

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de estudios de postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES POSTMENOPAUSICAS,
ASI COMO SU ACTITUD ANTE LA MENOPAUSIA EN
USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 20
VALLEJO

TESIS

Que para obtener el título de especialista en Medicina
Familiar

Presenta:

MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BECERRA

Tutora: Dra. Victoria Pineda Aquino

Asesora metodológica: Dra. María del Carmen Aguirre Garcia



IMSS

Generación 2003-2005

m. 348206



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de estudios de postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES POSTMENOPAUSICAS, ASI
COMO SU ACTITUD ANTE LA MENOPAUSIA EN USUARIAS DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 20 VALLEJO

TESIS

Que para obtener el título de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BECERRA

Tutora: Dra. Victoria Pineda Aquino

Asesora metodológica: María del Carmen Aguirre Garcia

Generación 2003-2006

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: M^{ca} del Carmen Becerra
FECHA: 21-09-03
FIRMA: [Firma]

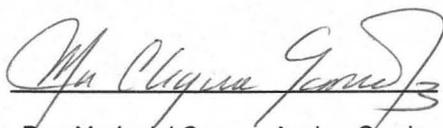


TUTORA:

A handwritten signature in cursive script, reading "Victoria Fineda Aquino", written over a horizontal line.

Dra. Victoria Fineda Aquino
Especialista en Medicina Familiar
Coordinadora clínica de educación, investigación en salud de la Unidad de
Medicina Familiar Número 20 IMSS
Titular del curso de especialización de Medicina Familiar de la Unidad de
Medicina Familiar número 20

Asesora metodológica:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dra. María del Carmen Aguirre García', written over a horizontal line.

Dra. María del Carmen Aguirre García
Especialista en Medicina Familiar
Profesora adjunta del curso de especialización en Medicina Familiar adscrita
a la UMF 20 IMSS

Vo. Bo.



Dra. Santa Vega Mendoza
Especialista en Medicina Familiar
Profesora adjunta del curso de especialización en Medicina Familiar adscrita
a la UMF 20 IMSS

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Victoria Pineda Aquino, el haber compartido sus valiosos conocimientos, así como el tiempo y dedicación que nos otorgó durante la elaboración de esta tesis, cuya importancia es de gran magnitud para mi futuro profesional.

A mi adorada hija Ingrid Dafne Olvera Hernández, con el cariño y amor que le profesó, por haber permitido a su madre la oportunidad de superarse, y por el tiempo que le robé para ofrecerle un futuro mejor.

Con gratitud y cariño infinito a mi esposo, familiares y amigos por la oportunidad y el apoyo brindado durante mi realización profesional.

A Dios, por haberme permitido ver culminado mi sueño.

María del Carmen Hernández Becerra

INDICE

1.- Resumen	1
2.- Antecedentes.....	2
3.- Justificación.....	13
4.- Pregunta de investigación.....	15
5.- Hipótesis.....	16
6.- Objetivo general.....	17
7.- Objetivos específicos.....	18
8.- Sitio del estudio.....	19
9.- Diseño del estudio.....	20
10.- Población de estudio.....	21
11.- Metodología.....	22
12.- Criterios de inclusión.....	23
13.- Criterios de exclusión.....	24
14.- Criterios de eliminación.....	25
15.- Tamaño de la muestra.....	26
16.- Tipo de muestreo.....	27
17.- Variables.....	28
18.- Análisis.....	30
19.- Resultados.....	31
20.- Discusión.....	42
21.- Conclusiones.....	46
22.- Referencias.....	47
23.- Anexos.....	51

RESUMEN

Introducción: La Menopausia es una crisis durante el cual se producen cambios y desequilibrios psíquicos y somáticos importantes. Se ve afectada su autoimagen, estado psicológico, sexualidad, sus relaciones familiares, de pareja y su capacidad funcional

Objetivo: Determinar la calidad de vida en las mujeres posmenopáusicas, así como su actitud ante la menopausia en usuarias de la Unidad de Medicina Familiar núm. 20 .

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, mediante muestreo de casos consecutivos en la Unidad de Medicina Familiar num. 20, en 451 mujeres de 45-55 años de edad, adscritas a la unidad, con más de 12 meses de su último periodo menstrual. Cuestionarios aplicados durante su estancia en la unidad (paciente o acompañante): cédula de identificación, MENCAV y Escala de actitudes. Análisis mediante paquete estadístico SPSS.

Resultados: La edad promedio de las encuestadas fue de 49 años (d.e. 3.88), inicio promedio de la misma a los 44 años (d.e.5.55). La calidad de vida aceptable fue del 57% y no aceptable del 43%. La actitud ante la menopausia: aceptable de 82% y no aceptable de 18%. El ser casada se asoció 2.85 veces más con la salud sexual, 3.86 veces con la relación de pareja y 2.76 veces con el soporte social, estas asociaciones tuvieron significancia estadística.

Conclusiones: Existe aceptable actitud ante la menopausia, y menor en cuanto a la calidad de vida. Recibir información y tratamiento hormonal sustitutivo puede mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Menopausia, mujeres, calidad de vida, actitud.

ANTECEDENTES

El Climaterio es el periodo de transición en la mujer, entre el periodo reproductivo y la senectud.⁽¹⁾

La Menopausia debe entenderse un evento simple, que es la última menstruación.

Fases del climaterio:

I.- Premenopausia

II.- Perimenopausia

III.- Menopausia

IV.- Postmenopausia

I.- Premenopausia:

Es un periodo previo, habitualmente asintomático, que puede comenzar varios años antes. Se acompaña de cambios endocrinos, que se inician aproximadamente a los 40 años. Se observa alargamiento de los ciclos menstruales, por un acortamiento de la fase folicular con mantención de la fase lútea. El acortamiento de la fase folicular del ciclo, se debe a un incremento de las concentraciones de FSH, especialmente en la primer semana. Este cambio se empieza a manifestar en forma significativa a los 40 años⁽²⁾. El resultado de la sobreestimulación de los folículos ováricos es la ovulación precoz.

II.- Perimenopausia:

Los síntomas y signos aparecen habitualmente a la mitad de la década de los 40 años. El ciclo menstrual se hace irregular, los sangrados son más largos. El primer episodio de bochorno, el síntoma más familiar del climaterio, puede ocurrir en este periodo. En esta misma etapa, la deficiencia gonadal ocasiona una alteración del sistema nervioso autónomo que trae como consecuencia inestabilidad vasomotora con producción de bochornos, que son los síntomas vasomotores más característicos y consisten en oleadas de calor que recorren en forma ascendente la mitad superior del cuerpo y que se acompañan de enrojecimiento y congestión de dichas zonas, en ocasiones seguidos de sudoración, palidez y sensación de frío. En ocasiones se presentan sudores de predominio nocturno seguidos de escalofríos, o parestesias como adormecimiento de manos y pies, y no es raro encontrar cefaleas. La Perimenopausia comienza con los primeros síntomas del climaterio y termina 1 año después de la menopausia. Los cambios endocrinos se intensifican en la perimenopausia. Hay gran efecto en los ciclos menstruales. La variabilidad de los ciclos entre las mujeres es un hecho no aclarado aún.

La ovulación puede ocurrir en algunos ciclos, pero sobre 40% son con anovulación. Si hay ovulación, la fase lútea es insuficiente, con niveles bajos de progesterona. Ambas fases (folicular y secretora) están alteradas. La Hipófisis responde a la deficiente producción de hormonas del ovario, con incremento de ambas gonadotropinas (FSH – LH). Finalmente la sobre estimulación del ovario, produce muerte de los folículos y aumento del número de folículos atróficos.

III.- Menopausia:

Se define como el episodio final de sangrado menstrual en la mujer. Sin embargo esté término suele emplearse para indicar el periodo de climaterio femenino, que comprende la época de transición entre los años fértiles hasta y más allá del último episodio de sangrado menstrual.

Tiene lugar entre los 45 y 55 años de edad.

IV.- Posmenopausia:

El primer efecto de la cesación del desarrollo de los folículos ováricos, es la baja de los niveles de estrógenos. El cambio más evidente en este periodo es el incremento drástico de la FSH y en algo menor tono de la LH. Los niveles elevados de gonadotropinas se pueden observar 2 o 3 años después de la menopausia y posteriormente van declinando gradualmente. Los ovarios siguen teniendo cierta actividad de producción hormonal después de la menopausia. El tejido conectivo del hilio y la corteza producen andrógenos. Los esteroides sexuales también pueden ser producidos por otros tejidos como el adiposo, el hígado, músculo, piel. Algunas partes de la médula y médula ósea son capaces de aromatizar andrógenos y de ahí producir estrógenos. La principal fuente de estrógenos estaría en la conversión de androstendiona a estrona en el tejido adiposo. En la postmenopausia la tasa de estradiol / estrona es menor a 1. Como el estradiol es más activo que la estrona la disminución del estradiol causan la mayoría de los efectos adversos en la posmenopausia ⁽¹⁾.

Durante todo este periodo se produce una pérdida gradual y progresiva de la función ovárica, así como diversos cambios endocrinológicos, somáticos y psicológicos. La edad promedio de la mujer en el momento en que cesa la hemorragia menstrual es de 45 – 55 años. La menopausia es la consecuencia del agotamiento de los folículos ováricos. La disminución del número de óvulos se inicia en la vida intrauterina; en el momento de la menopausia el número de óvulos es muy escaso y probablemente, su función es nula. La detención del desarrollo folicular determina un descenso de la producción del estradiol y de otras hormonas, que a su vez anulan la retroalimentación negativa sobre los centros hipotálamo – hipofisarios.

Por su parte, los niveles de gonadotropinas en el plasma se elevan; la concentración de FSH aumenta de forma más precoz e intensa que la de LH. La mayor concentración de FSH comparada con la LH ejercida por el estradiol. Los ovarios de la mujer posmenopáusica son de pequeño tamaño y las células residuales son principalmente del estroma. Los niveles de estrógenos y andrógenos en el plasma se reducen, pero no desaparecen del todo. Antes de la menopausia, la androstendiona plasmática procede, en una proporción similar, de la glándula suprarrenal y del ovario, pero después de esta, la contribución ovárica cesa, por lo que los niveles plasmáticos de androstendiona descienden un 50%. No obstante el ovario menopáusico continua secretando testosterona, probablemente a partir de las células del estroma. Los estrógenos circulantes de la mujer ovuladora derivan de 2 fuentes. El 60% de los estrógenos producidos durante el ciclo menstrual se encuentran en forma de estradiol, procedente básicamente del ovario, y el resto en forma de estrona que se sintetiza principalmente en tejidos extraováricos a partir de la androstendiona. La síntesis extraovárica de estrógenos es la vía principal después de la menopausia. La producción de estrógenos por ovarios menopáusicos es mínima y la ooforectomía no se acompaña de una disminución de sus niveles. Los niveles plasmáticos de estradiol, principal estrógeno secretado por el folículo son menores que los de estrona en una mujer posmenopáusica. La tasa de formación periférica de estrona aumenta ligeramente, por lo que la producción de estrona es algo inferior a la producción previa a la menopausia, a pesar del descenso de la androstendiona plasmática. El tejido adiposo constituye uno de los lugares fundamentales de síntesis de estrógenos fuera del ovario, por lo que la producción periférica de estrógenos, en realidad, puede aumentar a las mujeres obesas posmenopáusicas, de tal modo que la tasa de síntesis de estrógeno resulta equivalente o superior a la de la mujer premenopáusica. El estrógeno predominante es la estrona y no el estradiol ⁽²⁾.

Los síntomas menopáusicos más frecuentes consisten en inestabilidad vasomotora (sofocos, bochornos, sudoración nocturna y palpitaciones), síntomas psicossomáticos (insomnio, pérdida de la memoria, baja autoestima, ansiedad, pérdida de la libido, dificultad de concentración, irritabilidad), atrofia del epitelio urogenital y de la piel, disminución del tamaño de las mamas y osteoporosis. Generalmente a consecuencia de la disminución de la actividad física y aumento del apetito, hay aumento de peso con acúmulo de grasa en caderas, abdomen, cuello y tórax, obesidad que en ocasiones actúa como factor desencadenante de una Diabetes Mellitus, precordalgias, palpitaciones, arritmias e infartos del miocardio.

Aproximadamente el 40 % de las mujeres desarrollan síntomas suficientes intensos en el periodo posmenopáusico, como para acudir a la consulta médica ⁽³⁾. La patogenia de los sofocos no se conoce bien. El bochorno puede ser " gatillado " por bebidas caliente, alcohol, temperatura ambiental o ropa. La duración, frecuencia y persistencia del síntoma caracterizado por calor, rubor facial y de tronco, varía entre algunos segundos y 30 minutos; pueden ocurrir varias veces en una hora o una o más veces en una semana. Este síntoma empieza habitualmente 2 años antes de la menopausia, y persiste algunos años después. Decece gradualmente. Persiste varios años en 25% de las mujeres. Existe una relación temporal estrecha entre el inicio de los sofocos y los pulsos de secreción de LH; sin embargo, los sofocos también aparecen en mujeres con ausencia de función hipofisaria y en tratamiento con análogos de LHRH, cuyos niveles de LH se encuentran ausentes o disminuidos. Las alteraciones del metabolismo de las catecolaminas, prostaglandinas, endorfinas, o neurotensina, asociadas a la producción reducida de estrógenos, influye sin duda. Otros síntomas que se asocian a los sofocos como el nerviosismo, la ansiedad la irritabilidad y la depresión, pueden estar producidos o no por el déficit de estrógenos ⁽⁴⁾.

La disminución del tamaño de los órganos del aparato reproductor femenino y de las mamas durante la menopausia es consecuencia del déficit de estrógenos. El endometrio se adelgaza y se atrofia en la mayoría de los casos (aunque aparece hiperplasia quística en una quinta parte de las mujeres posmenopáusicas); la mucosa vaginal y la uretra también muestra adelgazamiento y atrofia.

Existe una estrecha relación entre la carencia de estrógenos y el desarrollo de osteoporosis ⁽⁵⁾⁽⁶⁾. La osteoporosis es una de las complicaciones más temidas del envejecimiento. Aproximadamente la cuarta parte de las ancianas y una décima parte de los varones de edad avanzada sufren fracturas vertebrales o de cadera entre los 60 y 90' años; esta incidencia es mayor en las ancianas de raza blanca . Las fracturas constituyen una causa importante de morbimortalidad y la mortalidad relacionada con las fracturas aumenta desde menos del 10% en el grupo de 60 a 64 años hasta una cifra igual o superior a 30% en los pacientes de más de 80 años ⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Los factores que influyen en el desarrollo de la osteoporosis son numerosos, entre ellos se encuentran la dieta, la actividad física, el tabaco, y el estado general de salud; la carencia de estrógenos desarrolla un papel decisivo ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. Las mujeres posmenopáusicas muestran una mayor predisposición hacia la osteoporosis y hacia sus complicaciones, ya que la densidad ósea, de estas pacientes es menor antes de la menopausia y la pérdida consiguiente posee consecuencias más graves en este grupo ⁽¹⁴⁾.

La prueba adicional que la osteoporosis es una enfermedad producida por la carencia de estrógenos, se basa en el desarrollo prematuro de osteoporosis en las mujeres con menopausia precoz debida a causas naturales o a castración quirúrgica ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

El tratamiento: con la intención de: a).- tratamiento de los síntomas indeseables, y b).- prevención de las posibles complicaciones.

La terapia de reemplazo hormonal favorece asimismo, la corrección de la disfunción psicosexual de las pacientes, lo cual refuerza una parte importante de la mejoría de la calidad de vida que plantea cualquier terapéutica integral. ⁽²²⁾

Consecuentemente con estas ideas existen dos tendencias:

1.- Instituir tratamiento solamente cuando hay síntomas: sofocos, sudoración, insomnio, osteoporosis, vaginitis, ansiedad, etc.

2.- Tratar prácticamente a toda mujer en esta edad con la finalidad profiláctica, mediante una terapéutica hormonal sustitutiva basándose en estrógenos ⁽¹³⁾.

+ Tipos de estrógenos, dosis y vías de administración: los preparados de estrógenos más empleados en la clínica son el estradiol, micronizado, el valerianato de estradiol, los estrógenos conjugados y el estriol. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾, las vías fundamentales son:

- Cremas vaginales: (se absorben con rapidez), 0.5mg de estradiol micronizado , 1.25 mgs de estrógenos equinos conjugados, 0.05 mgs de estrona y 0.5 mgs de estriol.
- Vía percutánea: (con la finalidad de eludir la circulación hepática, ya que se supone que gran parte de los efectos secundarios se producen por la acción de los estrógenos sobre el hígado) ⁽²⁰⁾.
- Implantación de estrógenos: (evitando por el tubo digestivo y el hígado). Se efectúa en forma sencilla cada 6 meses.
- Vía oral: los estrógenos equinos conjugados, a dosis de 0.6 mg/día administrados durante 21-25 días de cada mes ⁽¹⁶⁾. El valerianato de estradiol a dosis de 2 mgs / día ⁽¹⁷⁾⁽²¹⁾.
- Vía sublingual: con la finalidad de eludir la circulación hepática se ha recomendado también la toma sublingual de estradiol micronizado, a dosis de 0.5 mg/día.

+ Administración cíclica de estrógenos y gestágenos: Habitualmente se administran estrógenos durante 21 – 25 días de cada mes, durante los últimos 12 días de la toma de estrógenos se administran, además, gestágenos, y posteriormente se descansa 9 – 5 días sin tratamiento. Para realizarse una eficaz profilaxis de la osteoporosis, el tratamiento debe prolongarse durante unos 10 años.

+ Administración continua de estrógenos y gestágenos: Algunos autores han mantenido que sería preferible la administración continua de estrógenos y gestágenos, en lugar de la administración cíclica con un periodo de descanso.

+ Otros tipos de tratamiento:

- Tibolona: Es un preparado que posee una débil acción estrogénica y androgénica. A dosis de 2.5 mgs/día, por vía oral, desciende las gonadotropinas en mujeres posmenopáusicas e inhibe la ovulación en las mujeres fértiles. Es un preparado eficaz en tratamiento del síndrome climatérico, previene la pérdida de la masa ósea en la postmenopausia, con acción beneficiosa sobre el humor y la libido, no precisa asociarse a los gestágenos y no producir hemorragia menstrual ⁽¹⁹⁾.
- Andrógenos : Ya sea solos o asociados a estrógenos, ha perdido en los últimos años, casi totalmente su vigencia, aunque algunos trabajos destaquen su eficacia frente a los estrógenos solos y frente a placebos. . La posible producción de virilización (acné, hirsutismo, etc.) ha desplazado su uso.
- Veralipride : Tiene una acción antidopaminérgica. Es por ello útil en el tratamiento de las sofocaciones, aunque eleva las tasas de prolactina.
- Sedantes : Para el tratamiento de las sofocaciones. De utilidad cuando existe contraindicación para la toma de los estrógenos.
- Tranquilizantes y antidepresivos. Los tranquilizantes (diazepam, meprobamato, etc.) solo está indicado en casos concretos de mujeres que padecen gran ansiedad, irritabilidad e insomnio. Los antidepresivos (fenotiacinas, etc.) indicado en casos de verdaderos estados depresivos.
- Vitamina B6: Algunos autores han señalado la posibilidad de que el tratamiento sustitutivo con estrógenos puede producir trastornos del metabolismo del triptófano que conduce a un déficit de vitamina B6 que origine depresión, fatiga inestabilidad, pérdida de la concentración y pérdida de la libido. Estas alteraciones pueden corregirse con la administración de 250 más diarios de vitamina B6.
- Acetato de ciproterona: (asociados con estrógenos). Modifica menos el efecto favorable de los estrógenos sobre las lipoproteínas del suero de los gestágenos. ⁽¹⁾

ASPECTOS PSICOSOCIALES:

Durante la última década ha prevalecido un patente interés en la literatura médica por clarificar el papel que juegan las hormonas en la respuesta emocional, conductual y en el bienestar de la mujer, tras los episodios de cambio en los niveles estrogénicos y la emergencia de síntomas psicológicos. La sintomatología psicoorgánica, íntimamente vinculada a los cambios hormonales del periodo cesante, se muestra además, en :

- 1.- Las expectativas psicosociales y culturales, manifiestas en la interpretación de la pérdida de la reproductividad.
- 2.- La redefinición de los papeles conyugales y familiares.
- 3.- El síndrome del Nido vacío.
- 4.- El ataque de la feminidad y ciertos cambios del status que impactan decisivamente a la mujer en forma simultánea, a varios niveles de su organización funcional y economía corporal, y repercuten por tanto, en la afectación de la dinámica de pareja, el bienestar familiar y la productividad social ⁽²²⁾.

Conjuntamente con los cuadros hormonales que se observan durante el climaterio, así como también las especiales modificaciones derivadas por el envejecimiento progresivo se presentan novedades, vicisitudes, innovaciones y reformas en el estilo de vida de las mujeres que alcanzan a vivir los años posteriores a la menopausia. Son múltiples los cambios pudiendo señalar entre ellos los siguientes:

- los hijos dejan el hogar para hacer sus propias vidas, transición que origina ajustes emocionales, financieros y logísticos.
- Los padres envejecen con sus consecuencias de enfermedad, invalidez, retiro y hasta muerte. Originando desconcierto y aumento de las responsabilidades.
- El divorcio es mas frecuente en estos años, constituyendo el evento más desagradable y mortificante que tengan en su vida.
- La pérdida de esposo es frecuente, tres de cuatro mujeres sobreviven a sus maridos.
- La posibilidad y oportunidad para nuevos trabajos o reorganizar el que ya se realizaba tomando en consideración la capacidad, la experiencia y las necesidades económicas.
- Alcanzar un retiro, disfrutándolo activamente, al contar con tiempo para lograr metas e intereses que anteriormente no podían tener.

Las anteriores situaciones se suman a otras muchas alternativas y deben tomarse en cuenta cuando se instituye el tratamiento el cual debe ser individualizado si se quiere tener resultados efectivos. ⁽⁴⁾

Influencias psicosociales:

La combinación de culturas influye en la conducta y expresión sexual que recibe y soporta las enfermedades sociales de la entidad humana. La influencia cultural coloca muy a menudo a la mujer en una posición en la cual debe adoptar, perfeccionar, inhibir e incluso tergiversar su capacidad natural de desempeñarse en el plano sexual para cumplir con su papel genéticamente asignado, lo que es la causa principal de la alteración sexual femenina.

La adaptación del desempeño sexual por encontrar condiciones sociales deseables representa un sistema que opera con una conducta más exitosa, que a su vez es la esencia de una mejoría mutua en las relaciones sexuales. Sin embargo, adoptar la función sexual a una filosofía de rechazo es arriesgarse a menoscabar la capacidad de una eficiente interacción social. Sublimar la función sexual puede mejorar la misma y el estado por el cual se realiza la represión, si la práctica de sublimación está al alcance de la capacidad de superación del individuo que la adopta.

Greene clasificó, por orden de mayor a menor frecuencia, los problemas que con mayor frecuencia afectan la armonía sexual de la pareja:

- - Falta de comunicación
- - Discusiones constantes
- - Necesidades emocionales insatisfechas
- - Insatisfacción sexual
- - Desacuerdos financieros
- - Trastornos debidos a los parientes políticos
- - Infidelidad
- - Conflictos relativos a los hijos
- - Actitud dominante de los cónyuges
- - Susplicacia

Aunque la insatisfacción sexual es la cuarta en frecuencia se relaciona con cualquiera de las restantes, ya que, si fallan las demás es muy difícil que la relación sexual permanezca sin alteración.

Se puede aceptar que la menopausia, en sentido amplio, conlleva alteraciones psicológicas, que afectan al estado de ánimo y pueden calificarse de una depresión reactiva leve, sin embargo ello no representa, para el conjunto de población, un deterioro de salud mental que implique mayor exigencia de atenciones médicas.

Así pues la relación sexual es un aspecto rico y vital del ser humano que permite a la pareja compartir sus intimidades más profundas, que expresan la plenitud emocional y física de ambos, aunque el amor y la sexualidad durante el

climaterio, están lejos de ser lo mismo que fueron en los comienzos del matrimonio, durante esta época de la vida, debe ponerse más énfasis sobre el afecto mutuo, la dependencia y la amistad profunda, más que sobre la relación sexual.

Por lo tanto la sexualidad no es exclusiva de la juventud y durante el climaterio se tiene el derecho de adoptar una actitud romántica y sentimental, aunque el estilo ya no sea el mismo y la vida sexual ya no tenga el ardor de la juventud, una vida sexual bien equilibrada en una pareja que envejece armoniosamente es un bien preciado que ningún miembro de la pareja debe desdeñar, ya que, cada etapa de la vida es única y bella y cada una ofrece perspectivas frescas y experiencias nuevas⁽²⁴⁾

Se realizó un estudio descriptivo transversal en un grupo de mujeres cubanas para precisar la influencia de factores biológicos y sociales en las características del síndrome climatérico (SC). Se entrevistaron, mediante encuesta confeccionada al efecto 800 mujeres entre 40 y 59 años con residencia permanente en Ciudad de La Habana. El 52,26 % de las mujeres se encontraba en etapa premenopáusica y el 47,72 % en la posmenopausia. Se encontró que la edad promedio de la menopausia fue de 48,7 años, que la premenopausia fue el momento de mayor incidencia de los síntomas del SC y que los agrupados como síntomas psicológicos, fueron los más frecuentes. El índice vasomotor tuvo valores de $4,29 \pm 0,7$ y el índice psicológico valores de $6,3 \pm 0,85$, las mujeres con mayor nivel educacional, pareja sexual, trabajadoras fuera del hogar, las más jóvenes y aquellas en etapa premenopáusica fueron las que presentaron menores valores de estos índices ($p < 0,05$). El 70 % de las mujeres refirió que los síntomas padecidos no modificaron su actividad cotidiana. Se afirmó que por la ausencia de referencias nacionales, este trabajo se podía considerar como la descripción inicial de las características clínicas de la etapa climatérica de la mujer cubana, además de confirmar el carácter multifactorial (biológico-social) del SC. Se sugirió la necesidad de realizar proyectos nacionales similares imprescindibles para brindarle mejor calidad de vida a la mujer de la edad mediana. Si desde el punto de vista del género analizamos la función que desempeña la mujer de edad mediana en la sociedad cubana, vemos que por su triple condición de trabajadoras, madre-hija, y esposa ellas están expuestas a una sobrecarga genérica que favorecería los procesos deteriorantes de su salud, a lo que se añadiría el criterio popular que considera la menopausia como algo negativo, creen que cuando cesa la actividad reproductiva termina la función sexual. Uno de los aspectos más interesantes de esta investigación es haber encontrado que la

mayoría de las mujeres (70 %) consideran que los síntomas referidos no modificaron el desarrollo de sus actividades diarias, lo que debe contribuir a modificar el significado social negativo del climaterio. El envejecimiento es un proceso continuo, por tanto, si se desea brindar una mejor calidad de vida al anciano en general y a la anciana, en especial, es preciso mejorar y particularizar la atención social a la mujer de edad mediana, para lo cual es imprescindible conocer las características clínicas de este grupo humano, a partir de este hecho, los resultados de esta investigación mostraron que: la edad promedio en que ocurrió la menopausia en el grupo de mujeres cubanas entrevistadas fue similar a la informada en países subdesarrollados, durante los años alrededor de este evento se reportaron síntomas que si bien fueron muy frecuentes, su intensidad no modificó la actividad cotidiana de las mujeres y que el tener mayor nivel cultural y ser empleadas fuera del hogar son factores que tienden a disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas del SC. Se necesita redefinir los síntomas que forman parte del SC ⁽²⁵⁾.

La calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) puede conceptualizarse como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los sucesos que una persona puede presentar como consecuencia de una enfermedad o de su tratamiento. En España, en los últimos años, han ido surgiendo diversas publicaciones que estudiaban la CVRS tanto en la población general, como en colectivos con patologías crónicas. Se realizó un estudio observacional transversal en tres zonas básicas de salud de la provincia de Cuenca, en 203 mujeres menopáusicas de 44-60 años, aplicándose en cuestionario de la MENCAV , valorando la calidad de vida de las mujeres menopáusicas. ⁽²³⁾

El climaterio deteriora la calidad de vida por síntomas vasomotores, psicosociales y físicos. A diferencia de lo clásicamente descrito, no observamos deterioro de la sexualidad, aunque sí disminución del número de mujeres sexualmente activas. Diferencias culturales o de estilos de vida, pueden explicar esta observación. ⁽³²⁾

Existen cuestionarios para evaluar la Calidad de vida: el cuestionario femenino de salud (WHQ, de Women Health Questionnaire) evalúa (además de los síntomas vasomotores otras áreas relevantes: síntomas somáticos, humor, alteraciones cognitivas y del sueño, y funcionamiento sexual. Recientemente se introdujo el MENQOL (Menopause-specific Quality of Life), cuestionario diseñado para evaluar la respuesta terapéutica en ensayos clínicos; este método evalúa el impacto de los síntomas vasomotores sobre los aspectos físicos, psicosociales, sexuales y globales de la calidad de vida. ⁽³³⁾

Se realizó un estudio para conocer las actitudes, información sobre la menopausia, en mujeres de 45-55 años de edad residentes del municipio de Madrid España en el 2001, considerando en general, que la menopausia es un proceso que debe ser controlado por el médico, para la hora de aliviar los síntomas o evitar los riesgos, prefieren realizar cambios en su estilo de vida y tomar solo medicinas naturales.⁽³⁴⁾

En Estados Unidos, se realizó un análisis del tratamiento ofrecido en la prensa popular en los últimos 10 años a la menopausia; en la mayoría de los artículos se identificó una actitud dirigida a persuadir a las mujeres de que tratar la menopausia es lo mejor que pueden hacer por ellas mismas, y algo muy similar podemos observar que está ocurriendo en nuestro medio, lo que supone una medicalización progresiva, descrita esta como el proceso por el cual un fenómeno en principio normal es crecientemente tomado bajo la competencia de la profesión médica, y ello está creando una dependencia cada vez mayor de las mujeres en esta etapa de su vida, lo cual beneficia a determinados actores sociales.

Se realizó un estudio durante el mes de junio de 1998, en 5 consultas de 3 centros de salud urbanos y docentes de Granada para conocer cuales son las actitudes de las mujeres sobre la menopausia y como se relacionan estas actitudes con ciertas variables personales, obteniendo que las mujeres tienen sentimientos y opiniones positivas o neutras ante la menopausia, y sus actitudes ante esta se relacionan con estas variables y no con otras sociodemográficas o con el estado menopáusico.

MARCO TEORICO

En 1996 se realizó la validación y fiabilidad del cuestionario MENCAV para valorar la calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas, el primero en español. Se realizó un estudio observacional transversal en tres zonas básicas de salud de la provincia de Cuenca, en doscientas tres mujeres menopáusicas de 44-55 años, elegidas mediante muestreo aleatorio simple. Mediante técnicas de análisis factorial exploratorio (componentes principales), se valoró la distribución de los ítems en dimensiones y se llegó al cuestionario formado por 37 ítems distribuidos en cinco dimensiones a las que se denominó salud física, salud psíquica, entorno familiar, relaciones sexuales y soporte social. Este cuestionario mostró un valor de alfa de Cronbach global de 0.84. Finalmente se analizaron las correlaciones existentes entre el sumatorio de puntuaciones de los ítems de cada una de las dimensiones, mostrando los coeficientes de correlación valores entre 0.08 y 0.69. Tras un análisis de la validez lógica y la validez de contenido por expertos, mostró un alto grado de consistencia interna ⁽²³⁾.

En 1997 se realizó un estudio transversal multicéntrico para conocer cuales son las actitudes de las mujeres sobre la menopausia y como se relacionan estas actitudes con ciertas variables personales, cuestionario ya validado previamente. Se realizó el estudio en cinco consultas de 3 centros de salud urbanos y docentes de Granada. La muestra fue consecutiva de mujeres mayores o igual, a 18 años que consultaban en junio de 1998, para $\alpha=0.05$, precisión = 3 y desviación estándar de la escala de actitudes (EA), obtenida mediante muestreo previo de 15.4; n = 101 mujeres. Edad, 43.4 ± 17.5 . no tienen menopausia un 50.5%, se halla en la perimenopausia el 10.9%, en la menopausia un 37.6%, el 70.3% manifiesta sentimientos de alivio o neutros; un 54.5% muestra una opinión positiva y el 21.8% no tienen opinión alguna. Concluyendo que las mujeres tienen sentimientos y opiniones positivas o neutras ante la menopausia y sus actitudes ante está se relacionan con los factores: aspectos psicológicos, enfermedad/attractivo, etapa vital, reproducción, sexualidad, intereses vitales, autoconfianza; y no con otras sociodemográficas o con el estado menopáusico ⁽²⁶⁾.

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la expectativa de vida de la población general debida a la mejora de las condiciones sociales y al avance de la tecnología médica ha hecho surgir un interés especial por estudiar la calidad de vida que presentan tanto la población general como determinados colectivos específicos. Uno de estos colectivos ha sido la mujer, y en especial la mujer en edad menopáusica, puesto que un largo periodo de su vida se desarrolla en esta etapa. Hasta hace sólo algunas décadas las mujeres veían la menopausia como un hecho natural y biológico que reconocían y manejaban gracias a un sistema de autocuidado construido culturalmente. En la actualidad los profesionales de la salud y, consecuentemente, los medios de comunicación han elaborado un discurso que se difunde permanentemente, según el cual la menopausia es un proceso patológico, lleno de riesgos para las mujeres y por tanto, susceptible de tratamiento, que conlleva un incremento de riesgo para numerosas enfermedades y, por tanto, un descenso en la calidad de vida de las mujeres y desvalorización cultural de las mujeres mayores. Con problemas no específicos de la menopausia (síntomas vasomotores, atrofia urogenital y pérdida de la masa ósea), sino con origen psicológico o sociocultural.

En nuestro país los médicos hablan de la menopausia y de lo que sienten las mujeres ante ésta, sin preguntarles a ellas. Cuando se relatan los múltiples perjuicios que acarrea para la salud de las mujeres, se basan bien en estereotipos, bien en datos procedentes de muestras procedentes de consultas de ginecología, lo cual implica graves sesgos de selección. Nos interesa destacar el hecho de que la opinión que las mujeres tienen sobre la menopausia no se relaciona con que hayan tenido o no la experiencia personal de la misma, lo que expresa que las expectativas se ajustan a la percepción de la realidad vivida de esta etapa, es decir, las mujeres no experimentan trastornos que les hagan tener una opinión más negativa de la menopausia. Con antecedentes de estudios sobre la actitud ante la menopausia en Granada España, y Madrid, España, encontrando una actitud positiva o neutra ⁽²⁶⁾.

En Cuba se realizó un estudio sobre los trastornos psíquicos y somáticos que inciden en el climaterio, indicando cambios durante esta etapa de la vida. ⁽²⁸⁾.

En México no se han realizado estudios como los anteriormente mencionados. En nuestro medio, en la UMF se cuenta con 11,614 mujeres (ANIMAC, estadística de la UMF 20) de 45-55 años de edad que cursan con la menopausia, sin existir estudios al respecto.

Actualmente se cuenta con el expediente clínico electrónico, con una base de datos en la cual se reporta lo que el paciente menciona en la consulta, es decir, se cuenta con una nota médica sobre climaterio, la cual esta subutilizada, con repercusión en su calidad de vida.

Por medio de esta investigación pretendo analizar la calidad de vida, así como actitudes ante la menopausia, con el propósito de identificar en forma oportuna los cambios que se producen en ella, que son tan complejos. En esta etapa no solo se deben de considerar los fenómenos que ocurren en el área física, sino también en las áreas psicológica, sexual, social y familiar de la mujer⁽²⁴⁾ Así como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los sucesos que la mujer menopáusica puede presentar como consecuencia.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿ Cual es la calidad de vida en las mujeres posmenopáusicas, así como su actitud ante la menopausia en la Unidad de Medicina Familiar Número 20 " Vallejo " ?

HIPOTESIS

No hay hipótesis por ser un estudio observacional, descriptivo, transversal.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida en las mujeres posmenopáusicas, así como su actitud ante la menopausia en la Unidad de Medicina Familiar núm. 20 "Vallejo".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las principales características sociodemográficas de las mujeres posmenopáusicas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar número 20 "Vallejo".
- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres posmenopáusicas de la Unidad de Medicina Familiar número 20 "Vallejo".
- Describir las actitudes de las mujeres ante la menopausia en las mujeres posmenopáusicas de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20 "Vallejo".
- Determinar las características sociodemográficas asociadas tanto a la calidad de vida como a la actitud ante la menopausia.

SITIO DEL ESTUDIO

Se realizó el estudio en la Unidad de Medicina Familiar número 20 " Vallejo ", localizada en Calzada Vallejo num. 675 colonia Magdalena de la Salinas, México D.F. C.P. 07760 Unidad de primer nivel de atención.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en la Unidad de Medicina Familiar número 20 "Vallejo", para lo cual se utilizó:

- Para las características demográficas se aplicó una cédula de identificación: edad, nivel educativo, estado civil, religión.
- Para valorar la calidad de vida se utilizó el cuestionario MENCAV. Cuestionario de 37 ítems distribuidos en 5 dimensiones: salud física, salud psíquica, entorno familiar, relaciones sexuales y soporte social.
- Para medir las actitudes ante la menopausia se utilizó un Cuestionario de Escala de Actitudes, cuestionario de 29 ítems, valorando: percepción de autonomía, opinión sobre la menopausia, sentimientos ante la menopausia y salud percibida.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estudiada se obtuvo de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20 "Vallejo", compuesto por mujeres de 45 a 55 años de edad que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20, ya sea por solicitar consulta o ser acompañantes durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2004.

METODOLOGÍA

Previa anuencia de las autoridades de la UMF 20, así como del Comité local de investigación, se procedió a encuestar a las pacientes que acudieron a consulta o ser acompañante, en un lugar adecuado durante 20 minutos sin presión de algún tipo, previo consentimiento informado. Se utilizó:

- Cuestionario MENCAV
- Escala de Actitudes
- Cédula de datos demográficos

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de edad entre 45 y 55 años de edad.
- Ser adscritas a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20 " Vallejo ".
- Presencia de la mujer en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20, ya sea por ser la solicitante de la consulta o ser acompañante.
- Haber transcurrido más de 12 meses desde la presentación del último periodo de la menstruación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Presentar enfermedad crónica – degenerativa como: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, etc.
- Pacientes que no estén dispuestos a aceptar la posibilidad de ser incluidos en el grupo de estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres que presenten desorientación o problema psicótico
- Cuestionarios incompletos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tipo de muestreo de casos consecutivos, tomando el tamaño de la muestra para Prevalencia con la fórmula:

$$\text{Prevalencia: } z^2(p(1-p))/d^2 = (1.96)^2 (0.5)(0.5)/(0.05)^2 = 384 + 20\%$$

$$\text{Pérdida del 20\%: } n_a = n/[1/(1-K)] = 384[1/(1-0.2)] = 384[1/0.8] = (384)(1.25) = 480$$

$z^2 = 1.96$ cuando el valor de alfa es de 0.05.

p = valor que se espera obtener, la prevalencia poblacional.

d^2 = diferencia entre el valor esperado y el error aceptable.

Se desconoce en nuestro medio cual es la calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas, por lo que se tomo una prevalencia esperada del 50%, lo cual nos da un tamaño de muestra de 384, a la cual se le sumo un 20% por posibles pérdidas, obteniendo un tamaño final de la muestra de 480.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, por casos consecutivos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Se trata de variables cualitativas de escala nominal y escala ordinal, las cuales pueden analizarse mediante pruebas no paramétricas como X².

Variables Universales:

+ Edad: DC- Medida de duración de vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante. DO – Periodo que se estima de la existencia de una persona. Medida de acuerdo a los años, EM: en escala cuantitativa, razón.

+ Estado civil: DC- Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad en la que la persona puede verse inmersa y que repercute en la capacidad de obrar de la misma, a partir de su estado legal (solteras o casadas).DO: Condición, situación, disposición desde el punto de vista legal . EM: Con escala de medición nominal.

+ Nivel de estudios: DC: Caudal de conocimientos adquiridos. DO : Nivel diferenciado por niveles de instrucción: analfabeta, instrucción primaria, secundaria, medio superior y superior. EM: En escala nominal de medición.

+ Trabajo: DC:- Actividad que requiere un esfuerzo físico o intelectual encaminada a un fin. DO: Se medirá de acuerdo a si el trabajo es remunerado o no., EM: en escala de medición nominal.

+ Menopausia: DC:-Es el cese definitivo de la ovulación y menstruación, a partir de la causa de esta, ya sea natural (más de 12 meses de la última menstruación) o quirúrgica. DO: se medirá de acuerdo a la edad de inicio de la menopausia. EM: En escala de medición cuantitativa, razón.

+ Causa de la menopausia: DC: Pérdida gradual y progresiva de la función ovárica, así como diversos cambios endocrinológicos, somáticos y psicológicos. DO: Es la cesación natural o artificial de la regla y periodo de la vida, de 45 a 55 años. EM: nominal.

Variables de estudio (Calidad de vida):

+ **Calidad de vida:** DC: Es el grado de apreciación de las pacientes sobre los aspectos físicos, sociales y emocionales de vivir con la menopausia. DO: Se medirá mediante los siguientes indicadores: salud física, salud psíquica, relaciones sexuales, relación de pareja y soporte social. EM: nominal, Likert.

+ Salud física: DC- cualidad que presenta un buen funcionamiento de su organismo. DO: Conjunto de condiciones físicas de un organismo en un determinado momento. Dependiendo sintomatología, EM: en una escala nominal, Likert..

+ Salud psíquica: DC: Cualidad que presenta un buen funcionamiento del carácter y manera de ser. Dependiendo sintomatología, DO: estado normal de las funciones intelectuales. EM: en escala nominal, Likert.

+ Relaciones sexuales: DC: Correspondencia que hay entre dos personas mediante el acto sexual. DO: Afinidad sexual en una pareja, dependiendo de sus características con su pareja, EM : en escala de medición nominal, Likert..

+ Relaciones de pareja: DC: Correspondencia o conexión entre dos personas que guardan relación entre sí. DO: Afinidad en una pareja. Dependiendo de sus características, EM: en una escala de medición nominal, Likert..

+ Soporte social: DC: reglas que sostienen a una sociedad o colectividad humana. DO: Características de las reglas a que estén sujetas, EM: en una escala de medición nominal, Likert..

Variables de estudio (Actitud ante la menopausia):

+ **Actitud ante la menopausia:** DC: Es la opinión que tienen las mujeres ante la menopausia. DO: Se medirá mediante los siguientes indicadores: continuidad con su médico, percepción de la autonomía, opinión sobre la menopausia, sentimiento ante la menopausia, y salud percibida. EM: Nominal, Likert.

+ Continuidad con su médico actual: DC: Circunstancia de acudir al médico sin interrupción. DO: Relación según intervalo de duración de la relación con su médico, EM: en escala de medición nominal, Likert.

+ Percepción de la autonomía: DC: Conocimiento de la libertad de un individuo para actuar con independencia. DO: Sentimiento a partir de la condición de la misma, EM : en escala de medición nominal, Likert.

+ Opinión sobre la menopausia: DC: Es el juicio o manera de pensar sobre la menopausia. DO: Según el criterio de las encuestadas sobre la menopausia, EM: en escala de medición nominal, Likert.

+ Sentimiento ante la menopausia: DC: Estado afectivo o disposición emocional hacia la menopausia. DC: Según el criterio de las encuestadas, con respecto a sí mismas. EM: En escala de medición nominal, Likert.

+ Salud percibida: DC: Es el conocimiento de la salud por medio de los sentidos o la inteligencia. DO: Según opinión de las encuestadas sobre su salud, EM: en escala de medición nominal, Likert.

Variables que serán evaluadas mediante los cuestionarios: Cédula de datos personales, cuestionario de la MENCAV y cuestionario de la Escala de Actitudes.

ANALISIS

Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias y porcentajes. También se realizó el análisis univariado apoyándose de estadística de tipo inferencial, obteniendo RMP, IC_{95%}, p.

RESULTADOS

Del total de 480 mujeres participantes, 29 (6%), no reunieron los criterios de inclusión debido a que no habían transcurrido 12 meses después de la presentación del último periodo menstrual, quedando por lo tanto 451 mujeres. La edad de las 451 mujeres encuestadas estaba comprendida entre 40-55 años, la edad promedio de las encuestadas fue de 48.6 años (d.e. 3.88). La edad de inicio de la menopausia estaba comprendida entre 27 y 55 años, el inicio promedio de la misma a los 43.77 años (d.e.5.55).

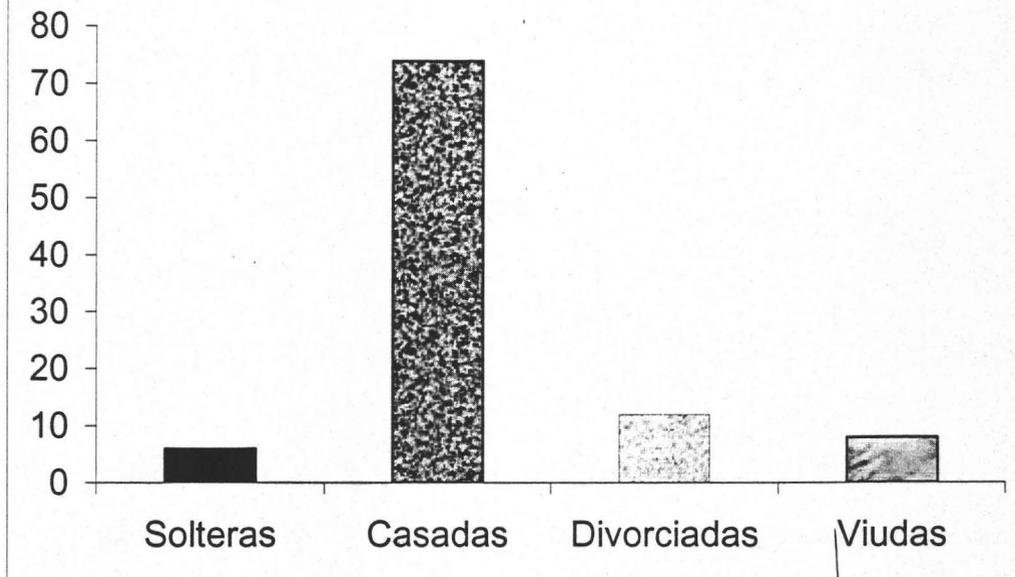
En el cuadro 1 se presentan las características sociodemográficas de la población en estudio, mostrando que las mujeres participantes eran mayoritariamente casadas (Figura 1), con estudios de primaria, que no cuentan con trabajo remunerado, y en las que la menopausia ha sucedido por causas naturales.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las usuarias posmenopáusicas de la UMF 20

Variable:	N=451	
	n:	%:
Edad:		
40-44	76	17
45-49	193	43
50-55	182	40
Escolaridad:		
Ninguno	9	2
Primaria	180	40
Secundaria	139	31
Bachillerato o car.	112	25
Tec.		
Profesional	11	2
Estado civil:		
Soltera	28	6
Casada	334	74
Divorciada	52	12
Viuda	37	8
Causa de la menopausia:		
Natural	346	77
Quirúrgica	105	23
Trabajo remunerado:		
Sí	155	34
No	296	66

Fuente: encuestas realizadas en la UMF 20.

**FIGURA 1. Gráfica de barras que muestra los porcentajes del estado civil en usuarias postmenopáusicas de la UMF 20
N=451**



Fuente: encuestas realizadas en la UMF 20.

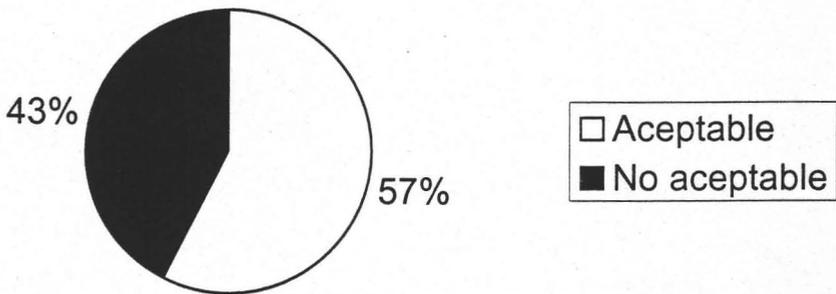
La calidad de vida fue aceptable tanto en forma global como en cada uno de sus indicadores, teniendo una diferencia entre lo aceptable y no aceptable que varió de un 10 a un 20 %.(Cuadro y Figura 2)

Cuadro 2. Características de la Calidad de Vida en usuarias postmenopáusicas de la UMF 20

Variable:	N=451	
	n:	%:
CALIDAD DE VIDAD:		
Salud Física:		
Aceptable	258	57
No aceptable	193	43
Salud Psíquica:		
Aceptable	273	60
No aceptable	178	40
Salud Sexual:		
Aceptable	241	53
No aceptable	210	47
Relación de Pareja:		
Aceptable	278	62
No aceptable	173	38
Soporte Social:		
Aceptable	277	61
No aceptable	174	39
Calidad de Vida:		
Aceptable	259	57
No aceptable	192	43

Fuente: encuestas realizadas en la UMF 20.

**FIGURA 2. Gráfica de pastel que representa la Calidad de vida en usuarias postmenopáusicas de la UMF 20
N=451**



Fuente: encuestas realizadas en la UMF 20.

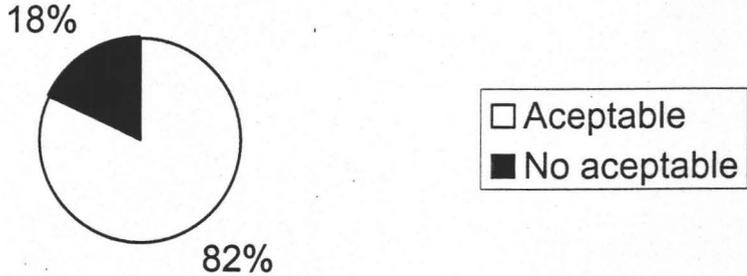
En el Cuadro y Figura 3, S e observan las variables del cuestionario de Actitudes, destacando una aceptable actitud ante la menopausia (82%). Los indicadores con mejor actitud, fueron enfermedad/attractivo, etapa vital, reproducción, intereses vitales y autoconfianza. Presentaron aspectos psicológicos negativos hacia la menopausia en un 67%. En el terreno sexual hubo mínima aceptación de las relaciones sexuales por los cambios propios de la menopausia.

Cuadro 3. Características de la Actitud ante la menopausia en usuarias postmenopáusicas de la UMF 20.

Variable:	N=451	
	n:	%:
ACTITUD ANTE LA MENOPAUSIA:		
Aspectos Psicológicos:		
Positivos	151	33
Negativos	300	67
Enfermedad/Atractivo:		
Aceptable	351	78
No aceptable	100	22
Etapas Vitales:		
Aceptable	361	78
No aceptable	90	22
Reproductivo:		
Aceptable	381	84
No aceptable	70	16
Sexual:		
Aceptable	378	16
No aceptable	73	84
Intereses Vitales:		
Aceptable	282	63
No aceptable	169	37
Autoconfianza:		
Aceptable	267	59
No aceptable	184	41
Global		
Aceptable	370	82
No aceptable	81	18

Fuente: encuestas realizadas en la UMF 20.

**FIGURA 3. Gráfica de pastel que representa la Actitud ante la Menopausia en usuarias postmenopausicas de la UMF 20
N=451**



Fuente: encuestas realizadas en la UMF 20.

Con respecto al estado civil, las mujeres casadas gozan de una mejor calidad de vida en comparación con las viudas (Cuadro 4).

Cuadro 4. Relación entre el estado civil de las mujeres postmenopáusicas y su Calidad de Vida.

Variable	Aceptable		No aceptable	
	n.:	%:	n.:	%:
ESTADO CIVIL				
Soltera	10	2	18	4
Casada	212	47	122	27
Divorciada	24	5	28	6
Viuda	13	3	24	5

Fuente: encuestas realizadas en la UMF 20.

Las casadas tienen mejor soporte social en comparación con las viudas (Cuadro 7), siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Cuadro 7. Relación del estado civil de las mujeres postmenopáusicas con Soporte Social

Variable	Aceptable		No aceptable	
	n.:	%:	n.:	%:
ESTADO CIVIL				
Soltera	14	3	14	3
Casada	218	48	116	26
Divorciada	30	7	22	5
Viuda	15	3	22	5

Fuente: encuestas realizadas en la UMF 20.

Las mujeres casadas tienen adecuada calidad de vida en comparación con las solteras, divorciadas y viudas, 3,2 y 3 veces más respectivamente (Cuadro 8). No hubo diferencias entre las divorciadas y solteras, ni con las divorciadas y viudas para la calidad de vida.

Cuadro 8. Características de las mujeres postmenopáusicas que se asocian a la Calidad de Vida.

Variable	RMP*	IC _{95%} ⁺	p ^{&}
Casadas-Solteras	3.13	1.32 – 7.54	0.003
Casadas-Divorciadas	2.03	1.08 – 3.80	0.017
Casadas-Viudas	3.21	1.50 – 6.94	0.0008

* Razón de momios para la prevalencia.

⁺ Intervalo de confianza a 95%.

[&] Significancia estadística.

Fuente: encuestas realizadas en la UMF 20.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las características sociodemográficas y la actitud ante la menopausia.

En el Cuadro 11 las casadas tienen 2 veces mejor Soporte Social que las viudas postmenopáusicas.

Cuadro 11. Factores de riesgo asociados a aceptable Soporte Social en usuarias postmenopáusicas

Variable:	RM*	IC _{95%} ⁺	p ^{&}
Casadas- Viudas	2.76	1.31 – 5.84	0.003

* Razón de momios para la prevalencia.

+ Intervalo de confianza a 95%.

& Significancia estadística.

Fuente: encuestas realizadas en la UMF 20.

DISCUSION

La edad media de las mujeres entrevistadas fue de 48.6 años (40-55 años). La presentación de la menopausia fue de 43.7 años en promedio, resultó discretamente diferente a la descrita en México y en la mayoría de los países del mundo (45-55 años), esto dado a que se observó incremento de las cirugías (ooforectomías), causante de la menopausia quirúrgica (23%), en nuestro estudio.. La escolaridad se encontró con predominio de la educación primaria (40%), Situación que coincide con el promedio del nivel de instrucción a nivel nacional, que corresponde a instrucción primaria del 36% (INEGI 2004) ⁽²⁷⁾.

Predominaron las casadas (74%), lo cual correlaciona con lo referido en la literatura ⁽³⁰⁾ que la mujer en esta etapa se encuentra integrando una familia y con menor frecuencia ha sufrido la muerte o separación de su pareja. Situación similar a los reportes de INEGI (2003) que muestra un 45% para las casadas.

El trabajo remunerado, se encontró en menor proporción (34%), lo que nos indica baja proporción de mujeres económicamente activas, esto concuerda con los datos de INEGI (2005), indicando que el 38% de las mujeres son económicamente activas y 62% no ⁽²⁷⁾.

Según la causa de la menopausia, la forma natural predominó en un 77%, considerando que es un proceso fisiológico por causas hormonales (estrógenos) que ocurre en el desarrollo del ciclo vital de la mujer ⁽¹⁾ Lo que nos indica menor intervenciones quirúrgicas causantes de la menopausia (ooforectomías) ⁽¹²⁾.

El concepto calidad de vida (CV) relacionada con la salud se aplica para evaluar la apreciación de los pacientes sobre los aspectos físicos, sociales y emocionales de vivir con la menopausia (23).

Se han identificado algunos factores que hacen más probable la aparición de síntomas y signos clínicos, entre los que se encuentran: factores étnicos, culturales, de estilo de vida, socioeconómicos, ambientales (como el clima del lugar de residencia), constitución física, entre otros. Se presenta aumento de peso corporal, alteración de la postura, modificación de la apariencia corporal, disminución de la actividad física, osteoartritis, síndromes dolorosos musculoesqueléticos, osteoporosis, alteraciones cardiovasculares, síntomas vasomotores y alteraciones psicosociales. ⁽²⁸⁾⁽²⁵⁾

En el presente estudio se encontró la salud física aceptable en 57%, similar al estudio en Bogotá, Colombia, en donde se tuvo 50%⁽³²⁾.

Durante la menopausia se presenta una activación de conflictos psicológicos inconscientes y una reorganización intrapsíquica ante el hecho de la terminación de la capacidad reproductiva y el inicio inexorable del envejecimiento.⁽²³⁾ Identificando en nuestro estudio la salud psíquica fue adecuada en un 61%, lo que nos habla de una aceptación de esta etapa en las usuarias encuestadas; similar al estudio de Bogota Colombia en un 60%⁽³²⁾.

La vida sexual esta alterada desde el momento que se piensa llegar a esta edad, se pierde el atractivo físico y el deseo sexual (por los cambios estructurales en los órganos sexuales).⁽²³⁾⁽²⁹⁾ En nuestro estudio se identificó que las relaciones sexuales son aceptables en un 53%, lo que nos refiere que hay discreta modificación de su sexualidad (necesidades-deseo sexual)⁽¹²⁾⁽²⁹⁾; diferente a lo reportado en Bogotá, Colombia en 35%⁽³²⁾.

Se da un gran peso a la sexualidad para mantener al individuo en bienestar emocional, social, físico y mental ⁽²²⁾. Se encontró a la relación de pareja aceptable en 62%; diferente a lo reportado en Bogota, Colombia en 35%⁽³²⁾.

En relación al soporte social, se encontró predominio aceptable 61%; diferente a lo reportado en Bogotá, Colombia en 20%⁽³²⁾.

Con respecto a la calidad de vida (global) se identifico como aceptable un 57%; diferente a lo reportado en Colombia, con un 45% ⁽³²⁾,

En nuestro país los médicos hablan de la menopausia y de lo que sienten las mujeres ante ésta, sin preguntarles a ellas. Cuando se relatan los múltiples perjuicios que acarrea para la salud de las mujeres, se basan bien en estereotipos, o bien en datos procedentes de muestras de consultas de ginecología, lo cual implica graves sesgos de selección ⁽²⁶⁾.

Nos interesa destacar el hecho de que la opinión que las mujeres tienen sobre la menopausia no se relaciona con que hayan tenido o no la experiencia personal de la misma, lo que expresa que las expectativas se ajustan a la percepción de la realidad vivida de esta etapa, es decir, las mujeres no experimentan trastornos que les hagan tener una opinión más negativa de la menopausia ⁽²⁸⁾.

En el presente estudio se identificó un 33% de aspectos psicológicos positivos hacia la menopausia, diferente a los estudios realizados en Granada y Madrid (55% - 50%). Dado que consideran a la menopausia un periodo desagradable, con menos ganas de hacer las cosas, con más problemas psicológicos, las mujeres se encuentran depresivas e irritables ⁽²⁶⁾. La Menopausia es un fenómeno trascendental en el ciclo vital de la mujer, en cuanto a su significación emocional la mujer pasa por una crisis psico-afectiva independientemente de su estado de salud mental y de sus circunstancias bio-sociales. La mujer asume transitoriamente un espacio mental complejo, ambiguo, conflictivo y lleno de insatisfacciones, angustias y síntomas depresivos. Las pacientes postmenopáusicas muestran muy frecuentemente alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales especialmente depresión, ansiedad, somatización y problemas de alimentación y abuso/adicción a psicotrópicos, de forma aislada o como síndromes formales. ⁽²⁹⁾

En el estudio realizado en Granada, España, un 16% de las mujeres piensan que la menopausia es una enfermedad, en Madrid fue un 4%, mientras que en este estudio encontramos un 22%, ya que consideran a la menopausia como un problema médico.

En relación a que creen que la menopausia es una etapa más de la vida, se encontró en Granada en un 90%, en Madrid en un 72%, similar en este estudio con un 78%, pues consideran que depende de ellas como se sientan durante la menopausia, así como de la conciencia de que los cambios físicos son naturales ⁽²⁶⁾.

Con respecto a la reproducción en el estudio de Granada mostró un 70% de aceptabilidad, al igual que en el de Madrid; mejoró en nuestro estudio a un 84%, esto debido a que las mujeres sienten alivio, porque significa el cese de la menstruación y, por tanto, de su riesgo de quedar embarazadas, sin que esto signifique una pérdida de su feminidad ⁽²⁶⁾.

La llegada de la menopausia no significa una disminución de las necesidades sexuales para un 56% de las mujeres y sí para un 30% (Estudio en Granada); entre las mujeres madrileñas estas proporciones son del 46 y del 40% respectivamente; en tanto en este presente estudio, 16% y 84% respectivamente. Esta diferencia puede estar dada por su sentimiento

de una menor necesidad sexual y sentirse menos mujer después de la menopausia. ⁽²⁶⁾⁽³⁰⁾

La autoconfianza fue aceptable en un 71% en el estudio de Granada, en Madrid 74%, diferente a este estudio con un 59%. En los países desarrollados las mujeres tienen mayor posibilidad de dedicarse a su desarrollo personal y cuentan con una madurez

psicológica adecuada, en comparación con nuestro país, dicho fenómeno se observa en menor proporción.(26)

Por lo que se refiere a la actitud ante la menopausia en forma global, se encontró aceptable en la mayoría de las mujeres entrevistadas (82%), lo que concuerda con estudios previos de Granada y Madrid, en los cuales las mujeres, de forma mayoritaria, creen que la menopausia es una etapa más en la vida de una mujer, y no es una enfermedad, y tienen sentimientos y opiniones positivas o neutras ante la misma, contradictorio con la percepción de los profesionales con los que ellas interaccionan , los cuales consideran la menopausia como un problema médico y que requiere tratamiento. (26)

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de las mujeres postmenopáusicas fueron las siguientes: de edad promedio de 48.6 años (40-55años), la edad de inició de la menopausia promedio de 43.7 años (27-55años), la causa de la menopausia natural, casadas, con escolaridad baja (primaria), y sin trabajo remunerado. Respecto a la calidad de vida es aceptable en un 57%, así como su actitud ante la menopausia (aceptable 82%).

En el presente estudio se identificó que las casadas tienen mejor salud sexual, relación de pareja y soporte social.

Existe aceptable actitud ante la menopausia, y menor en cuanto a la calidad de vida. De acuerdo a los resultados encontrados en el cuestionario de la Calidad de vida, recibir información y tratamiento hormonal sustitutivo puede mejorar la calidad.

REFERENCIAS:

- (1) González Merlo J. Ginecología. Editorial Masson. 7ma. edición. 1997
- (2) A.M.H.G.O. N.3 IMSS. Ginecología y Obstetricia. Mendez editores. 3ra. edición. 1998.
- (3) Isselbacher J. y Cols., Harrison. Principios de Medicina Interna. Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana. 13a. edición. 1994.
- (4) Programa de actualización continua en ginecología y obstetricia. 1997-1998 PAC GO-1. Schering.
- (5) Guzmán Ibarra M. et.all. Prevalencia de osteopenia y osteoporosis evaluada por densitometría en mujeres postmenopausicas. Ginecología y Obstetricia de México. 2003; 71: 225-232.
- (6) Watts. NB: Postmenopausal osteoporosis. obstet and gynecol survery 1999; 54 : 532-8.
- (7) Ramírez Angulo J. et.all. Evaluación de la masa osea en los diferentes tipos de menopausia. Ginecología y obstetricia de México. 2003; 71.118- 123
- (8) Murillo UA. et.all. Osteoporosis en la mujer postmenopáusica mexicana. magnitud del problema. Estudio multicentrico. Ginecología obstetricia de México 1999;67:227-33.
- (9) Grainge MJ:et.al. Reproductive, menstrual and menopausal factors: which are associated with bone mineral density in early postmenopausal women ¿ Osteoporosis int. 2001; 12:777-87.

(10) Deleze HM. et al. Análisis de eficiencia de las estrategias para identificar mujeres postmenopausicas con osteoporosis en México. Rev. Endocrinología y Nutrición 2000;8:48-55.

(11) Santos GL: et al. Climaterio . Estudio diagnóstico y tratamiento. México , Intersistemas, 1ra. edición. 2000: 3-21.

(12) Rodees JC, et el. Hysterectomy and sexual functioning. JAMA 1999; 282: 1934-41.

(13) Velasco Murillo V. et al. Terapia hormonal de reemplazo. Consideraciones sobre los hallazgos de 2002. Rev Med IMSS 2003; 41 (4) : 321-327.

(14) NIH Consensus Development PaNEL ON Osteoporis, prevention, diagnosis and therapy. JAMA 2001; 285: 785-793.

(15) Writing Group for the womens Investigaciones iniciales en salud. Riesgos y beneficios de estrogenos más progesterona en mujeres postmenopausicas. estudio controlado doble ciego. JAMA 2002 ; 288 (3): 321-333.

(16) Velasco Murillo V. Estrógenos equinos versus estrógenos esterificados en el climaterio y la menopausia. La controversia llega a México. Gac. Med. Mèx. 2001; 137 (3): 237-243.

(17) Georgiev DB, et al. Efecto del tratamiento a largo plazo en la combinación en la terapia de reemplazo hormonal con valeriato de estradiol y acetato de noretisterona en la densidad mamaria en mujeres postmenopausicas Gaceta Médica. 2002; 250-68.

- (18) Velasco Murillo V., terapia hormonal de reemplazo en el climaterio y la posmenopausia. Rev Med IMSS 2000; 38 (2): 131-138.
- (19) Modelska K. et al. Tibolona para mujeres postmenopausicas : revisión sistematica doble aleatorizado. Clin End Metab 2002; 87 (1): 16-23.
- (20) Basurto L. et al. La terapia de reemplazo hormonal con estradiol transdermico disminuye los niveles de insulina-cortisol y lipoproteinas en mujeres postmenopausicas. Ginecología y obstetricia de México. 2002; 70: 491-95.
- (21) Carranza Lira S. et al. Estudio comparativo entre la combinación valerianato de estradiol- acetato de ciproterona y estrógenos conjugados equinos-acetato de medroxiprogesterona como terapia hormonal de reemplazo en el climaterio.. Ginecología y obstetria de México. 2000; 68: 442-447.
- (22) Souza mario et al. Comorbilidad psicoorganica del clilimaterio: el reconocimiento de la negación..Ginecología y obstetricia de México. 2002; 70: 118-125.
- (23) Buendía Bermejo J. et al. Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir la calidad de vida en mujeres menopausicas: el cuestionario MENCAV. atención primaria. 2001; 27 (2): 180-92.
- (24) Olazábal Ulacia JC, et al. Atención Primaria. Publicación oficial de la sociedad española de Medicina de Familia y comunitaria. Octubre 2000; 26 (6): 405-414.
- (25) Navarro Despaigne. Factores relacionados con las características del síndrome climatérico en un grupo de mujeres cubanas. Revista cubana de endocrinologia. 1999; 10 (2): 116-23.

- (26) Delgado A. et al. Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predictoras. Atención primaria. Vol. 27, num. 1. enero 2001
- (27) Instituto Nacional de Estadística, geografía e informática: 2003, 2004, 2005.
- (28) Lezcano Ramos J. et al. Estudio de los trastornos psíquicos y somáticos que inciden en el climaterio. Rev. Cubana medicina general e integral 1993;9(2): 121-5.
- (29) Navarro D. Et al. La menopausia no es el fin de la vida. Rev. sex. Soc 1996;5: 35-9.
- (30) Navarro D. Et al. Aspectos psicosociales relacionados con la mujer menopáusica. Endocrino ecuatoriana 1993;2:163-5.
- (31) Garcia Fernando et al. Calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas. Medicina Clínica 2003;16(6): 315-22.
- (32) Ortiz O. et all. Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio. Bogota Colombia. 1993.
- (33) Wikland I. Métodos para evaluar la influencia de los síntomas climatericos sobre la calidad de vida. Marfuritas Bergen Noruega; 29; 63; 1998: 41-50.
- (34) Echeverri Beatriz et all. La mujer ante la menopausia; actitudes, información y desiciones terapeuticas. Universidad Complutense de Madrid. VII Congreso de la ADEH, Granada 2004.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar: Unidad de Medicina Familiar Numero 20

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación " Prevalencia de la calidad de vida en las mujeres posmenopáusicas, así como su actitud ante la menopausea en usuarias de la unidad de Medicina Familiar Núm. 20 Vallejo".

Se me explicó que mi participación consiste únicamente en contestar encuestas, para ello, estoy conciente de que no correré ningún riesgo, ya que la información que daré, será confidencial.

Atentamente:

Nombre y firma del entrevistado

Nombre y firma del investigador

CEDULA DE DATOS PERSONALES:

Le agradeceremos contestar las siguientes preguntas, y marcando una cruz (X), en el cuadro que contenga la opción que usted considere cierta.

EDAD: ___ años

ESTADO CIVIL:

Soltera ___ Casada ___ Divorciada ___ Viuda ___

NIVEL DE ESTUDIOS:

Ninguno ___ Primaria ___ Secundaria ___
Bachillerato o Carrera Técnica ___ Profesional ___

TRABAJO REMUNERADO: Sí ___ No ___

CAUSA DE LA MENOPAUSIA: Natural ___ Quirúrgica ___

EDAD A LA QUE OCURRIO LA MENOPAUSIA: ___ años

CUESTIONARIO DE LA MENCAV

Cuestionario MENCAV

Favor de marcar con una cruz (X) la opción que usted considere.

	4	3	2	1	
	CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	CASI NUNCA
Salud física (Cinco opciones de respuesta respecto a la frecuencia o intensidad)					
1. Dolores y calambres musculares					
2. Hormigueo en las manos					
3. Dolores de cabeza					
4. Dolores o molestias en la espalda					
5. Incapacidad para andar tanto como los demás					
6. Escozor al orinar					
7. Palpitaciones					
8. Sudores fríos					
9. Mareos					
10. En general, cómo diría que es su salud con relación a antes de la menopausia					
Salud psíquica (Cinco opciones de respuesta respecto a la frecuencia o intensidad)					
1. Le resulta difícil concentrarse en sus tareas habituales					
2. Tiene la sensación de que todo se le viene encima					
3. Se nota nerviosa y a punto de explotar					
4. Ha notado que no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados					
5. Se siente satisfecha de sí misma					
6. Piensa que haga lo que haga todo le sale mal					
7. Se encuentra tan desanimada que no le apetece hacer nada					
8. Piensa que la vida no vale la pena vivirla					
9. Se ha sentido triste o deprimida					

Relaciones sexuales (Cinco opciones de respuesta respecto a la frecuencia o intensidad)	CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNA VEZ	RARA VEZ	CASI NUNCA
1. La frecuencia de sus relaciones sexuales es					
2. ¿Podría decir que sus relaciones sexuales son satisfactorias?					
3. ¿Se encuentra tan cansada que las relaciones sexuales no le apetecen?					
4. ¿Ha perdido interés por sus relaciones sexuales?					
Relaciones de pareja (Cinco opciones de respuesta respecto a la frecuencia o intensidad)					
1. ¿Se encuentra satisfecha en la relación con su pareja?					
2. ¿Se considera necesaria como esposa?					
3. ¿Confía en su marido?					
4. ¿Le da su marido oportunidades para opinar?					
Soporte social (Cinco opciones de respuesta respecto a la frecuencia o intensidad)					
1. ¿Visita a sus amistades habitualmente?					
2. ¿Encuentra con quién pasar sus ratos libres?					
3. ¿Suele ir a las actividades, charlas, etc. que se organizan en su localidad?					
4. ¿Cómo considera su vida social?					
5. ¿Sale a entretenerse?					
6. ¿Se siente útil para la gente?					
7. Se siente comprendida por los demás					
8. Sus relaciones sociales son					
9. ¿Le gusta estar rodeada de amigos?					
10. ¿Llama por teléfono a familiares y amigos?					
TOTAL					

ESCALA DE ACTITUDES

ESCALA DE ACTITUDES:

Favor de marcar con una cruz (X) la opción que usted considere

	1	2	4	5	
	TOTALMENTE DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	NO CONTESTA (3)
1 Las decisiones médicas sobre su salud debería tomarlas su médico, no usted*					
2 Usted debería seguir los consejos de su médico, incluso si no está de acuerdo con ellos					
3 Cuando hay más de una forma de tratar un problema, su médico debería informarle sobre cada una de ellas					
4 La menopausia no es un problema médico, sino una etapa más del desarrollo de la mujer					
5 La menopausia significa el comienzo de muchos problemas físicos*					
6 La menopausia debería verse como un problema médico*					
7 Los problemas psicológicos en la menopausia se deben a cambios en la vida, no a cambios hormonales.					
8 Una mujer se siente menos mujer después de la menopausia*					
9 Los maridos de las mujeres posmenopáusicas las ven menos deseables (atractivas sexualmente)*					
10 Una empieza a sentirse vieja con la menopausia*					
11 Con la menopausia, es frecuente que una mujer tenga más problemas psicológicos*					
12 Para las mujeres, la menopausia es un período desagradable*					
13 Una mujer se siente menos atractiva después de la menopausia					
14 Después de la menopausia, las mujeres tienen menos necesidades sexuales					
15 En la menopausia, una se siente con menos ganas de hacer cosas					

	1 TOTALMEN TE DESACUER DO	2 EN DESACUER DO	4 DE ACUER DO	5 TOTALMEN TE DEACUERD O	3 NO CONTEST A
16 La menopausia trae muchos aspectos positivos					
17 Es estupendo que el embarazo no sea posible después de la menopausia					
18 Las mujeres en la menopausia deben tener conciencia de que los cambios físicos son naturales					
19 En la etapa de la vida en la que se produce la menopausia, una se vuelve más madura y tiene más confianza en sí misma					
20 La ausencia de regla después de la menopausia, es un alivio					
21 Después de la menopausia, una se siente libre e independiente					
22 Muchas mujeres se vuelven depresivas e irritables durante la menopausia					
23 Muchas mujeres con cosas interesantes en la vida apenas si notan la menopausia					
24 Muchas mujeres piensan que no son realmente mujeres después de la menopausia					
25 La menopausia no produce cambios importantes en la mayoría de las mujeres					
26 Muchas mujeres sienten pena cuando tienen el período por última vez*					
27 En la menopausia, mi bienestar depende de cómo yo me cuide					
28 Cómo me sienta durante la menopausia depende de mí misma					
29 La menopausia es una enfermedad					
30 La menopausia es una etapa de cambio para las mujeres					
31 La menopausia es el comienzo de una etapa más tranquila en la vida de las mujeres					
TOTAL					