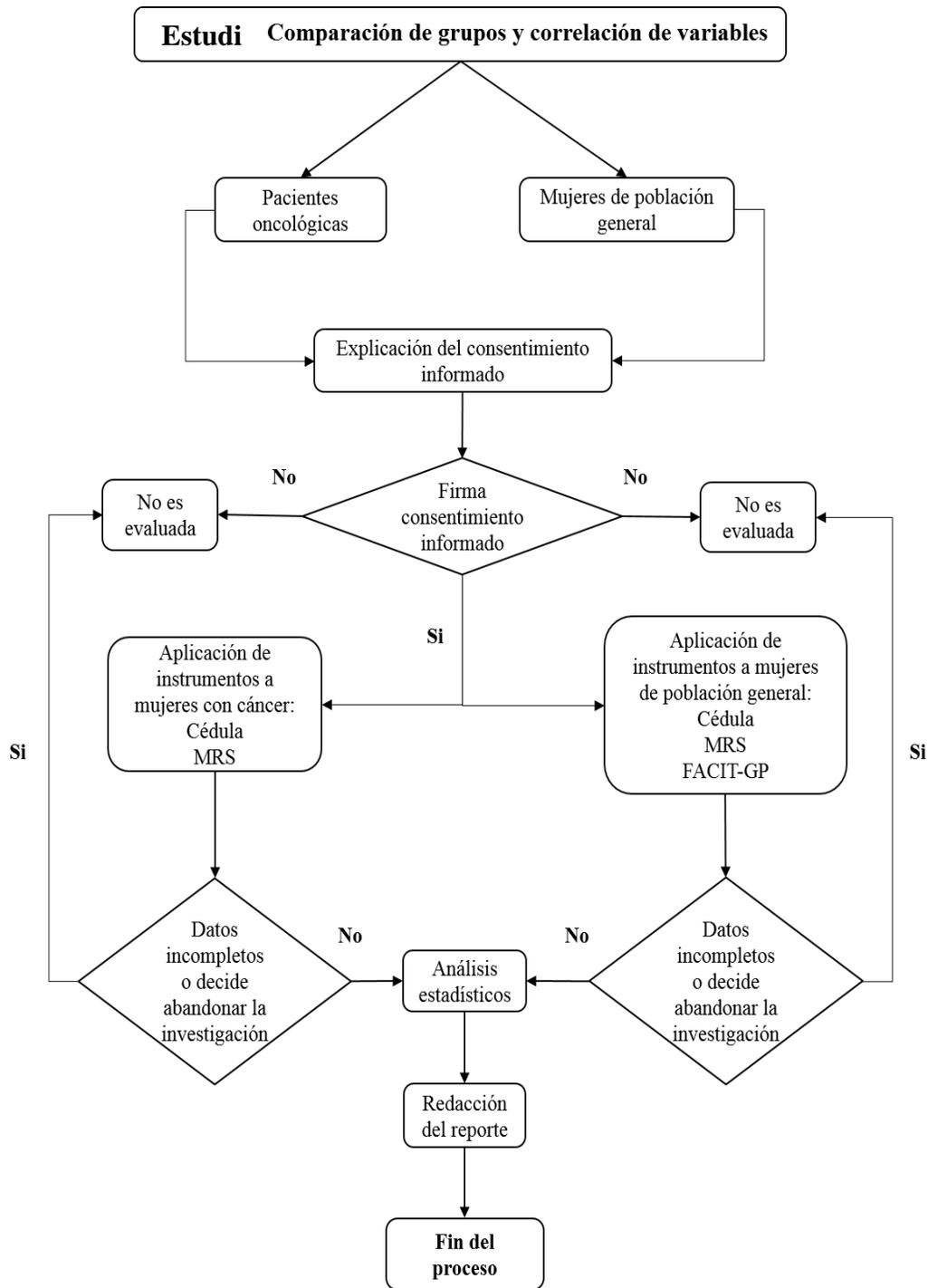


Figura 3. Diagrama del procedimiento del Estudio

Análisis estadísticos de la validación

Los análisis fueron ejecutados con el programa SPSS, versión 22. La estructura factorial fue determinada por medio del análisis factorial de componentes principales (ver Tabla 4) con rotación varimax, Los criterios empleados para el análisis factorial fueron los siguientes:

- a. Cargas factoriales: $\geq .40$
- b. Mínimo de reactivos por factor: 3
- c. Coeficientes de consistencia interna por cada factor: $\geq .70$
- d. Nivel de significancia estadística: $p < .05$

La consistencia interna se obtuvo mediante el alfa de Cronbach. La tabla 8 muestra los pasos seguidos y efectuados para el análisis exploratorio y la estructura factorial.

Consistencia interna

El análisis de consistencia interna de la Escala MRS obtuvo un alfa de Cronbach de los 11 reactivos de 0.869 así como alfas de .479 a .850. en ambos factores, respectivamente. En términos generales, la consistencia interna puede considerarse adecuada (Tabla 8).

Estructura Factorial

La escala MRS obtuvo, en la prueba de esfericidad de Barlett, una ($p = .001$) y un índice de adecuación muestral ($KMO = .847$). El análisis factorial exploratorio arrojó un modelo con dos factores para los 11 reactivos con una varianza explicada de 53.821% mediante el método de componentes principales y rotación Varimax (correlaciones entre reactivos entre rangos .181 a .689, $M = 2$ y $DE = 1.01$) con puntos de cohorte 16, 21, 27 y 42.

Los factores *Síntomas somato-vegetativos* y *Síntomas urogenitales*, se unificaron quedando entonces un solo factor conformado por los reactivos: *Problemas sexuales (cambios en el deseo sexual en la actividad y satisfacción)*, *Resequedad vaginal (sensación*

de resequedad, ardor, problemas durante la relación sexual), Problemas de vejiga (dificultad para orinar, incontinencia, deseo excesivo de orinar), Bochornos, sudoración, sofocos, Molestias en el corazón (cambios en el latido del corazón, palpitaciones, sensación de latidos más fuertes) y Problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño, dificultad para dormir toda la noche, despertarse temprano) por lo que se decidió nombrar:

Síntomas físicos.

En tanto, el factor **Síntomas psicológicos** mantuvo su estructura similar a la versión original con los reactivos: *Ansiedad (sentirse nerviosa, inquieta, con pánico), Irritabilidad (sentirse tensa, impaciente, agresiva), Estado de ánimo depresivo (sentirse decaída, triste, con ganas de llorar, cambios de humor y Agotamiento físico y mental (fatiga, problemas de concentración, problemas de memoria) sin embargo, se adicionó a este factor el reactivo Problemas musculares y en las articulaciones (reumas, dolor en huesos y articulaciones), por su carga factorial.*

Tabla 6. Análisis factorial exploratorio de la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS)

Escala global: 0.86	Carga factorial	Media	Desviación estándar	Varianza explicada	Alfa de Cronbach
Varianza explicada: 53.82%					
Subescala síntomas físicos				27.88%	.766
1. Bochornos, sudoración, sofocos.	.722	2.27	1.04		
2. Molestias del corazón (cambios en el latido del corazón, palpitaciones, sensación de latidos más fuertes)	.636	1.71	.77		
3. Problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño, dificultar para dormir toda la noche, despertarse temprano)	.479	2.15	1.073		
8. Problemas sexuales (cambios en el deseo sexual en la actividad y satisfacción)	.653	2.16	.995		
9. Problemas de vejiga (dificultad para orinar, incontinencia, deseo excesivo de orinar)	.771	2.14	.994		
10. Resequedad vaginal (sensación de resequedad, ardor, problemas durante la relación sexual)	.696	2.00	.980		
Subescala: Síntomas psicológicos				25.93%	.833
4. Estado de ánimo depresivo (sentirse decaída, triste, con ganas de llorar, cambios de humor)	.795	2.16	.995		
5. Irritabilidad (sentirse tensa, impaciente, agresiva)	.836	2.14	.994		
6. Ansiedad (sentirse nerviosa, inquieta, con pánico)	.850	2.00	.980		
7. Agotamiento físico y mental (fatiga problemas de concentración, problemas de memoria)	.762	2.26	1.074		
11. Problemas musculares y en las articulaciones (dolores reumatoides y en las articulaciones)	.625	1.72	1.003		

Puntos de corte

Los puntos de corte de la Escala MRS se determinaron mediante percentiles 25, 50 y 75 en donde el percentil 25 indicó una puntuación de 16 igual a niveles de síntomas de menopausia de nada a leves, el percentil 50 indicó una puntuación de 21 en donde los niveles son moderados, para el percentil 75, la puntuación 27 indica niveles de menopausia graves y puntuaciones mayores son iguales a síntomas muy graves.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos fueron llevados a cabo en el programa SPSS 22. La normalidad de las variables fue determinada mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov ($p=.000$), asimetría (.603) y curtosis (-.105) determinando que los datos de la muestra están distribuidos de manera no normal por lo que se procedió a utilizar pruebas no paramétricas mediante medianas y rangos intercuartilares.

Al respecto, fue recodificada la suma total de la Escala MRS y dividida por cuartiles (16, 21, 27) para así, obtener los niveles de síntomas de menopausia al respecto de la calidad de vida en relación con la salud de manera general y por factores (*síntomas físicos* y *síntomas psicológicos*) (Nada-leve, Moderada, Grave, Muy grave) entonces contar con los puntos de corte para nuestra población. La variable de calidad de vida se colocó con base en la validación para población mexicana reportada.

Adicionalmente, se realizó una correlación entre síntomas de menopausia y calidad de vida, por factores de cada escala y entre escalas, mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Y para comparar los niveles de síntomas de la menopausia con las variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad, las pruebas utilizadas fueron Chi cuadrado, U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis, para muestras independientes.

Por último, para la comparación de niveles de menopausia entre población general y pacientes con cáncer, fue ejecutada la prueba U de Mann Whitney para muestras independientes, para el cual se utilizó una significancia estadística de ($p=.005$).

Resultados

Se incluyeron en el grupo de población general un total de 128 mujeres de la CDMX, EDOMEX e interior de la república (ver tabla 5 para la descripción de la muestra), en donde la media de edad fue de 56.7 con un rango de edad entre 31 y 78 años; para el grupo de población oncológica participaron mujeres pacientes del Instituto Nacional de Cancerología de México de las Unidades de Ginecología, Cabeza y Cuello, del total de la muestra se realizó un muestreo aleatorio del cual se obtuvieron 80 participantes para el presente estudio, en donde la media de edad fue de 56.56 con un rango de edad entre 48 y 65 años. En la tabla 6 se encuentra la descripción de las pacientes con cáncer participantes.

Descripción de los niveles de calidad de vida en población general

El 93% del total de participantes, tienen muy alta calidad de vida, el 2.3% tienen un nivel de calidad de vida alta, mientras que el .8% un nivel de calidad de vida normal y por último el 3.9% de las participantes, tienen un nivel de calidad de vida bajo.

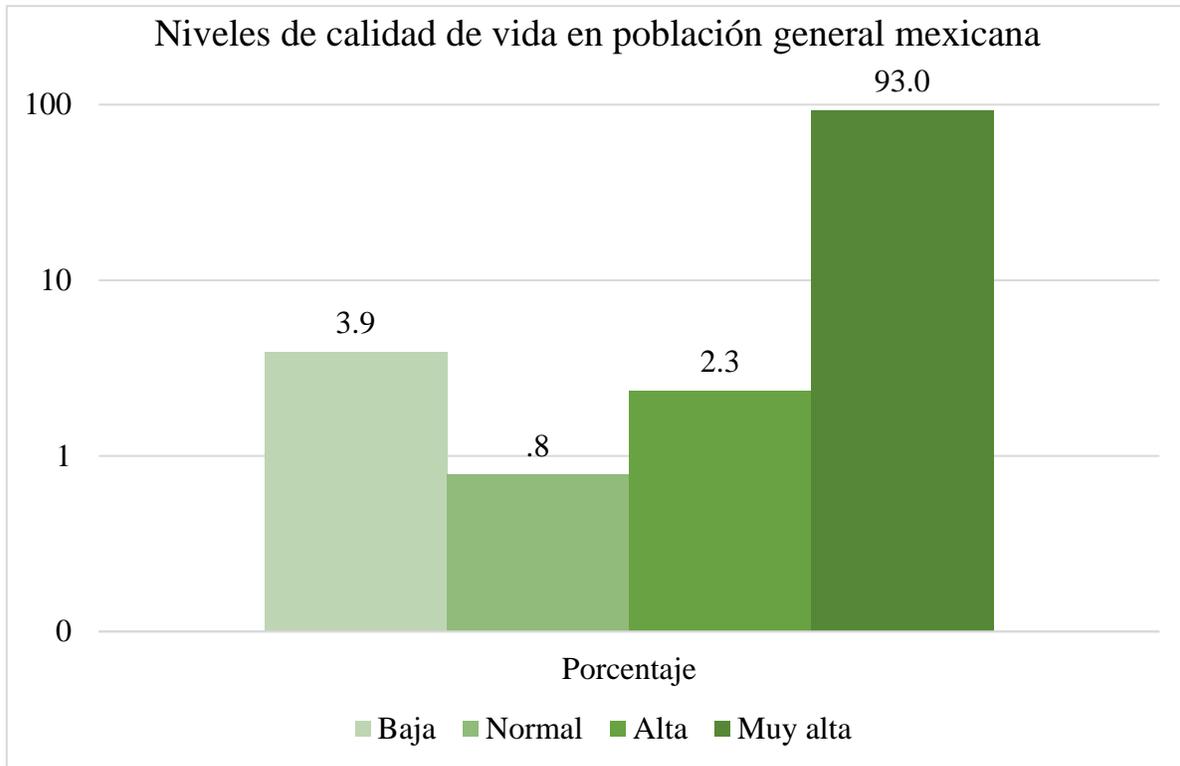


Figura 4. Niveles de calidad de vida en población general mexicana

Descripción de los niveles de síntomas de menopausia en población general

A continuación, se presentan los niveles de síntomas de menopausia en población general y sus respectivos porcentajes.

Síntomas de menopausia: El 26.6% de las mujeres participantes, tienen niveles de síntomas de menopausia de nada a leves.

Síntomas físicos de la menopausia: Del total de las mujeres que participaron en el presente estudio, el 33.6% también presenta niveles de síntomas físicos de nada a leves.

Síntomas psicológicos de la menopausia: En tanto, el 31.3% presenta niveles de síntomas psicológicos moderados.

Es importante destacar que los síntomas psicológicos son más altos que los físicos.

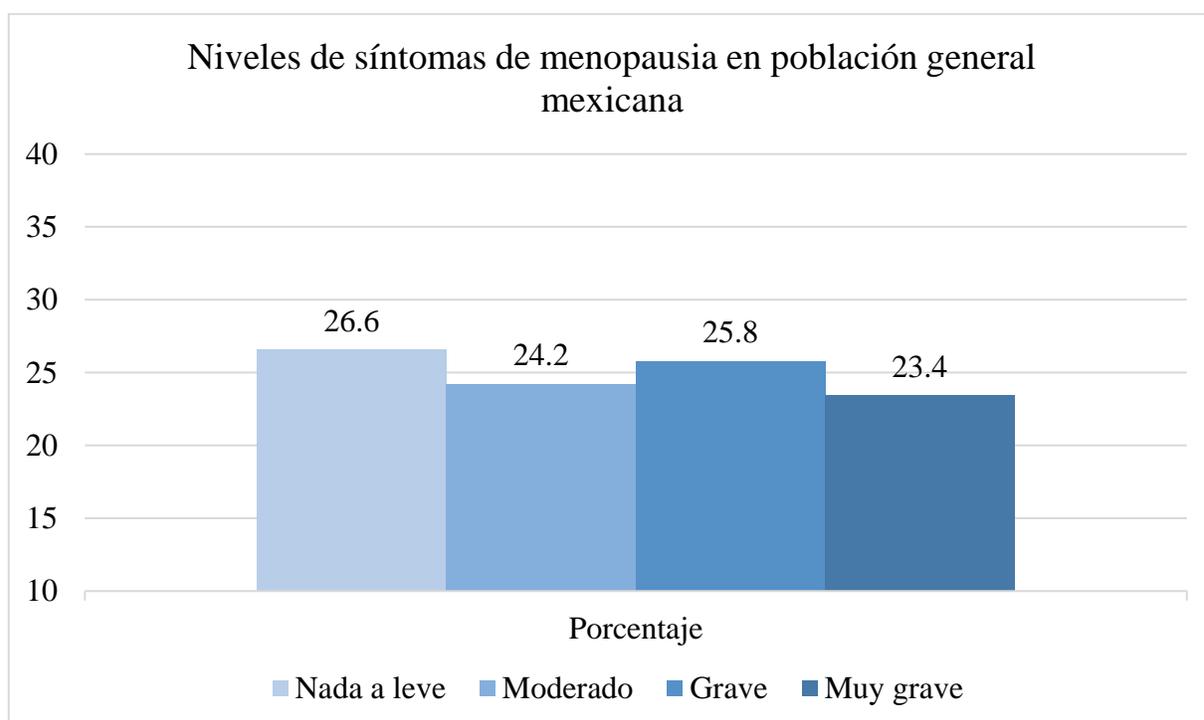


Figura 5. Niveles de síntomas de menopausia en población general mexicana

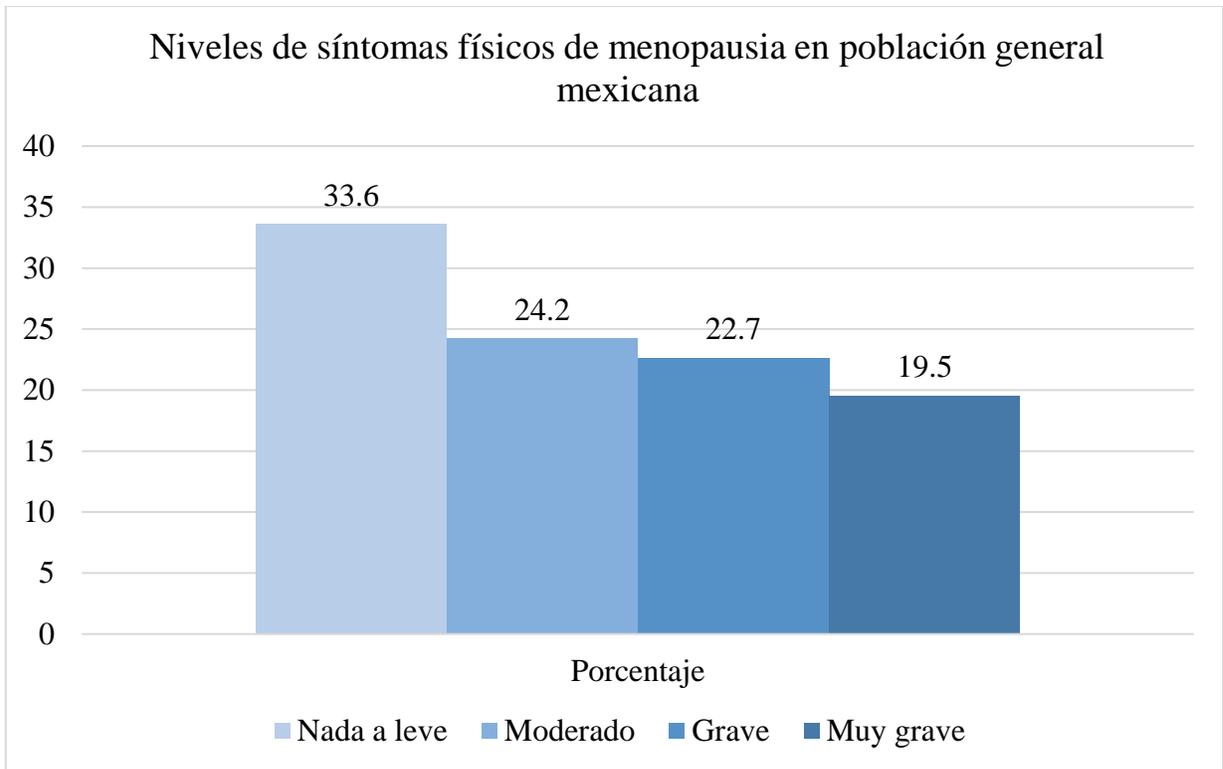


Figura 6. Niveles de síntomas físicos de menopausia en población general mexicana

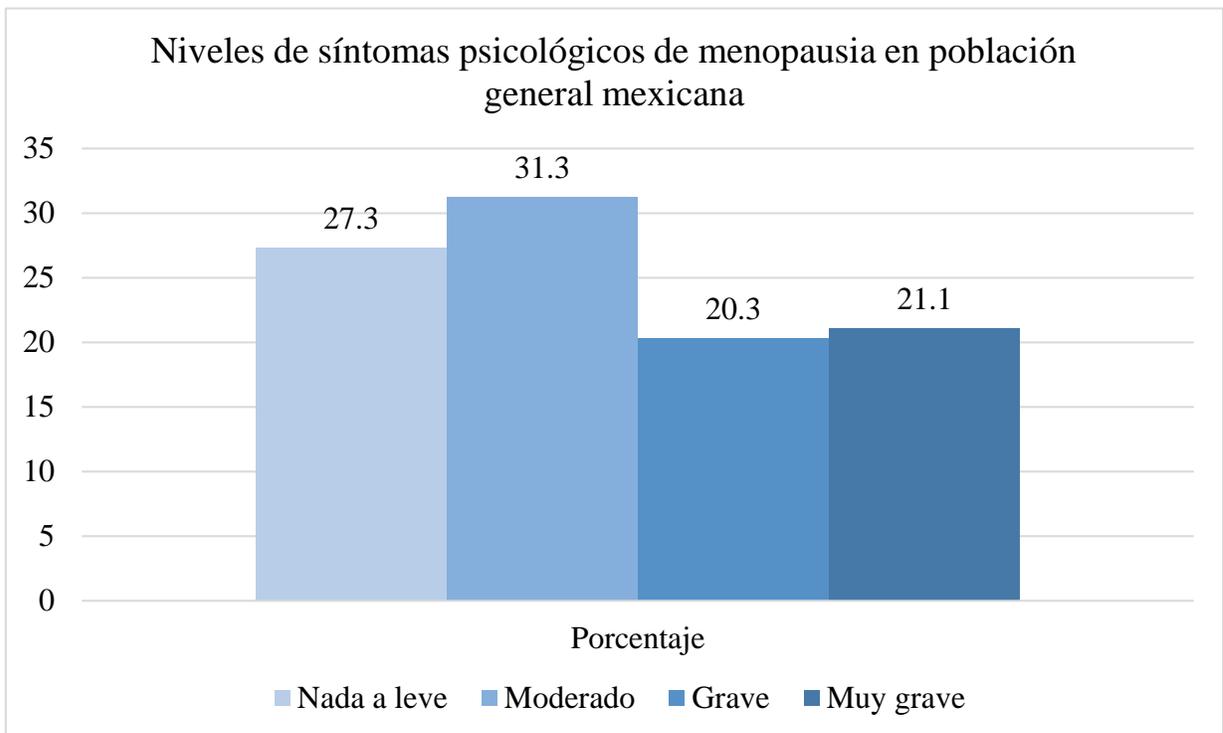


Figura 7. Niveles de síntomas psicológicos de menopausia en población general mexicana

Descripción de los niveles de síntomas de menopausia en pacientes mexicanas con cáncer.

A continuación, se presentan los niveles de síntomas de menopausia en pacientes mexicanas con cáncer y sus respectivos porcentajes.

Síntomas de menopausia: El 31.6% tiene niveles de síntomas de menopausia moderados. *Síntomas físicos de la menopausia:* Del total de las pacientes que participaron en el presente estudio, el 36.3% tiene niveles moderados. *Síntomas psicológicos de la menopausia:* 36.3% de las mujeres participantes, tiene niveles de nada a leves.

Es importante destacar que los síntomas en general de la menopausia en pacientes con cáncer son moderados, presentando mayor acentuación en los síntomas físicos en comparación con las mujeres de población general, en donde existe una acentuación en los síntomas psicológicos.

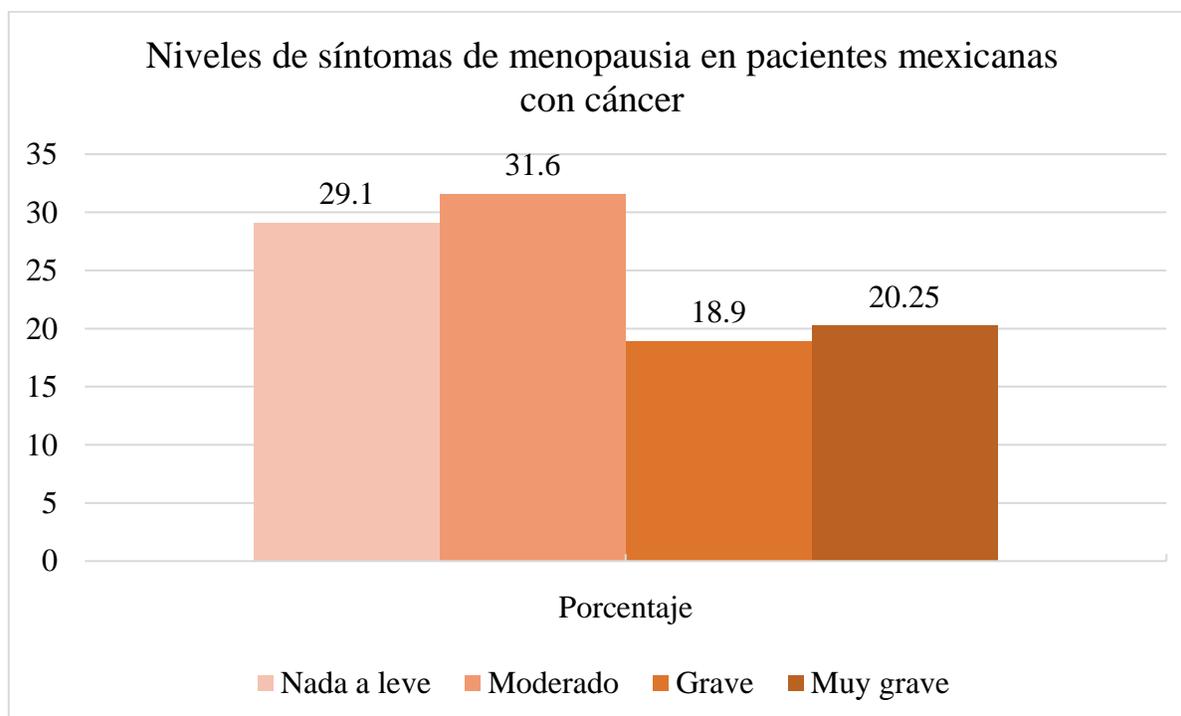


Figura 8. Niveles de síntomas de menopausia en pacientes mexicanas con cáncer

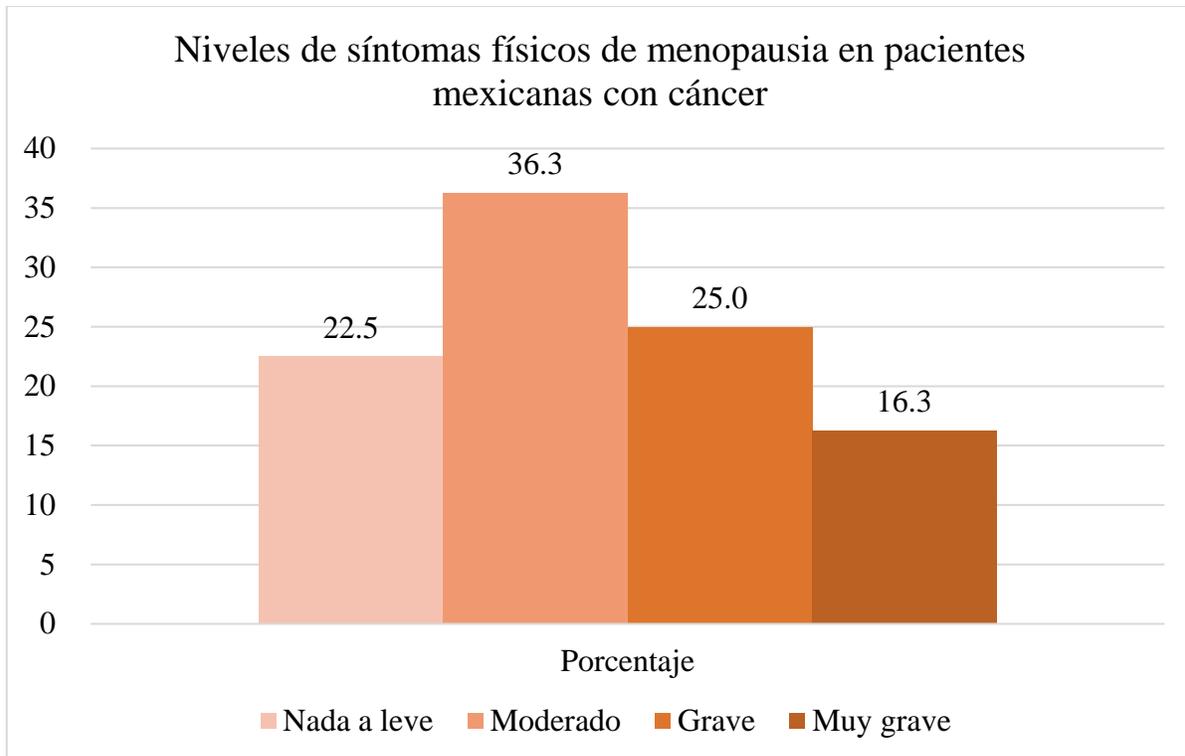


Figura 9. Niveles de síntomas físicos de menopausia en pacientes mexicanas con cáncer

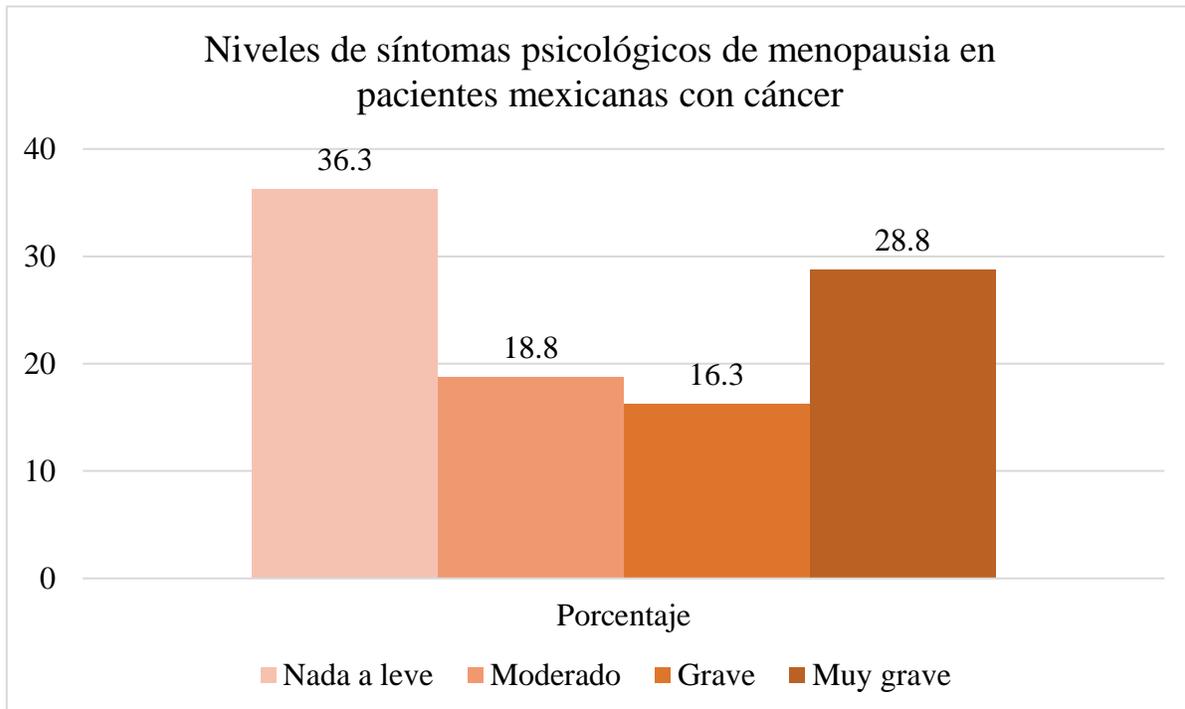


Figura 10. Niveles de síntomas psicológicos de menopausia en pacientes mexicanas con cáncer

Correlación entre síntomas de menopausia y calidad de vida en población general mexicana

La correlación entre síntomas de menopausia y calidad de vida fue negativa y estadísticamente significativa (r de Pearson de $-.514$ $p < .001$). Se identificaron también correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre *Síntomas físicos de la menopausia* y *Síntomas psicológicos de la menopausia* con *Estado físico-emocional general*, *Funcionamiento personal* y *Ambiente familiar y social* (r de Pearson de $-.239$ a $-.632$ $p < .001$). Por otro lado, fueron registradas correlaciones positivas entre los indicadores de Preocupación por salud: *Me preocupa morir* y *Me preocupa que mi enfermedad empeore* con *Síntomas físicos de la menopausia* y *Síntomas psicológicos de la menopausia* (Rho de Spearman de $.260$ a $.442$ $p < .000$). (Ver tabla 11).

Tabla 7. Coeficientes de correlación entre MRS versión mexicana con FACIT-GP versión mexicana.

		MRS		
		Síntomas psicológicos	Síntomas físicos	MRS TOTAL
FACIT-GP	Estado físico-emocional general	-.632**	-.496**	-.622**
	Funcionamiento personal	-.265**	-.295**	-.315**
	Ambiente familiar y social	-.288**	-.157	-.239**
	Pareja y vida sexual (indicadores)	.708	-.021	-.030
	Preocupación por salud (indicadores)	-.452**	-.316**	-.423**
	FACIT-GP TOTAL	-.406**	-.520**	-.514**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Comparación de variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad con respecto a niveles de síntomas de menopausia

De acuerdo con los resultados mostrados en la tabla 12 el análisis bivariado de la variable síntomas de menopausia (nada-leve a moderado y grave a muy grave), entre las variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad, indican que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de síntomas de menopausia por *Síntomas de ansiedad a lo largo de su vida* ($z = -3.661, p < .000$) presentando las mujeres que admiten haber tenido síntomas de ansiedad a lo largo de su vida ($Md=2$), mayores niveles de síntomas de menopausia con respecto a las que no ($Md=1$); en cuanto a haber recibido *tratamiento psicológico y/o psiquiátrico a lo largo de su vida* ($z = -3.026, p < .002$) a las mujeres que admiten no haber recibido dicho tipo de tratamiento, presentan mayores niveles de síntomas de menopausia ($Md=1$) en relación con aquellas que admiten haber sido atendidas por tratamientos para la salud mental en algún momento de su vida ($Md=2$).

Tabla 8. Comparación de variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad entre mujeres con síntomas de menopausia de nada-leve a moderada y de grave a muy grave ($n=128$). Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar, se utilizó la prueba U de Mann Whitney y Krus Kall wallis.

	Síntomas de menopausia (Puntuación MRS)			Valor <i>p</i>
		Nada-leve a moderada < 21 puntos ($n=65$)	Grave a muy grave ≥ 22 puntos ($n=63$)	
Edad (Años)				.361
	31-45	2(3.1)	3 (4.8)	
	47-55	27(41.5)	33 (52.4)	
	56-78	36(55.4)	27 (42.9)	
Sexo	Mujer	65(50.7))	63 (49.2)	.325
Género	Femenino	64 (98.5)	63(100)	.325
	Masculino	1(1.5)	0 (0.0)	

Continuación Tabla 8. Comparación de variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad entre mujeres con síntomas de menopausia de nada-leve a moderada y de grave a muy grave.

Orientación sexual				.830
	Heterosexual	63 (96.9)	60 (95.2)	
	Bisexual	1 (1.5)	1 (1.6)	
	Lesbiana	1(1.5)	2(3.2)	
Lugar de residencia				.419
	CDMX	56(86.2)	49(77.8)	
	EDOMEX	7(10.8)	12(3.2)	
	Int. de la República	2(3.1)	2(3.2)	
Grupo étnico				.310
	Sin grupo étnico	65(100)	62(98.4)	
	Mazateco	0(0.0)	1(1.6)	
Religión				.208
	Cristiana-católica	48(73.8)	40(63.5)	
	Sin religión	17(26.2)	23(36.5)	
Estado civil				.966
	Soltera	9(13.8)	10(15.9)	
	Unión libre/Casada	40(61.5)	37(58.7)	
	Separada/Divorciada	10(15.4)	9(14.3)	
	Viudez	6(9.2)	7(11.1)	
Nivel de estudios				.885
	Ninguna/Básica	34(52.3)	34(54)	
	Media superior/C. Técnica	21(32.3)	18(28.6)	
	Superior/Posgrado	10(15.4)	11(17.5)	
Ocupación				.741
	Remunerada	38(58.5)	35(55.6)	
	No remunerada	27(41.5)	28(44.4)	
Nivel económico				.762
	Bajo	49(75.4)	44(69.8)	
	Medio	13(20)	16(25.4)	
	Alto	3(4.6)	3(4.6)	
Enfermedad diagnosticada				.618
	Sin enfermedad	34(52.3)	29(46)	
	Crónicas/crónico-degenerativas	24(36.9)	25(39.7)	
	Autoinmunes	3(4.6)	5(7.9)	
	Mentales	1(1.5)	0(0.0)	
	Vasculares	0(0.0)	1(1.6)	
	Óseas	3(4.6)	2(3.2)	
	Tumores/hernias	0(0.0)	1(1.6)	
Comorbilidad		2(25)	8(75)	.675
Medicamentos prescritos				.326
	Médicos	26(40)	29(46)	
	Naturistas/alternativos	2(3)	0(0.0)	
	No toma medicamentos de ningún tipo	3(4.6)	5(7.9)	

Continuación Tabla 8. Comparación de variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad entre mujeres con síntomas de menopausia de nada-leve a moderada y de grave a muy grave.

	No aplica	34(52.3)	29(46)	
Síntomas de depresión a lo largo de su vida				.074
	Si	50(76.9)	56(88.9)	
	No	15(23.1)	7(11.1)	
Síntomas de ansiedad a lo largo de su vida				.000
	Si	50(76.9)	62(98.4)	
	No	15(23.1)	1(1.6)	
Tx psicológico y/o psiquiátrico a lo largo de su vida				.002
	Si	11(16.9)	26(41.3)	
	No	54(83.1)	37(58.7)	
Menarca				.769
	9-11	14(21.5)	13(20.6)	
	12-14	40(61.5)	66(.7)	
	15-18	11(16.9)	8(12.7)	
Menopausia				.052
	32-35	3(4.6)	2(3.2)	
	37-40	9(13.8)	9(14.3)	
	41-45	11(16.9)	9(14.3)	
	46-50	23(35.4)	36(57.1)	
	51-55	13(20)	7(11.1)	
	56-58	6(9.2)	0(0.0)	
Tiempo entre menstruaciones				.153
	En menos de 28 días	11(16.9)	12(19)	
	28 días	33(50.8)	32(50.8)	
	30/31 días	18(27.7)	10(15.9)	
	En más de 30/31 días	3(4.6)	9(14.3)	
Edad de inicio de vida sexual				.742
	14-17	15(23.1)	15(23.8)	
	18-21	26(40)	31(49.2)	
	22-25	16(24.6)	12(19)	
	26-28	6(9.2)	3(4.8)	
	31- 40	2(3.1)	2(3.2)	
Parejas sexuales				.440
	1-4	62(95.4)	58(92.1)	
	5-8	3(4.6)	5(7.9)	
Relaciones sexuales actualmente				.951
	Si	26(40)	33(52.4)	
	No	39(60)	30(47.6)	

Continuación Tabla 8. Comparación de variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad entre mujeres con síntomas de menopausia de nada-leve a moderada y de grave a muy grave.

Tipo de relaciones sexuales				.982
	Heterosexuales	64(98.5)	62(98.4)	
	Bisexuales	1(1.5)	1(1.6)	
Edad inicio masturbación				.426
	No se masturba	58(89.2)	56(88.9)	
	7-14	1(1.5)	4(6.3)	
	16-25	4(6.2)	2(3.2)	
	35-50	2(3.1)	1(1.69)	
Número de hijos				.050
	Sin hijos/hijas	3(4.6)	6(9.5)	
	1 hijo/hija	3(4.6)	12(19)	
	2 hijos/hijas	26(40)	13(20.6)	
	3 hijos/hijas	21(32.3)	15(23.8)	
	4 hijos/hijas	8(12.3)	9(14.3)	
	5 hijos/hijas o más	4(6.1)	8(12.8)	
Partos naturales				.067
	0	14(21.5)	24(38.1)	
	1	8(12.3)	9(14.3)	
	2	17(26.2)	6(9.5)	
	3	16(24.6)	10(15.9)	
	4	6(9.2)	8(12.7)	
	5 o más	4(6.1)	6(9.6)	
Abortos				.311
	0	56(86.2)	54(85.7)	
	1	6(9.2)	9(14.3)	
	2	2(1.5)	0(0.0)	
	3	1(1.5)	0(0.0)	
Cesáreas				.640
	0	44(67.7)	37(58.7)	
	1	8(12.3)	12(19)	
	2	8(12.3)	9(14.3)	
	3	5(7.7)	4(6.3)	
	10	0(0.0)	1(1.6)	
Total de embarazos				.108
	0	3(4.6)	5(7.9)	
	1	3(4.6)	12(19)	
	2	22(33.8)	13(14.3)	
	3	23(35.4)	14(22.2)	
	4	7(10.8)	9(14.3)	
	5 o más	7(10.8)	10(16)	

Continuación Tabla 8. Comparación de variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad entre mujeres con síntomas de menopausia de nada-leve a moderada y de grave a muy grave.

Consumo de sustancias			.417
No consumen sustancias	57(87.7)	50(79.4)	
Alcohol y cigarro	3(4.6)	7(11.1)	
Cigarro	3(4.6)	5(7.9)	
Alcohol	2(3.1)	1(1.6)	
Actividad física			.219
No realiza actividad/es física/s	36(55.4)	46(73)	
Deporte	2(3.1)	0(0.0)	
Ejercicio cardiovascular	21(32.3)	14(22.2)	
Ejercicio de hipertrofia	3(4.6)	1(1.6)	
Meditación	3(4.6)	2(3.2)	

Comparación de presencia de síntomas de menopausia entre pacientes con cáncer y mujeres mexicanas de población general.

Con base en los resultados mostrados en la tabla 13 el análisis bivariado de la variable síntomas de menopausia (nada-leve a moderado y grave a muy grave), entre ambos grupos pacientes con cáncer y mujeres de población general mexicana, indican no que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de síntomas de menopausia ($z = -1.295$ $p < .195$)

Tabla 9. Comparación de presencia de síntomas de menopausia entre pacientes con cáncer y mujeres mexicanas de población general con niveles de nada-leve a moderada y de grave a muy grave ($n=208$). Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante la prueba U de Mann Whitney.

	Síntomas de menopausia		Valor p
	Nada-leve a moderada < 21 puntos ($n=113$)	Grave a muy grave ≥ 22 puntos ($n=95$)	
Condición clínica			.195
Mujeres con cáncer	48(42.5)	32(33.7)	
Mujeres sin cáncer	65(57.5)	63(66.3)	

Discusión

El Estudio principal tuvo como finalidad explicar si existía una relación entre niveles de calidad de vida y niveles de síntomas de menopausia, mostrar si existían diferencias significativas entre los niveles de síntomas de menopausia con respecto a variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad y, por último, determinar si existían diferencias entre la presencia de niveles de síntomas de menopausia en mujeres mexicanas de población general con respecto a pacientes con cáncer mexicanas, finalmente buscamos analizar los resultados bajo perspectiva de género.

Comencemos por analizar la descripción de la muestra en donde pueden observarse datos de interés. En general, las mujeres que participaron en la presente investigación son personas que puede decirse, *desempeñan* las expectativas que se esperan de una mujer mexicana en la sociedad: se dedican al hogar, son casadas, tienen hijos o hijas, practican la religión católica, son heterosexuales, femeninas, han tenido una pareja sexual y actualmente no mantienen relaciones sexuales, comenzaron su vida sexual en la etapa adulta y nunca se han masturbado.

Podríamos pensar que únicamente son datos descriptivos de la muestra, y que los datos antes mencionados son esperados de encontrar o bien *normales*, pero, ¿realmente es así?, ¿qué tan “*normal*” es que 114 mujeres de 128 acepten no masturbarse, cuando la masturbación es una práctica sexual segura, sana y que puede ser beneficiosa para la salud física y mental?, ¿Qué tan esperado es que, en los instrumentos físicos que contestaron, se hayan encontrado comentarios al respecto de la masturbación como que esta es *inmoral*?, ¿qué tan esperado es que en su mayoría estén casadas, sólo tengan una pareja sexual y que actualmente no mantengan relaciones sexuales?, ¿es “*normal*” que se dediquen únicamente

al hogar y que por ello no generen ningún ingreso económico?, ¿todo esto tendrá que ver con que en su mayoría solo cuenten con una formación académica de primaria o con su religión, la católica, con ambas?

Bajo perspectiva de género, no es posible únicamente dar a conocer las características sociodemográficas, clínicas y de sexualidad de las mujeres que participaron, sin problematizar los datos encontrados. Con ello, no quiere decir que esté *mal* la información hallada, quiere decir que es muy probable que no sea una simple coincidencia. Los estereotipos de género posiblemente continúan permaneciendo. Cada mujer debe ser libre de decidir sobre su vida bajo sus propios intereses, necesidades, posibilidades y creencias, pero, ¿hasta qué punto deciden por sí mismas y hasta qué punto lo hacen con base en las expectativas sociales, con base en estereotipos de género? Las mujeres que tienen menos acceso a recursos, restringen su vida y su sexualidad a pautas tradicionales, en cambio si han tenido más posibilidades, gozan de mayor movilidad social, alternativas de residencia, acceso al trabajo extra doméstico y a una mayor escolaridad, es decir, se viven y experimentan más allá de las normas establecidas con respecto al género y a su sexualidad. (Szas, 1998 citado en Rocha-Sánchez, 2011).

Si bien lo anterior no fue estadísticamente significativo con respecto a niveles de síntomas de menopausia, era importante reconocer la reproducción de estereotipos de género que permea la vida de las mujeres en general, debido a que no es posible estudiar y comprender la salud en general y emocional sin tomar en cuenta las condicionantes estructurales del género al influir en la experiencia subjetiva y social de las personas (Rocha-Sánchez, 2013).

Por otro lado, y retomando los análisis realizados para el Estudio, los resultados de la correlación entre los niveles de síntomas de menopausia y los niveles de calidad de vida indican que esta es estadísticamente significativa y negativa lo que quiere decir que, a mayores niveles de síntomas de menopausia, menores niveles de calidad de vida. Lo anterior confirma lo encontrado en la literatura, en donde se menciona que aquellas mujeres cuyo entorno social, familiar y de salud se encuentran estables, la sintomatología de menopausia es menor. Dentro del constructo de la evaluación de *calidad de vida*, fueron considerados aspectos de estado emocional y físico en general, funcionamiento personal, ambiente familiar y social, pareja y vida sexual y preocupación por la salud, aspectos que consideran la percepción que tienen ellas mismas al respecto de su vida diaria y la relación que tienen con personas cercanas para ellas.

En relación a los análisis bivariados con respecto a niveles de síntomas de menopausia entre mujeres mexicanas de población general y pacientes con cáncer, encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre uno y otro grupo ante la presencia de sintomatología menopáusica, lo cual quiere decir que, en ambos grupos, la presencia de síntomas es parecida, no siendo relevante la condición clínica oncológica de las pacientes.

Lo anterior retoma un punto muy importante, hemos discutido ya la negatividad de la medicalización de la menopausia, con los hallazgos encontrados, bajo una condición clínica, entendemos que aun cuando el tratamiento oncológico puede derivar la presencia de menopausia de manera temprana como efecto secundario, no es un factor para que esta se vea afectada de manera negativa, puesto que con respecto a aquellas mujeres que no se encuentran en una condición de enfermedad oncológica, no existen diferencias con base en

los niveles de estos síntomas. Podríamos asumir que dichos resultados se deben a un consumo de terapia hormonal, la cual busca regular los niveles hormonales en esta etapa y que por tanto contrarrestan la sintomatología de la menopausia, esto según lo revisado en la literatura (Blümel, 2017), sin embargo, del total de las pacientes, únicamente una persona la consume.

Dentro de la revisión de la literatura, encontramos datos que afirman la presencia de síntomas de menopausia abruptos bajo condiciones clínicas oncológicas en aquellas mujeres menores de 40 años, sin embargo, con los resultados aquí presentados podríamos comenzar a refutar dicha afirmación. Sería interesante indagar también al respecto de su calidad de vida en relación con la etapa de la menopausia, para asimismo contar con esta información en población oncológica, lamentablemente por cuestiones administrativas internas del Instituto, por ahora no fue posible indagar más allá con las pacientes sobre su percepción de calidad de vida y por supuesto, sobre su salud mental en cuanto a síntomas de depresión y ansiedad.

Este punto analizado bajo perspectiva de género, rescata entonces que, en efecto, la menopausia al ser una etapa natural y esperada del cuerpo de las mujeres, no tiene relación con un sistema médico y por tal no debe atenderse como una patología ya que se comprueba, bajo estos argumentos, que entre mejores niveles de calidad de vida que tengan las mujeres mexicanas los cuales dependen, con base en la literatura revisada, de factores familiares, de pareja, estabilidad emocional y laboral, la sintomatología de menopausia disminuirá. Por tanto, atiende al hecho de que cuando una mujer acude a consulta, es requerido que se atiendan sus *necesidades médicas* y que el personal médico no lo atribuya de manera

inmediata a la etapa de la menopausia, ofreciendo entonces terapia hormonal de reemplazo, que patologiza la vivencia de esta transición en la mediana edad (Valls-Lobet, 2008).

La medicalización de la menopausia y el envejecimiento se ha *justificado* alegando que ayuda a prevenir enfermedades, pero toda actividad de prevención debería seguir varios criterios: debe haber demostrado su eficacia, debe ser clínica y socialmente rentable y el efecto beneficioso debe ser mayor que el riesgo que supone (Tovar-Bobo, 2013), y como ya se ha visto, al hablar de medicalización de menopausia y envejecimiento es cuestionable que estos criterios se cumplan (Campins, 2017), y con base en los resultados de la presente investigación confirmamos que, en tanto una mujer viva en plenitud con altos niveles de calidad de vida, la etapa de la menopausia no será una etapa negativa en sus vidas y por el contrario, estos síntomas se contrarrestarán.

Sin embargo, la comunidad científica deberá iniciar un debate a fondo sobre el porqué de las resistencias a un cambio de actitudes de los y las profesionales de las ciencias de la salud y de los y las pacientes que demandan ayuda al sistema sanitario. ¿Influye tanto todavía la sociedad androcéntrica y patriarcal en las mentes de nuestros profesionales? ¿Cuál es el mejor camino para conseguir un cambio de mentalidades? Analizar los problemas desde la perspectiva de género nos ayudará sin duda a entender mejor los condicionantes sociales e incluso biológicos de la salud, pero ¿cómo podemos hacernos impermeables a los estereotipos de género enraizados en la construcción de nuestra propia subjetividad como mujeres u hombres? El género enraizado en la propia mente, en la propia psicología y en la propia conducta, va a exigir grandes dosis de voluntad y una nueva metodología de trabajo para la investigación, para conseguir el cambio de actitudes necesario (Valls-Lobet, 2005).

Díaz-Loving, Rocha y Rivera (2007) expresan que deben considerarse los efectos negativos que tiene para la salud los comportamientos y estilos asociados al modelo de masculinidad hegemónica, principalmente en la medida en que se adopten características y comportamientos negativos vinculados con esta, en este caso, la medicalización de la menopausia, ya que además, nace la necesidad de analizar la prevalencia de diferentes características y el significado que se les atribuye, pues no sólo reflejan diferencias, sino valoraciones diferentes que reproducen desigualdad (Rocha-Sánchez, 2013).

En el segundo análisis bivariado del presente estudio, aunque pueden observarse diferencias entre los niveles de síntomas de menopausia con respecto a variables sociodemográficas, clínicas y de sexualidad estas no son estadísticamente significativas, a excepción de la presencia de síntomas de ansiedad a lo largo de su vida y el haber recibido o no tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, ambas con respecto a los niveles de síntomas de menopausia, en donde se logra distinguir una elevada sintomatología menopáusica en aquellas mujeres mexicanas que admiten haber presentado síntomas de ansiedad a lo largo de su vida al igual que elevada presencia de síntomas de menopausia en las mujeres que admiten no haber recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en algún momento de su vida.

La menopausia es un proceso multidimensional en el que se ven implicados además aspectos físicos y psicológicos y al respecto de este último se consideran, principalmente, síntomas de ansiedad y depresión los cuales también están relacionados con calidad de vida. Por tanto, con base en los resultados hallados, podemos concluir que los síntomas de ansiedad son un factor importante para la presencia y los niveles de sintomatología de menopausia en mujeres mexicanas, recordemos que la menopausia no es un proceso

universal transcultural inherente al ser mujer, sino que la valoración positiva o negativa que se le da depende de la cultura y el contexto social en el que la mujer se ve desenvuelta. Por lo que entonces nace la necesidad de analizar este último punto bajo perspectiva de género.

No podemos ignorar el hecho de que, en México, desde muy temprana edad se espera que las mujeres cumplan con ciertas expectativas sociales, por ejemplo, cuerpos *perfectos* o que forzosamente *cumplan* con su rol de mujeres, se casen y tengan hijos/hijas. Por lo que, con el transcurso del tiempo, las mujeres evitan en la medida de lo posible el envejecimiento y, por tanto, recurren a tratamientos cutáneos, quirúrgicos y/u hormonales, para evitarlo. Es así como la menarca y menstruación se vuelven sinónimos de vitalidad y la menopausia un sinónimo de envejecimiento.

Durante la recolección de datos de la presente investigación, existieron diversos obstáculos para avanzar, principalmente la resistencia a hablar del tema. Se escucharon comentarios en las participantes de población general del tipo: “*No, yo aún soy joven y no paso por esa etapa*”, “*Uy, a mí me falta mucho tiempo para llegar a la menopausia*”, “*¿Qué me estás queriendo decir, vieja?*”, o bien, en cuanto escuchaban el término *menopausia* durante la explicación de inmediato aparecía una negativa para participar. Lo anterior fue la principal razón por la cual únicamente participaron 128 mujeres, a lo largo de 9 meses. Independientemente del total de la muestra y del tiempo en el que se logró recolectar el total de los datos, resalta el hecho de que el tabú alrededor de la etapa de la menopausia, persevera.

Gayle Rubin (1986) sugiere que el género constituye un ordenador social que opera las subjetividades a través de normas, valores, símbolos y prácticas que precisamente dan lugar a expectativas diferenciales según la diferencia sexual. El género entonces, de acuerdo con lo revisado en la literatura, es un determinante para la salud de las mujeres, pudiéndose

incluso afirmar que las vivencias, conductas, actitudes, maneras de enfermar, consultar y morir se ven influenciadas por condicionantes psicosociales de género.

Al respecto, ante la necesidad por cumplir con estándares de género, se presentan síntomas de ansiedad que influyen de manera negativa en la presencia de síntomas de menopausia. Diferentes estudios (Pérez-Melero, et al., 2015; Castro-Jimenez, et al., 2003, Carvajal-Lohr, et al, 2016) afirman que la esfera más afectada en la etapa de la menopausia es la psicológica, cuya etiología aparece influenciada por la sociedad y la cultura y esto se manifiesta en forma de inseguridad, ansiedad, irritabilidad e insomnio, depresión, crisis de angustia y tristeza (Pérez-Melero, et al., 2015). Este tipo de hallazgos, suelen interpretarse como una fragilidad inherente al *ser* mujeres, asumiendo incluso que nosotras somos *más* emocionales que los hombres (Rocha-Sánchez, 2013)

No obstante, no es posible entender aspectos en materia de salud mental sin considerar que las construcciones sociales respecto al género condicionan y regulan la manera en que las personas se viven en relación a su cuerpo y bienestar emocional, de qué y cómo enferman, cuáles son los malestares enfrentan y qué significados atribuyen a dichos malestares (Martínez-Benlloch, 2003).

Resulta indispensable indagar en la influencia que tienen las relaciones sociales en la forma en la que las personas expresan su malestar psicológico, ya que al reconocer esta dimensión como social y no únicamente como individual, es como se da cuenta de los estereotipos y de los roles de género, mismos que condicionan tanto comportamientos como las prácticas sociales de las personas (Granados & Ortiz, 2003).

Esto subraya la importancia de la atención en materia de salud mental y de su implicación en diversas áreas de la vida de las personas, en este caso de las mujeres mexicanas con menopausia. Retomamos el punto que deriva del anterior resultado en el cual se confirma la importancia de mantener una buena calidad de vida para contrarrestar la sintomatología de la menopausia. En este caso, se observa que los síntomas de ansiedad influyen de manera negativa para la presencia de síntomas de menopausia lo que también coincide con la elevada sintomatología de menopausia en mujeres que admiten no haber sido atendidas en materia de salud mental anteriormente.

Sin embargo, el vínculo dado entre la salud mental de las personas y sus identidades genéricas no obedece únicamente a roles, características o actividades desempeñadas, sino que se ve inserto también en las posiciones que se ocupan en el imaginario social según estas identidades (Rocha-Sánchez, 2013), es decir, las posiciones que ocupan esquemas perceptivos y construidos socialmente los cuales permiten explicar y actuar, simplificando la complejidad dando una estabilidad, continuidad y globalidad permitiendo actuar sobre los procesos comunicativos de los sistemas diferenciados, construyendo una realidad en un sistema social complejo, el imaginario social entonces tiene un carácter ambivalente, controvertido y al mismo tiempo satisfactorio (Torres-Cubeiro, 2012).

Por ejemplo, Vicente et al. (2005) identificaron que las conceptualizaciones como "el miedo al diagnóstico" y "lo que otros pudieran pensar", son *argumentos* vinculados directamente con el estigma hacia la salud mental, siendo las justificaciones más utilizadas para evitar la solicitud de ayuda al sistema de salud mental, por lo que entonces la presencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa, aumenta.

La salud mental es un ámbito que lamentablemente, en nuestro país, continúa siendo estigmatizado, sin embargo, son los trastornos depresivos y la ansiedad los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención (Sandoval, 2004).

Los resultados del presente estudio indican que el no haber recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico es un determinante para presentar niveles graves de sintomatología de menopausia. Rocha-Sánchez (2013) menciona que cuando una persona incorpora a su autoconcepto características relacionadas con el logro y la cooperatividad como el percibirse inteligentes, capaces, responsables, independientes, etc., parecen experimentar menor malestar emocional, pues reportan menores síntomas de ansiedad estrés y depresión.

Como hemos analizado hasta el momento, la menopausia es una etapa que se ve afectada, primordialmente por aquellos estándares psico-socio-culturales de los cuales las mujeres mexicanas tienden a verse obligadas a cumplirlos y a esto debemos aumentar el hecho de que atender la salud mental en nuestro país, no es actualmente una atención primordial en la vida de los y las mexicanas, aun a pesar de las cifras, las cuales indican que los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50% (OMS, 2018), estas advierten que en el año 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo y la primera en México, y por tanto, el no atender la salud mental, con base en los hallazgos presentados, puede incrementar los niveles de síntomas de menopausia en mujeres mexicanas.

Por otra parte, es importante discutir los hallazgos del primer paso realizado para la conformación de la presente investigación, el cual constó en validar un instrumento para población general mexicana que evaluara los síntomas de la menopausia.

La evaluación de los síntomas de la menopausia en población general y población oncológica es de gran relevancia debido a las implicaciones que conlleva en relación con su estado de salud a nivel físico y mental. La MRS es una herramienta que ayuda a determinar en qué medida afecta, o no, su calidad de vida, ya que su objetivo principal es evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en el tiempo reciente, al respecto de síntomas menopáusicos. La Escala MRS en población general mexicana presentó adecuadas propiedades psicométricas y con un factor menos que en la versión original. Contiene 11 reactivos agrupados en dos factores a diferencia de los tres factores de la escala original. En el apéndice 2 puede observarse la versión final de la Escala MRS para población general mexicana.

El factor *Síntomas somato-vegetativos*, que evalúa los síntomas con respecto a la regulación de las funciones de la vida vegetativa (respiración, digestión, circulación, etc.) no sometidas a la voluntad, al unificarse con el factor *Síntomas urogenitales*, mismo que comprende funciones del aparato urinario y del aparato reproductor los cuales comparten estrechas relaciones anatómicas y del mismo modo, sus funciones no son a voluntad, puede concluirse entonces que los reactivos incluidos en ambos factores al considerar aspectos funcionales del cuerpo que son involuntarios (Instituto Nacional del Cancer, 2018), se agruparon por tanto en uno mismo, dando lugar a un factor que en general evalúe los síntomas que se presentan en la menopausia únicamente a nivel físico.

Lo anterior pudiese explicarse debido a una percepción en población general mexicana al respecto de los síntomas del cuerpo en sí, en relación con la menopausia y calidad de vida sin resaltar alguna diferencia entre el aparato urogenital y el resto del cuerpo, así como de sus funciones. Recordemos que los síntomas de la menopausia están basados en aspectos principalmente fisiológicos que componen una sintomatología universal (Larroca, 2013).

El factor, *Síntomas psicológicos* evalúa aspectos relacionados con la etapa de la menopausia a nivel psicológico, sin embargo, es interesante encontrar el reactivo *Problemas musculares y en las articulaciones (dolores reumatoides y en las articulaciones)*, como parte de este factor en la versión para población general mexicana ya que, en la versión original, este reactivo se encuentra dentro del factor *Síntomas somato-vegetativos*.

En diferentes países latinoamericanos incluido México, de manera cultural, suele relacionarse la tensión y/o dolor muscular con aspectos relacionados a la salud mental, es decir, existe la creencia de que aquellos aspectos mentales, llámese síntomas de depresión, ansiedad y/o estrés, suelen ser percibidos a nivel corporal, a pesar de que los síntomas de ansiedad y depresión si abarcan, además, manifestaciones físicas tales como sudoración, agitación, lágrimas, etc. En particular, la prevalencia de depresión con síntomas físicos ha resultado ser mucho más elevada en mujeres, y se asocia con trastornos de ansiedad y disforia crónica (Silverstein, 2002) lo que entonces pudiese explicar el por qué dicho reactivo es, en la versión para población general mexicana, parte del factor *Síntomas psicológicos*.

Sin embargo, no podemos prescindir de que aproximadamente dos terceras partes de las personas con síntomas de depresión presentan un cuadro clínico dominado por síntomas tales como pérdida de energía y dolores generalizados: 85.5% de personas son síntomas de

depresión presentan al menos un dolor de los siguientes: dolor de espalda, dolor de extremidades o dolor articular, por otra parte el 80.6% de personas con síntomas de ansiedad presenta al menos uno de los siguientes: palpitaciones, mareos, disnea o dolor torácico. (Rodríguez, Casquero, Manzanera & Mínguez, 2010)

La Escala MRS en su versión mexicana obtuvo un alfa de Cronbach global de 0.869 y el 53.821% de la varianza explicada en sus 11 reactivos. Así como alfas de 0.766 y 0.833 en sus dos factores, respectivamente. Con un total de 12 reactivos, considerando el indicador abierto agregado como parte de las decisiones tomadas posterior a la validación por jueces llevada a cabo, siendo uno de los primeros pasos para el procedimiento de validación de un instrumento.

El indicador fue redactado de la siguiente manera: *¿Presenta algún otro síntoma que no se mencione y que sea importante para Usted?* Al ser de tipo cualitativo, estadísticamente hablando, no era posible que fuese parte de la estructura factorial del instrumento; se decidió añadir a la escala para considerar aquellos aspectos que las mujeres mexicanas presentan y que son considerados por ellas como parte de su etapa menopáusica. Dentro del mismo, encontramos respuestas que engloban síntomas como: *dolor de huesos, dolor en la piel, sequedad en la piel, pérdida de cabello, falta de apetito, dolores de cabeza intensos, cansancio, sensación de vista borrosa, mareos y vómito.*

Es inevitable no prestar atención ante las respuestas que nos brindan información sobre la percepción que tienen las mujeres mexicanas sobre esta etapa y su relación con la calidad de vida. Recordemos que el objetivo primordial de esta escala es evaluar síntomas menopáusicos al respecto de calidad de vida relacionada con la salud en el tiempo reciente, por tanto, si las mujeres participantes mencionaron de manera inicial y voluntaria estos

síntomas no mencionados dentro de los reactivos que conforman la escala, podría entonces esperarse que sean aspectos que influyen directa y negativamente sobre su calidad de vida, por lo que sería necesario indagar al respecto sobre dicha relación y por supuesto, atender estas necesidades.

Por otro lado, esta escala es una herramienta importante ante la atención de la menopausia. A pesar de que no es una condición médica ni clínica, en México, a nivel cultural, si suele considerarse y percibirse como tal. El contar con un instrumento de esta índole para nuestra población nos permite continuar adelante con la identificación de las necesidades, en relación con la menopausia y afectaciones en calidad de vida, de manera oportuna, válida y confiable que presente nuestra población. Por lo anterior, es una escala que podrá ser utilizada en el ámbito clínico tanto por profesionales del área médica, enfermería y psicología, ya que, además, ofrece distintas ventajas en comparación con aquellas investigaciones llevadas a cabo para conocer la presencia e intensidad de síntomas de la menopausia en mujeres mexicanas.

Asimismo, este estudio es el primer informe de validez y confiabilidad que reporta hallazgos exploratorios de la Escala MRS como instrumento de detección de presencia e intensidad síntomas de menopausia relacionados con calidad de vida al respecto de la salud, en población general mexicana. Por lo cual, se busca aportar evidencia a la literatura con los resultados de esta investigación.

Conclusiones

Los hallazgos encontrados respaldan las hipótesis planteadas de la presente investigación.

La correlación entre los niveles de síntomas de menopausia y los niveles de calidad de vida fue negativa e inversamente proporcional, lo que significa que, a mayores niveles de

calidad de vida, menores niveles de síntomas de menopausia. Los niveles de calidad de vida de las mujeres participantes fueron muy altos con un 93%, mientras que los niveles de síntomas de menopausia fueron de nada a leve en el 26.6% de ellas, con respecto a los síntomas físicos de la menopausia, el 33.6% de ellas presentaron sintomatología de nada a leve y, por último, en cuanto a los síntomas psicológicos de la menopausia, el 31.3% de las mujeres participantes, presentaron síntomas moderados. Esto da pie para erradicar la medicalización derivada del modelo biomédico en el que se patologiza a la menopausia, lo cual es derivado de expectativas sociales, en especial de estereotipos y roles de género.

La educación es la base primordial de la desinformación. *Toda* la población, incluyendo, y principalmente, a los y las profesionales de salud en materia, debe contar con las herramientas necesarias de información relacionadas con el tema de la menopausia, entonces difícilmente se continuarán reproduciendo estereotipos y roles de género que afectan la salud, la transición de esta etapa de las mujeres mexicanas y por supuesto, su calidad de vida. Es importante concientizar a la población sobre la naturalidad de la menopausia, para que esta sea vivida en plenitud y no con angustia, para que deje de canalizarse como una patología y, por ende, atenderse como tal, ignorando diversos aspectos que posiblemente si requieran una atención médica. Un medicamento *no* podrá erradicar los estereotipos de género, en cambio la educación y concientización, *sí*.

Por otra parte, fueron identificadas diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de síntomas de ansiedad a lo largo de su vida y el haber recibido o no tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, ambas con respecto a los niveles de síntomas de menopausia, en donde se logra distinguir una elevada sintomatología menopaúsica en aquellas mujeres mexicanas que admiten haber presentado síntomas de ansiedad a lo largo de su vida al igual

que elevada presencia de síntomas de menopausia en las mujeres que admiten no haber recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en algún momento de su vida.

Esto rescata la importancia de la atención en materia de salud mental. Tanto la educación, como la psico-educación, son igual de importantes. Lamentablemente, solemos ignorar los aspectos psicológicos que nos aquejan y es por ello que es importante generar estrategias de alto impacto que lleguen a toda la población, para así dejar de estigmatizar la atención de la salud mental.

Con los hallazgos de esta investigación, concluimos que el bienestar emocional tiene un impacto importante incluso en la etapa y la transición de la menopausia, pues pudiese contrarrestar la presencia de síntomas de menopausia. De ahí la importancia de generar una concientización para la atención de la salud mental no sin antes, poner en contexto los hallazgos encontrados y considerar todas las vertientes que se ven implicadas al respecto, principalmente en materia de género con el fin de comenzar a despatologizar esta condición esperada del cuerpo humano.

Y, por último, la comparación entre mujeres con cáncer y mujeres sin cáncer, en quienes pudiesen agravarse por el tratamiento, indican que no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia de síntomas de menopausia, quizá sea entonces mucho más relevante considerar otros factores de carácter sociocultural principalmente, estereotipos y roles de género que atiendan y conlleven a la medicalización de la menopausia. Aún bajo condiciones clínicas, no existen diferencias y por supuesto, con lo aquí presentado no es posible generalizar a toda la población, no obstante, es un primer paso que muestra evidencia científica y sistematizada para sustentar la importancia de priorizar la calidad de vida en vez de priorizar un tratamiento médico que en la mayoría de las veces puede ser innecesario.

Adicionalmente, los hallazgos encontrados generan un acercamiento con el sistema de salud de nuestro país al respecto de reconocer a la menopausia como una vivencia natural y esperada del cuerpo humano de las mujeres, para dejar de tratársele como una patología y entonces poner mayor atención en su calidad de vida, así como aquellos aspectos clínicos que no tienen relación con la etapa de la menopausia y que sí pueden merecer atención médica. Y sobre todo atiende a la relevancia que tiene la atención de la salud mental para contrarrestar el malestar emocional en cuanto a aspectos socioculturales ligados con esta etapa como el género (roles de género y estereotipos) y que, con ello, en relación con la presente investigación, las posibilidades de presentar síntomas de menopausia, sean las menos en nuestra población, no sin poner en contexto y considerar dichos aspectos socioculturales que permean la vivencia de esta etapa. Es decir, atender el hecho de que la menopausia no es una condición clínica y que es necesario tener en cuenta situaciones que afectan de manera indirecta la etapa de la menopausia, como, por ejemplo, la pérdida de la femineidad.

Para atender lo anterior, se proporciona una escala válida y confiable para población mexicana que apoya a la evaluación de síntomas de menopausia en relación con su calidad de vida en tiempo reciente que ayuda a identificar cuáles son las áreas que pudiesen verse afectadas en esta vivencia, sin patologizarla, así como la presencia y niveles de las mismas.

Así mismo, se señala la necesidad de continuar desarrollando investigaciones en el área de Psicología y, Psicooncología, bajo perspectiva de género, lo que ayudará a generar mayor conocimiento de diversas variables entorno a la salud mental, al cáncer y por supuesto a aquellas reproducciones sociales que exijan una deconstrucción para la mejora de la vivencia de cada persona y en este caso, de las mujeres mexicanas, también se requiere

generar e implementar programas de apoyo psicológico basados en evidencia científica que atiendan a estas necesidades, así como la creación de programas de capacitación en materia de género para los y las profesionales del área de la salud, que les permitan sensibilizarse y deconstruirse y concientizarse para ejercer su profesión libres de prejuicios y estereotipos de género los cuales merman de manera negativa su ejercicio profesional, ya que la menopausia no es una condición clínica que merezca dicha atención, es necesario comenzar a considerar aspectos socioculturales ligados a la vivencia de esta etapa que no tienen relación con el ámbito médico.

Es importante también aterrizar el hecho de que, como profesionales de la salud mental, debemos reflexionar, analizar y poner atención al respecto de nuestros propios discursos tanto personales como profesionales, dado que nos vemos mermados y mermadas por la cultura en la que hasta ahora nos hemos desarrollado y que reproduce el sistema binario de género, por lo que es necesario dar cuenta de cómo perpetuamos prejuicios de género que invisibilizan los modos de relacionarse y vivir en los que se producen todos los procesos de bienestar y malestar.

Sin lugar a dudas, aún existe un extenso camino por recorrer en la investigación psicológica con una mirada de género, por ello se requiere de profesionales de la salud mental especializadas y especializados, y sensibilizados y sensibilizadas en materia para integrar un trabajo transdisciplinario con diferentes profesionales de la salud en pro del desarrollo en plenitud de la menopausia y de cualquier etapa transitoria del cuerpo humano que no merezca una atención médica como tal y por ende, poder desarrollar investigación e intervenciones adecuadas y necesarias para la población mexicana.

Limitaciones

La principal limitación que se encontró para llevar a cabo la investigación fue el estigma y tabú que rodea el tema de la menopausia en México. Debido a ello, fue difícil recolectar los datos y abordar el tema con naturalidad.

Perspectivas futuras

Esperamos que lo encontrado en el presente trabajo impulse el desarrollo de investigaciones que identifiquen distintas variables relacionadas con la menopausia y encontrar si existe relación con la misma, a nivel nacional e internacional. También se espera que pueda determinarse si en población oncológica, la calidad de vida es tan relevante para contrarrestar los síntomas de menopausia como en población general, aún a pesar de la condición clínica, misma que pudiese generar la presencia de la menopausia en edades no esperadas.

Por otra parte, sugerimos desarrollar investigaciones con profesionales de la salud al respecto de su percepción en relación con el género y la menopausia, así como la atención que brindan a ello.

También se sugiere realizar la metodología del presente estudio con pruebas estadísticas más actuales.

Y finalmente, implementar programas que detecten e intervengan las necesidades psicológicas de la población.

REFERENCIAS

- Abe, T., Suzuki, M., Moritsuka, T. & Botan, Y. (1984). Statistical factor analysis and cluster analysis in the aetiology of climacteric symptoms. *Tohoku J Exp Med*, 143, 481–489.
- Aedo M.S., Campodónico G.I., Cano A.F., & Valenzuela S.F. (2008). Medición de la calidad de vida relacionada al climaterio. *Rev. Obstetricia Ginecológica - Hospital. Santiago Oriente Dr. Luis Tizné Brousse*; 3(3): 222-228.

- Alder, E. (1998). The Blatt-Kupperman menopausal index: A critique. *Maturitas*. [https://doi.org/10.1016/S0378-5122\(98\)00024-3](https://doi.org/10.1016/S0378-5122(98)00024-3)
- American Cancer Society. (2017). Efectos secundarios de la quimioterapia. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios-tipos-de-tratamiento/quimioterapia/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia-html>
- Antolín, R., Moure, L., Pualto, J. & Salgado, C. (2015). Calidad de vida de las mujeres durante el climaterio en el Área Sanitaria de Vigo. *Metas Enfermería*, 18(6), 63-8.
- Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la investigación social* (No. 300.72 B112f). México, MX: International Thomson.
- Bailón E. (2004) ¿Se debe tratar la menopausia? *Aten Primaria*, 33(4):203-208.
- Baptista-González, H. (2006). Edad y menopausia... ¿Cuándo? *Medigraphic*, 13(3), 144–146. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2006/ms063g.pdf>
- Basavilvazo, M., Torres, P., García, A., Hernandez, M., Negrín, M., Valencia, G. & Vital, V. (2013). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia. Instituto Mexicano Del Seguro Social, 2, 1–99. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/019GER.pdf%0Ahttp://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
- Batool, S., Kausar, R., Naqui, G., Javed, A. & Tufail, H. (2017). Menopausal attitude and symptoms in peri and post-menopausal workers women. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 31(1), 55-75.
- Beltramini S., Diez P., Camargo O., Preto V. (2014). Atuação do enfermeiro diante da importância da assistência à saúde da mulher no climatério. *REME rev min enferm* 12 jan;14(2):166-74. Recuperado de: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4cbd7dcfe085a.pdf
- Binfa, L. (2013). Factores de riesgo Psicosocial durante el Climaterio. Recuperado de: Ministerio de Salud de Chile.
- Bisognin, P., Alves, C. N., Wilhelm, L. A., Prates, L. A., Scarton, J., & Ressel, L. B. (2015). El Climaterio en la perspectiva de las mujeres. *Enfermería Global*, 14(3), 155–180. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/211731/178211>
- Blumel, E, Castelo-Branco C. & Cancelo, J. (2004). Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas*;49:205 – 10
- Blümel, E., Hernández A. & Motta, E. (2006). Age at menopause in Latin America. *Menopause*;13: 706-12.
- Blümel, E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A. & Vallejo, S. (2012). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: A detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*, 15(6), 542–551. <https://doi.org/10.3109/13697137.2012.658462>
- Blümel J, Lavín P, Vallejo M & Sarrá S. (2014) Menopause or climacteric, just a semantic discussion or hasit clinical implications? *Climacteric Jun*; 17(3):235-41
- Blümel, E. (2017). Los riesgos de no usar terapia hormonal de la menopausia: deterioro de la calidad de vida. *Revista Médica de Chile*, 145. Retrieved from <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n6/0034-9887-rmc-145-06-0760.pdf>
- Bochino, S. (2005). Aspectos psiconeuroendocrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. Trastornos depresivos y cognitivos. Aspectos clínicos y terapéuticos en *Revista Psiquiátrica Urugay*; 70(1), pp. 66-79.

- Boulet, J., Oddens, J., & Lehert P. (1994). Climacteric and menopause in seven Southeast Asian countries. *Maturitas*;19:157–76
- Camacaro, D. (2007). *Histerectomía: un mandato desde el templo sagrado de la institución médica*. Publicaciones Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Campins, G. (2017). Medicalización del cuerpo de la mujer : menopausia y envejecimiento como dianas, 1–19.
- Capote-Bueno, M., Segredo-Pérez, A., & Gómez-Zayas, O. (2011). Climaterio y menopausia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4), 543-557. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es&tlng=es.
- Cárdaba-García, M., & Cárdbaga-García, I. (2017). Concepción sociocultural del climaterio en Occidente. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, (49). <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.12>
- Carvajal-Lohr, A., Flores-Ramos, M., Marin-Montejo, I., & Morales-Vidal, G. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(1), 39–45. doi:10.1016/j.rprh.2016.03.003
- Castro Jiménez, A., Moreno Díaz, M., Lillo-Roldán, R., Galán-Sánchez, B., & Medina-León, A. (2003). Estudio comparativo de los niveles de ansiedad, depresión y temperamento en la mujer postmenopáusicas. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 29(7), 343–349. doi:10.1016/s1138-3593(03)74205-1
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2011). *Revista oficial del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. Género y Salud en Cifras, 9(3).
- Charlton-Lewis, D. (2003) Climaterio y menopausia, una mirada de género. *Ciencias Sociales*, 107-112.
- Charlton, D. (2004) Climaterio y menopausia, una mirada de género. *Enfermería Actual en Costa Rica*, vol. 3, núm. 6, abril-septiembre, pp. 1-5 Universidad de Costa Rica San José, Costa Rica
- Chedraui, P, Blümel, E., Baron G. (2008). Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas*;61:323 – 9
- Climaterio y menopausia: Síntomas y tratamiento. (2017, May 5). [Blog post]. Retrieved November 19, 2019, from <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Ginecologia/Climaterio-y-Menopausia>
- Comhaire, F. & Depypere, T. (2015). Hormones, herbal preparations and nutraceuticals for a better life after the menopause: part I. *Climacteric.*; 18(3): 358-63.
- Comhaire, F. & Depypere, T. (2015) Hormones, herbal preparations and nutraceuticals for a better life after the menopause: part II. *Climacteric.*; 18(3):364-71.
- Concepción, V. & Ramos, L. (2013). Menopausia y su relación con el síndrome metabólico. *Acta Médica del Centro*. Vol. 7 núm. 1.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. En: *Annual Review of Sociology* 18:209-232.
- Coria, C, Freixas, A y Covas, S. (2005). *Los cambios en la vida de las mujeres*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

- Cuadros, L., Pérez, R., López, T., Cuadros, M. & Fernández, M. (2014). Satisfacción vital y factores sociodemográficos en mujeres de mediana edad. *Enfermería Clínica*, 24(6), 315-22.
- Dalal, P., & Agarwal, M. (2015). Postmenopausal syndrome. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(6), 222. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161483>
- Daly, E., Gray, A., Barlow, D., Mc Pherson, K., Roche, M. & Vessey, M. (1993). Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life. *BMJ*;307:836–840.
- Delgado, A. (2011). Apunte sobre el origen de la misoginia. *Revista Estudios Culturales*. Vol. 4. Nº 8. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela
- The Women's Health Initiative Study Group. (1998). Design of the Women's Health Initiative clinical trial and observational study. *Control Clin Trials*. 19(1):61-109.
- Díaz-Loving, R., Rocha-Sánchez, T. & Rivera-Aragón, S. (2007). La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural. México: Porrúa-UNAM.
- Diógenes, R., Linard, G. & Teixeira, B. (2010). Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. *Rev RENE.*;11(4):38-46.
- Estudio y tratamiento de mujeres en el climaterio y la posmenopausia. Punto de vista de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio en el año 2010. *Ginecol. Obstet. Mex.* 2010;78(8):423:440. Dirección URL: <https://ginecologiyobstetricia.org.mx/secciones/articulos-de-revision/estudio-y-tratamiento-demujeres-en-el-climaterio-y-la-posmenopausiapunto-de-vida-de-la-asociacion-mexicana-para-el-estudio-del-climaterio-en-el-ano-2010-ver-pdf/>
- Fitte, A. (2008). Críticas antropológicas acerca de la medicalización de la. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, (Universidad Nacional de Misiones, Posadas), 13.
- Florido, J. & García, M. (2007). Dispareunia. *Revista Internacional de Andrología*.5:258-62.
- Foucault, M. (1989). *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Freeman, E. & Sherif, K. (2007). Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric*;10:197–214
- Freixas, A. (2007). *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*. Barcelona: Paidós.
- García, M. (2017). La (s) menopausia (s). *Simbologías y sintomatologías culturales Menopause. Symbolologies and cultural symptomatologies*, 2(2), 223–231. <https://doi.org/10.20318/femeris.2017.3768>
- Garry, A. (2001). *Medicine and medicalization: a response to Purdy*. *Bioethics* [Internet]. Jun; (3):262–9.
- Gayle, R. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la “Economía Política del Sexo”. *Revista Nueva de Antropología*, 8(30) 95-145.
- Gázquez-Linares, J., Pérez Fuentes, C., Molero Jurado, M., Mercader Rubio, I., Barragán Martín, B. & Núñez Niebla, A. (2015). Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. *Calidad de vida*. Retrieved from <http://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/calidad-de-vida-cuidadores-e-intervencion-para-la-mejora-de-la-salud-en-el-envejecimiento-volumenIII.pdf#page=38>
- Genazzani, A. R.; Gambacciani, M.; Simoncini, T. (2007). Menopause and aging, quality of life and sexuality. *Climacteric*, 10: 88-96.

- Gillespie R. (1996). Women, the body and brand extension in medicine: cosmetic surgery and the paradox of choice. *Women Health* [Internet].; 24(4):69–85
- Goberna, J., Francés, L., Paulí, A., Barluenga, A. y Gascón, E. (2009). Sexual experience during the climateric years: what do women think about it? *Maturitas*, 62(1), 47-52.
- Gold EB, Block G & Crawford S. (2004). Lifestyle and demographic factors in relation to vasomotor symptoms: baseline results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol*;159:1189– 99
- González Salinas JF & Lillo Crespo M. (2010). Percepción acerca de las creencias y actitud de las mujeres que cursan climaterio y menopausia y su relación con la autoestima, conocimiento y calidad de vida. Un Estudio Cuantitativo y Cualitativo en un grupo de mujeres residentes de Tampico Tamaulipas, México. *Biblioteca Las casas*, 2010; 6(2). Recuperado Junio 2011 de: <http://www.index.com/lascasas/documentos/lc0534.php>.
- Granados, C. J.A., & Ortiz, H. L. (2003). Patrones de Daños a la Salud Mental: Psicopatología y diferencias de Género. *Salud Mental*, 26(1), 42-50.
- Gravena AAF, Brischiliari SCR, Lopes TCR, Agnolo CMD, Carvalho MDB & Pelloso SM. (2013). Excess weight and abdominal obesity in postmenopausal Brazilian women: a population-based study. *BMC women's health*. [Internet]. [acceso em: 20 fev 2014];13(46):1-7. Disponible em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-13-46.pdf>
- Greene, J.G. (1976). A factor analytic study of climateric symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 20(5) 425-430.
- Greene, J. G. (1998). Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas*. [https://doi.org/10.1016/S0378-5122\(98\)00025-5](https://doi.org/10.1016/S0378-5122(98)00025-5)
- Goberna, J., Francés, L., Paulí, A., Barluenga, A. y Gascón, E. (2009). Sexual experience during the climateric years: what do women think about it? *Maturitas*, 62(1), 47-52.
- Gonzalbo Aizpuru, P. (2009). *Vivir en la Nueva España. Orden y desorden en la vida cotidiana*. México: El Colegio de México
- González Salinas JF, Lillo Crespo M. (2010). Percepción acerca de las creencias y actitud de las mujeres que cursan climaterio y menopausia y su relación con la autoestima, conocimiento y calidad de vida. Un Estudio Cuantitativo y Cualitativo en un grupo de mujeres residentes de Tampico Tamaulipas, México. *Biblioteca Las casas*, 2010;6(2). Recuperado Junio 2011 de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0534.php>
- Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. (2004). *Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia*. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano;.
- Gudmundsdottir SL, Flanders WD, Augestad LB. (2013). Physical activity and cardiovascular risk factors at menopause: The Nord-Trøndelag health study. *Climacteric*. ; 16(4): 438-46.
- Guimarães, A. C. A., & Baptista, F. (2011). Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle-aged women. *International Journal of Women's Health*, 3(1), 319–328. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S24822>
- Harding, J. (1996). "Sex and Control: The Hormonal Body". En: *Body and Society*; 2; 99-111., SAGE Publications <http://www.sagepublications.com>

- Hauser G, Huber I, Keller P, Lauritzen C & Schneider H. (1994). : Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). Zentralbl Gynakol; 116:16-23.
- Hauser G, Huber I, Keller P, et al. The Menopause Rating Scale (MRS). Zentralbl Gynakol 1994; 116:16-23.
- Heineman, L-A., Potthoff, P. & Schneider, H. (2003) International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health and Quality of Life Outcome. 1:28
- Hernández-Valencia, M., Córdova-Pérez, N., Basurto, L., Saucedo, R., Vargas, C., Vargas, A., Ruiz, M., Manuel, L. & Zárate, A. (2010). Frecuencia de los síntomas del síndrome climatérico. Ginecología y Obstetricia de México.;78(4):232-237. Dirección URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2010/gom104e.pdf>
- Holte, A. & Mikkelsen, A. (1991). The menopausal syndrome: a factor analytic replication. Maturitas, 13, 3, 193-203.
- Hunter, M., Battersby, R. & Whitehead, M. (1986). Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. Maturitas, 8, 217-228.
- Indira, S. N., & Murthy, V. N. (1980). A factor analytic study of menopausal symptoms in middle aged women. Indian Journal of Clinical Psychology, 7(2), 125-128.
- INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Población. 08 de enero 2019, de INEGI Sitio web: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- INEGI Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2016). Censo general de Población y vivienda. www.inegi.gob.mx/
- INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Esperanza de vida al nacer, años (Años). 08 de enero 2019, de INEGI Sitio web: <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=6204482233#divFV6204482233#D6204482233>
- INC Instituto Nacional del Cancer. (2018). Sistema Nervioso involuntario. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/sistema-nervioso-involuntario>
- Karac,am Z, Seker SE. (2007). Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. Maturitas.;58:75–82.
- Kaufert, P. & Syrotuik, J. (1982). Symptom reporting at the menopause. Soc Sci Med, 15, 173-184.
- Krymskaya M. (1993). El período climatérico. Moscú, Mir. 36-58. Kwak EK, Park HS, Kang NM. Menopause Knowledge, Attitude, Symptom.
- Larroca, P. (2013). *Climaterio e influencias socio-culturales Percepción y significado del climaterio en mujeres argentinas residentes en la Zona Norte del Gran Buenos Aires*. Universidad de Palermo. Retrieved from https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1724/Larroca_Patricia_Tesis_CC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lattus, J. (2018). Una visión cultural de la menopausia. Revista Obstétrica Ginecológica-Hospital Santiago Oriente Dr. Luid Tisné Brousse; Vol 13 (2): 69-71
- Le Breton, D. (2009). A sociologia do corpo. Tradução: Sonia M.S Fuhrmann. 3 ed. Petrópolis: Vozes,;
- Legorreta, (2012). Los adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio siglo XXI. INEGI.
- Legorreta, D., Montañó, J. A., Hernández, I., Salinas, C., & Hernández-Bueno, J. A. (2013). Age at menopause, motives for consultation and symptoms reported by 40-59-year-

- old Mexican women. *Climacteric*, 16(4), 417–425.
<https://doi.org/10.3109/13697137.2012.696288>
- Leidy, Lynnette. (1999). “Menopause in Evolutionary Perspective”. En: *Evolutionary Medicine*, James, J, McKenna, L y Smith, E., editors. Oxford University Press, pp 407-427.
- Lizcano, F. & Guzmán, G. (2014). Estrogen Deficiency and the Origin of Obesity during Menopause. *Biomed Res Int.*; 2014: 1-12.
- Lock, Margaret. (1993). *Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America*. United States of America: University of California Press.
- Lock, Margaret. (1998). “Anomalous Ageing: Managing the Postmenopausal Body”. En: *Body and Society*; 4; 35-61, SAGE Publications <http://www.sagepublications.com>
- Lopera-Valle, J. S., Parada-Pérez, A., Martínez-Sánchez, L., Jaramillo-Jaramillo, L. I., & Rojas-Jiménez, S. (2016). Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica Quality of life in menopause, a challenge in clinical practice. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1–11. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>
- Lorenzi DRS, Catan LB, Moreira K, Ártico GR. (2009). Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev bras enferm.*; 62(2):287-93.
- Lozano, J. (2012). Aspectos psicosociales de la menopausia. Visita 05/08/2106 <https://preventiva.com/2012/07/16/aspectos-psicosociales-de-la-menopausia/>
- Lugones, M y Ramírez, M. (2012). Los entresijos de la historia de la menopausia. <http://blogspot.com/2012/06/los-entresijosde-la-historia-de-la-menopausia.html>
- Lwow F, Jedrzejuk D, Dunajska K, Milewicz A & Szmigiero L. (2013). Cardiovascular disease risk factors associated with low level of physical activity in postmenopausal Polish women. *GynecolEndocrinol.*; 29(7):683-6.
- Management among Midlife Employed Women. (2014). *J Menopausal Med.* ; 20(3):118-25.
- Malacara J. (2003). Menopausia: nuevas evidencias, nuevos enigmas. *Revista de endocrinología y nutrición (México).*; 1 (2): 61-72
- Martire, L.M., Stephens, M., y Townsend, AL. (2000). Centrality of women’s multiple roles: beneficial and detrimental consequences for psychological well-being. *Psychol Aging*, 15(1), 148-56.
- Martín, A. (2006). *Antropología del género*. Madrid: Cátedra.
- Martín, A. (2006). *Desvelando el cuerpo femenino*. Madrid, España: Editorial Lavel
- Martínez-Benlloch, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de psicología* 34(2), 253-266.
- McKinlay SM. (1994). Issues in design, measurement, and analysis for menopause research. *ExpGerontol*; 29: 479-493.
- Mikkelsen, A. & Holte, A. A factor analytic study of climacteric symptoms. *Psychiatr Soc Sci*, 2, 35-39.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. (2008). *Guía de atención clínica del climaterio y la menopausia*.
- Mishra GD, Kuh D. (2012). Health symptoms during midlife in relation to menopausal transition: British prospective cohort study. *BMJ.*; 344: e402.
- Meyer, VF. (2001). The medicalization of menopause: critique and consequences. *Int J Health Serv [Internet].*; 31(4):769–92.

- Mohammadalizadeh S, Rezaei N, Hakimi S, Montazeri A, Taheri S & Taghinejad H. (2015). Quality of life of postmenopausal women and their spouses: a community-based study. *Iran Red Crescent Med J.*; 17(3): e21599.
- Montero, I., & León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1).
- Mora-Rios, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G. & Pedersen, D. (2013) Adaptación cultural del instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México, *Salud Mental*, 36(1), 9-18.
- Moral, JML. (2007). La dominación del cuerpo femenino: análisis feminista del climaterio y las prácticas de cuidado profesional. [Internet]. Vol. 8, ENE, Revista de Enfermería. [Enfermeros]
- Morris E, Currie H. (2013). Estrogen deficiency: Education for all! *Menopause Int.* ; 19(2): 55.
- Morse CA, Smith A, Dennerstein L, Green A, Hopper J & Burger H. (1994). The treatment-seeking woman at menopause. *Maturitas*; 18: 161-173
- Nettleton, S. y Gustafsson, V. (2002). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Reader Polity Press.
- Nieto, J.A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (1981). “Investigaciones sobre la menopausia”. En: Serie de informes Técnicos N° 670. Ginebra. OMS.
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Organización Mundial de La Salud. (2010). Resumen Final: Género y Salud. Versión Electrónica. España.
- Palacios S, Ferrer-Barriendos JJ, Parrila C, Castelo BrancoC, Manubens M & Alberich X. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante perimenopausia y posmenopausia. *Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. Medicina Clínica.*; 122: 205-11.
- Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. (2010). Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climateric.*; 13:419–28.
- Pérez Melero, Rocío, et al. (2015) «¿Cómo valoran las mujeres ceutíes su calidad de vida en el periodo de climaterio?» en *Revista de la Asociación Española de Matronas*, abril 2015, número 0 volumen 3, pp. 22-30.
- Pfister AK, Welch CA, Emmett MK, Sheets NW. (2013). Risk factors predicting fractures in early postmenopausal women. *W V Med J.*;109(3):8-15
- Pool-Tamayo A. (2000). Impacto del proceso Salud Enfermedad del Climaterio en la Calidad de Vida de las mujeres de Catzín, Chemax, Yucatán. Tesis para obtener el título de licenciatura de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Mc. Graw Hill Interamericana de España.. ISBN: 84-481- 9821-2
- Riessman, C. (1998). “Women and Medicalization: A New Perspective”. En: *The Politics of Women’s Bodies Sexuality, Appearance and Behavior*. Rose Wietz, ed. Oxford University Press. Pp. 46-63.

- Rivas, A., Arco, J., Rodríguez, M., López, I. & Cantos, V. (2015). Calidad de Vida y Menopausia. En —Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Volumen III (125-131). España: ASUNIVEP.
- Rocha-Sánchez, T. E., Díaz-Loving, R. & Vázquez-Mellado, M. T. (2011). Los motivos por los que mujeres y hombres tienen sexo: ¿construyendo nuevas reglas? En R. Díaz-Loving & S. Robles-Montijo. (1ra. Ed., *Salud y sexualidad*. (pp. 149-180). Ciudad de México, México: Editorial UNAM.
- Rocha-Sánchez, T. E. (2013). Género, patrones de socialización y malestar emocional en hombres y mujeres de la Ciudad de México. En. T. E. Rocha-Sánchez. (1ra Ed.), *Psicología y género: investigaciones y reflexiones en torno a las diferencias psicoculturales entre hombres y mujeres*. (pp. 17-59). Ciudad de México, México: Facultad de Psicología.
- Rodríguez N. (1993). Operaciones del cuello uterino. En: Cirugía Ginecológica y Obstetricia T II. Ciudad de La Habana. Pueblo y Educación..557-66.
- Rodríguez-Vicente, J., Casquero-Ruiz, R., Manzanera-Escarti, R. & Minguez-Villar, J. (2010). *Guía de buena Práctica clínica en Depresión y ansiedad generalizada con presentación de síntomas somáticos*. (Organización Médica Colegial de España, Ed.). Madrid.
- Rondón, Marta B. (2008). «Aspectos sociales y emocionales del climaterio. Evaluación y manejo. Simposio de Climaterio y menopausia» en Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008; 54:99-107. Lima, Perú.
- Rowan, T. et al. (2013). Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in the women's health initiative observational study. *Revista National Cancer Institute*, 105(8), 526-35.
- Rubinstein RL & Canham S. (2009). Chapter 1 – Aging Skin in Sociocultural Perspective. In: *Skin Aging Handbook* [Internet]. p. 3–14.
- Salazar, Y. (2010). Cuerpo, climaterio y menopausia. Necesidad de una conciencia crítica y saludable. *Multimed*, 14(3). Recuperado de <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2010/v14-3/1.html>
- Sampieri, R. H., Fernández, C. C., & Baptista L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6a. Ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Sandoval, M. (2004). *SERVICIO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS División de Política Social La Salud Mental en México*. La Salud Mental en México.
- Sesma Pardo, E., Finkle, J., Gonzalez Torres, M. Á., & Gaviria, M. (2013). Depresión perimenopáusicas: una revisión. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 681–691. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352013000400002>
- Schmidta, P. & Rubinowb, D. (2009). Sex Hormones and Mood in the Perimenopause. *Ann N Y Acad Sci*.1179:70-85.
- Serviño, R. N. (2017). La violencia social hacia las mujeres, durante el climaterio y la menopausia en las usuarias del Centro de Salud San Lorenzo Chimalhuacán México. Universidad Autónoma del Estado de México. Tesis de maestría. Retrieved from <http://www.albayan.ae>
- Sharma S & Mahajan N. (2015). Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study. *J Midlife Health*.;6(1):16-20.

- Sievert LL, Saliba M, Reher D, Sahel A, Hoyer D, Deeb M, et al. (2008). The medical management of menopause: a four-country comparison care in urban areas. *Maturitas* [Internet]. Henry Holt and Company, New York; Jan 20 59(1):7–21.
- Silverstein B. (2002) Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry*;159:1051-2
- Speroff, L. (2000). *Endocrinología ginecológica e Infertilidad*. España: Editorial Weverly Hispánica.
- Tan, D., Villaseca, P., Palacios, S., Siseles, N., & Henderson, V. W. (2010). Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric*, 13(5), 419–428. <https://doi.org/10.3109/13697137.2010.507886>
- The North American Menopause Society. (2012). The 2012 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society.*; 19(3):257-71
- Triviño V, Zaidier-Merino, J, & Stieповich, Jasna. (2006). Conocimientos peripostmenopausicos en mujeres colombianas, una validacion psicometrica. *Ciencia y enfermería*, 12(2), 23-33. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532006000200004>
- Torres Cubeiro, M. (2012). *Imaginarios sociales de la enfermedad mental*. Universidad de Santiago de Compostela. Vol 12 (2), 101-113.
- Torres Jiménez, A. P., María, J., & Rincón, T. (2018). Climaterio y menopausia *Climacteric and menopause*, 61, 51–58. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un182j.pdf>
- Tovar-Bobo, M.; Cerecedo-Pérez, M.J.; Rozadilla-Arias A. (2013). Ética y prevención de la medicalización. *Semer*; 39(7)376-381 [Internet].
- Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M, Baabel N, Contreras A. (2010). Calidad de vida en mujeres menopausicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev. chil. obstet. ginecol.*; 75(1):17-34.
- Utian, W. H. (2007). Quality of life (QOL) in menopause. *Maturitas*, 57(1), 100–102. doi:10.1016/j.maturitas.2007.02.021
- Urbano, M. (2011). Significados de la menopausia y el climaterio. experiencia corporal en un grupo de mujeres en el medio urbano, 3–15.
- Valls-Lobet, C. (2005). La salud de las mujeres: de la invisibilidad a la medicalización. *Mujeres y Salud*, 15, 1–8.
- Valls-Llobet, C. (2008). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. *Foro de Debate*, 38–45.
- Valls-Llobet, C. (2012). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Feminismos.
- Valls, C. (2013). Ser mujer no es una enfermedad. Por qué patologiza la medicina el cuerpo de la mujer. España. Versión Electrónica
- Vazquez J, Morán J & Motta E. (2010). Estudio del climaterio y la menopausia. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. Actualización: Marzo
- Vázquez Martínez de Velasco, J. E.; Morfin Martín J. & Motta Martínez, E. (2010). Estudio del Climaterio y la Menopausia. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia;235-256. Dirección URL: http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/Estudio%20del%20climaterio%20y%20la%20menopausia.pdf 10
- Vera, L., Rosado, L. & Pavía, N. (2017). Impact del climaterio y la calidad de vida y satisfacción sexual de mujeres mayores. En *Género y vejez en México*(79-91).

- México: LXIII Legislatura. Senado de la República.. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Velasco, S. (2013). *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva Ediciones Webster, B. J. (1993). "Meno-Boomers and Moral Guardians: An Exploration of the Cultural Construction of Menopause." *Menopause: A Midlife Passage*. Ed. Joan C. Callahan. Bloomington: Indiana UP, 23– 35.
- Vélez, E. H., & Figueredo, L. (2016). Importancia histórica del climaterio y la menopausia. *Revista Educación En Valores*. Universidad de Carabobo. Julio -Diciembre, 2(26). Retrieved from <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v2n26/art06.pdf>
- Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P et al. (2005). Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Publica*;18(4/5):263-270.
- Wei Leng, Kwok. (1996). "On Menopause and Cyborgs: Or, Towards a Feminist Cyborg Politics of Menopause". En: *Body and Society*; 2; 33-52., SAGE Publications <http://www.sagepublications.com>
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud 1996*; 17(4) : 385-387 <http://www.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Williams RE, Kalilani L, DiBenedetti DB, Zhou X, Fehnel SE, Clark RV. (2007). Healthcare seeking and treatment for menopausal symptoms in the United States. *Maturitas*; 58:348–358.
- Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. (2009). Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*;62:153–159.
- Worthington R & Whittaker T. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *Couns Psych*; 34:806-838.

APÉNDICES

Apéndice 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) en una muestra general de población mexicana.

2019

Investigador principal: Dr. Abraham Salim Barquet Muñoz

Propósito. Usted está invitada a participar voluntariamente en el proyecto de investigación, titulado: "Propiedades psicométricas la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) en una muestra de mujeres de población mexicana". Su participación en este proyecto es voluntaria. Si usted decide no participar, esto no afectará en nada. Este consentimiento informado es únicamente para la fase de validación, por lo cual, no se realizarán procedimientos diagnósticos invasivos, ni terapéuticos. Así mismo, es importante que antes de estar de acuerdo en participar, lea y entienda por completo la siguiente explicación sobre este protocolo de investigación.

Si tiene dudas o no entiende alguna parte de la información, pregunte al investigador o investigadora que la está invitando a participar en este estudio. También puede comentarlo con su familia.

¿Cuál es el objetivo de esta investigación?

El objetivo es determinar las Propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) en una muestra de mujeres de población mexicana.

¿Cuál es el procedimiento?

Después de que usted haya firmado este consentimiento informado, su participación consistirá en llenar:

- 1) La Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS)
- 2) Aspectos sobre sexualidad y enfermedades previas diagnosticadas
- 3) El instrumento de Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas- Población General (FACIT-GP)

Si durante el estudio se dispone de nueva información que pueda ser relevante para usted, se le informará o a su representante de manera oportuna.

¿Cuánto durará mi participación?

El llenado de la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) y la Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas- Población General, (FACIT-GP) tendrán una duración aproximada 20 de minutos y tendrán que ser contestadas en una sola ocasión.

¿Cuáles son los posibles riesgos de participar?

Durante el llenado de la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) y la Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas- Población General se pueden tocar temas que le causen sentimientos desagradables, como: tristeza, ansiedad o preocupación.

¿Cuáles son los posibles beneficios que obtendré al participar?

Con los resultados de este estudio se podrá tener una Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) validada en población de mujeres mexicanas, entre los aspectos a evaluar la presencia e intensidad de síntomas en la menopausia, el placer por hacer las actividades cotidianas, dificultad para dormir, cansancio, apetito, preocupación, dificultad para relajarse, inquietud, irritabilidad, miedo, estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional y capacidad del funcionamiento general.

¿Habrá compensación económica?

La participación en esta investigación no tiene costo alguno, tampoco habrá compensaciones económicas por su participación en la misma.

¿Mi participación en el estudio se mantendrá confidencial?

Toda la información y datos personales que proporcione serán estrictamente confidenciales y privados; al publicarse los resultados de esta investigación nunca se hará mención de algún dato que la pueda identificar.

Si acepta participar, debe firmar el presente consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido. Este formulario debe ser

firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación e intervención. Usted recibirá una copia de este.

Yo, _____ declaro que estoy de acuerdo en participar en la investigación titulada: "Propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) en una muestra de mujeres de población mexicana", cuyo objetivo, procedimiento, beneficios, riesgos y duración me fueron especificados por el investigador o investigadora. Me ha ofrecido contestar cualquier duda o pregunta que surja durante el desarrollo de la investigación.

Ciudad de México a ____ de _____ del 2019.

Participante

Nombre _____

Firma _____

Dirección _____

Teléfono _____

Testigo 1.

Nombre _____

Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono _____

Testigo 2.

Nombre _____

Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono _____

Investigador principal.

Dr. Abraham Salim Barquet Muñóz

¿En qué medida, diría usted que presenta los siguientes síntomas actualmente?

Síntomas:

muy

	Nada	leve	moderado	grave	grave
	-----	-----	-----	-----	-----
Puntuación =	0	1	2	3	4
1. Bochornos, sudoración, sofocos _____	<input type="checkbox"/>				
2. Molestias del corazón (cambios en el latido del corazón, palpitaciones, sensación de latidos más fuertes) _____	<input type="checkbox"/>				
3. Problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño, dificultad para dormir toda la noche, despertarse temprano) _____	<input type="checkbox"/>				
4. Estado de ánimo depresivo (sentirse decaída, triste, con ganas de llorar,) cambios de humor ____	<input type="checkbox"/>				
5. Irritabilidad (sentirse tensa, impaciente, agresiva) _____	<input type="checkbox"/>				
6. Ansiedad (sentirse nerviosa, inquieta, con pánico) _____	<input type="checkbox"/>				
7. Agotamiento físico y mental (fatiga, problemas de concentración, problemas de memoria)_____	<input type="checkbox"/>				
8. Problemas sexuales (cambios en el deseo sexual en la actividad y satisfacción) _____	<input type="checkbox"/>				
9. Problemas de vejiga (dificultad para orinar, incontinencia, deseo excesivo de orinar)_____	<input type="checkbox"/>				
10. Resequedad vaginal (sensación de resequedad, ardor, problemas durante la relación sexual)_____	<input type="checkbox"/>				
11. Problemas musculares y en las articulaciones, (dolores reumatoides y en las articulaciones) ____	<input type="checkbox"/>				
12. ¿Presenta algún otro síntoma que no se mencione y que sea importante para Usted? _____					

Apéndice 3

HOJA DE REGISTRO DE CASO PARA PACIENTES CON SÍNTOMAS DE CLIMATERIO EN LA MENOPAUSIA

“Validación de la escala evaluación de la menopausia (MRS)”

Instrucciones para el Aplicador/a

Instrucciones: Informar a la participante lo siguiente:

Este cuestionario es acerca del bienestar de una persona que enfrenta los síntomas de climaterio en la menopausia.

Este cuestionario fue diseñado por profesionales para conocer su bienestar en general, relacionado con los síntomas de climaterio. Queremos estar seguros de que las preguntas son *adecuadas* y están escritas de la forma correcta, para este propósito, le pedimos su ayuda.

Es necesario que primero termine el cuestionario. Una vez finalizado, le haré una entrevista, para estar seguros de que cada pregunta se hace de la manera apropiada.

Estructura de la entrevista.

La entrevista debe ser directa, por cada reactivo se deben hacer las siguientes preguntas.

1. ¿Tuvo dificultad para responder esta pregunta?
2. ¿Encontró esta pregunta confusa?
3. ¿Considera que las palabras utilizadas son difíciles de entender?
4. ¿Sintió que la manera en que esta pregunta fue formulada es ofensiva?
5. ¿Cómo habría hecho la pregunta usted?

En el caso de que las participantes reporten alguna dificultad para responder, confusión, dificultad para entender, o donde ello(a)s sugieran palabras alternativas, ese reactivo se registrará en la hoja de respuesta de la participante, junto con sus comentarios y las razones por las que encontró dificultad con el reactivo. Para facilitar y agilizar la entrevista no es necesario llenar la hoja con los reactivos que las pacientes encontraron adecuados.

Hoja de Registro de caso por cada participante:

Instrucciones

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que pueden llegar a afectar la calidad de vida de una persona que enfrentan una enfermedad como el cáncer.

“¿Cuál de los siguientes síntomas y en qué medida diría usted que padece actualmente?”

1. Bochornos, sudoración, sofocos

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

2. Molestias del corazón (cambios en el latido del corazón, palpitaciones, sensación de latidos más fuertes)

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

3. Problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño, dificultad para dormir toda la noche, despertarse temprano)

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

4. Estado de ánimo depresivo (sentirse decaída, triste, con ganas de llorar, cambios de humor)

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

5. Irritabilidad (sentirse tensa, impaciente, agresiva)

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

6. Ansiedad (sentirse nerviosa, inquieta, con pánico)

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

7. Agotamiento físico y mental (fatiga, problemas de concentración, problemas de memoria)

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

8. Problemas sexuales (cambios en el deseo sexual en la actividad y satisfacción)

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

9. Problemas de vejiga (dificultad para orinar, incontinencia, deseo excesivo de orinar)

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

10. Resequedad vaginal (sensación de resequedad, ardor, problemas durante la relación sexual)

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

11. Problemas musculares y en las articulaciones,(dolores reumatoides y en las articulaciones)

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

12. ¿Presenta algún otro síntoma que no se mencione y que sea importante para usted?

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	Sí	No	
Confusión:	Sí	No	
Palabras difíciles:	Sí	No	
Lenguaje ofensivo:	Sí	No	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

Al respecto de las opciones de respuesta ¿tuvo alguna duda?:

“Ninguna”:

“Un poco”:

“Mucho”:

¡Gracias por su participación!

Instituto Nacional de Cancerología



**FORMATO DE VALIDACIÓN A TRAVÉS DE
JUECES**

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA MENOPAUSIA

Heinemann, L. (2003)

Nombre del juez o jueza:

Especialidad:

SEPTIEMBRE 2018

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA MENOPAUSIA

Formato de validación a través de jueces

Estimado (a) experto (a):

Actualmente estamos solicitando la revisión del instrumento de evaluación que se utilizará en una muestra de pacientes oncológicos con el objetivo de validar la escala para medir síntomas físicos en la menopausia en la población mexicana.

Le solicitamos en su calidad de experto en el área, proporcione su criterio para validar la **ESCALA PARA MEDIR LOS SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN EN LA ETAPA DE LA MENOPAUSIA** con los criterios de pertinencia (P), redacción (R) lenguaje apropiado para la población (L), validez teórica (V), validez aparente (A) y validez de contenido (C).

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA MENOPAUSIA

Formato de validación a través de jueces

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA MENOPAUSIA (MENOPAUSE RATING SCALE)

Heinemann, L. (2003)

Descripción:

La ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA MENOPAUSIA es un instrumento diseñado para medir síntomas físicos de climaterio en la menopausia, conformado por 3 subescalas de síntomas psicológicos, síntomas somato-vegetativos y síntomas urogenitales. Las 3 subescalas cumplen con los estándares psicométricos de consistencia interna y son válidos para su uso en la etapa menopáusica en general. Este instrumento está diseñado para ser aplicado por medio de una entrevista.

Aplicación: Individual

Material: Lápiz-papel

Tiempo estimado para responderlo: de 10 a 15 minutos

A continuación, les presentamos el inventario, marque con una / si considera que el reactivo cumple con el criterio o marque con una x en caso de que no lo cumpla. Posterior a las instrucciones y cada opción de respuesta encontrará un apartado donde puede escribir observaciones correspondientes, al final del cuestionario encontrará un espacio para anotar las observaciones generales pertinentes. Ponemos a su disposición los correos electrónicos para cualquier comentario.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA MENOPAUSIA

Formato de validación a través de jueces

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA MENOPAUSIA (MENOPAUSE RATING SCALE)

**“¿Cuál de los siguientes síntomas y en qué medida diría usted que padece actualmente?
(MOSTRAR Y LEER ESCALA)”**

Comentarios sobre las instrucciones:

Ninguno	Poco severo	Moderado	Severo	Muy severo
0	1	2	3	4

SÍNTOMAS

						P	R	L	V	A	C
1. Sofocos, sudoración, bochornos	0	1	2	3	4						
2. Molestias del corazón (cambios inusuales en el latido del corazón, saltos en el latido, que se dilate su latido, opresión)	0	1	2	3	4						
3. Problemas de sueño (dificultad en conciliar el sueño en dormir toda la noche y despertarse temprano)	0	1	2	3	4						
4. Estado de ánimo depresivo (sentirse decaída, triste, a punto de las lágrimas falta de ganas, cambios de humor)	0	1	2	3	4						
5. Irritabilidad (sentirse nerviosa, tensa agresiva)	0	1	2	3	4						
6. Ansiedad (impaciencia, pánico)	0	1	2	3	4						

7. Agotamiento físico y mental (descenso general en su desempeño, deterioro de la memoria, falta de concentración, falta de memoria)	0	1	2	3	4						
8. Problemas sexuales (cambios en el deseo sexual en la actividad y satisfacción)	0	1	2	3	4						
9. Problemas de vejiga (dificultad a orinar, incontinencia, deseo excesivo de orinar)	0	1	2	3	4						
10. Resequedad vaginal (sensación de resequedad, ardor, y problemas durante la relación sexual)	0	1	2	3	4						
11. Problemas musculares y en las articulaciones (dolores reumatoides y en las articulaciones)	0	1	2	3	4						

Comentarios sobre las opciones de respuesta:

¿Tiene algún comentario?

Observaciones generales:

Correos electrónicos:

DG1. Nombre de la persona que aplicó: _____

DG2. Folio: _____

DG3. Fecha de aplicación: ____ / ____ / ____

Apéndice 5

Cédula de identificación

DG4. Edad: _____

DG5. Lugar de residencia:

¹CDMX () ²Edo MX () ³Interior de la república () Otro () Especificar:

DG6. ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si () No () DG7. Si respondió sí, ¿a cuál?: _____

DG8. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales, aproximadamente?:

\$0.00 – \$2,699 () \$2,700 – \$6,799 () \$6,800 - \$11,599 () \$11,600 - \$34,999 ()
\$35,000 – \$84,999 () +\$85,000 ()

DG9. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?

Ninguno () ²Primaria () ³Secundaria () ⁴Bachillerato () ⁵Licenciatura ()
⁶Posgrado () Otro () Especificar: _____

DG10. ¿Cuál es su ocupación actual?

Autoempleo () ²Empleada () ³Hogar () ⁴Desempleada () ⁵Estudiante ()
⁶Pensionada () ⁷Otro () Especificar:

DG11. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera () ²Casada () Unión libre () ⁴Separada () ⁵Divorciada ()
⁶Viuda () Otro () Especificar: _____

DG12. ¿Usted practica alguna religión? ¹Si () ²No () DG13. Si respondió sí, ¿Cuál?:

() ²No () _____

ENFERMEDADES PREVIAS

DG14. ¿Actualmente usted tiene alguna enfermedad diagnosticada? Si () No ()
Si respondió "No" pase a la pregunta DG18.

DG15. Si respondió sí, especificar (puede marcar más de una opción):

Hipertensión () Diabetes () Asma () Otra/s () Especificar:

DG16. ¿Toma medicamentos de manera prescrita? Si () No ()

DG17. ¿Cuáles? Especificar: _____

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

DG18. ¿Usted tiene hijos(as)? Si () No () **DG19. Si respondió sí, ¿cuántos?:**
() _____

DG20. Embarazo: Partos naturales () Abortos () Cesáreas () **Total:**

DG21. Al nacer su hijo/a o hijos/as ¿les dio pecho? Si () No () No aplica ()

DG22. Si respondió sí, ¿cuántas veces? _____

DG23. ¿A qué edad fue su primera menstruación? _____

DG24. ¿A qué edad fue su última menstruación? _____

DG25. ¿Cada cuánto tiempo se presentaba su menstruación, aproximadamente?

En menos de 28 días () Especificar, cada cuánto: _____ 28 días ()

30/31 días () En más de 30/31 días () Especificar,
cada cuánto: _____

SEXUALIDAD

DG26. Sexo:

Mujer () Hombre () Otro () Especificar: _____

DG27. Género:

Femenino () Masculino () Transgénero () Otro () Especificar
: _____

DG28. Orientación sexual: Se refiere al tipo de persona por la que usted se siente atraída de manera física y emocional. Considerando lo anterior, ¿cuál considera que es su orientación sexual?

() Lesbiana (le atraen personas del mismo sexo y/o género que el suyo)

() Bisexual (le atraen personas de su mismo sexo y/o género y personas de sexo y/o género contrarios al suyo)

() Heterosexual (le atraen personas del sexo y/o género contrarios al suyo)

Otra () Especificar: _____

DG29. ¿A qué edad inició su vida sexual? _____

DG30. A lo largo de su vida, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido? _____

DG31. ¿Actualmente, tiene relaciones sexuales? Si () No ()

DG32. ¿De qué tipo han sido sus relaciones sexuales anteriores? (Puede marcar más de una opción)

Heterosexuales () Bisexuales () Homosexuales () Otro () Especificar:

DG33. ¿Usted se masturba? Si () No ()

DG34. Si respondió sí, ¿a qué edad comenzó a masturbarse?: _____

Apéndice 6

FACIT-GP: Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas versión Población General (FACIT-GP)

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas consideran importantes.

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo(a).....	0	1	2	3	4
GP7	Tengo que pasar tiempo acostado(a)	0	1	2	3	4

AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercano(a) a mis amistades	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
GS	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.....	0	1	2	3	4

Marque solo un número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

ESTADO EMOCIONAL

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GE1	Me siento triste	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir	0	1	2	3	4
GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar).	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida.....	0	1	2	3	4
GF5	Duermo bien.....	0	1	2	3	4
G	Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....	0	1	2	3	4
	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual.....	0	1	2	3	4