

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA Y
FISIOTERAPIA*



GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

HÁBITOS DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DURANTE EL CLIMATERIO DE LAS MUJERES RESIDENTES EN EL HIERRO

Presentado por

Yacarí Carballo González

Tutor: Carlos Rodríguez Rocha

Cotutora: Estrella Miranda Barrero

Tenerife, Junio 2017

INDICE

▪ Resumen.....	Pág. 3
▪ Introducción.....	Pág. 4
✚ Antecedentes.....	Pág. 5
✚ Conceptos.....	Pág. 6
✚ Datos epidemiológicos.....	Pág. 7
✚ Problemas de salud que aparecen durante el climaterio.....	Pág. 10
✚ Aspectos psicosociales relacionados con el climaterio.....	Pág. 13
✚ Justificación.....	Pág. 14
▪ Objetivos.....	Pág. 17
▪ Metodología.....	Pág. 18
✚ Diseño del estudio.....	Pág. 18
✚ Población diana y sujetos estudio.....	Pág. 18
✚ Tipo de muestreo.....	Pág. 18
✚ Estimación de la muestra.....	Pág. 19
✚ Variables a estudio.....	Pág. 19
✚ Instrumentos de medida de variables.....	Pág. 23
✚ Procedimiento: cuestionario.....	Pág. 23
✚ Análisis de datos.....	Pág. 24
✚ Cronograma.....	Pág. 24
▪ Resultados.....	Pág. 26
▪ Conclusiones.....	Pág. 34
▪ Presupuesto.....	Pág. 38
▪ Consideraciones éticas y legales.....	Pág. 39
▪ Bibliografía.....	Pág. 39
▪ Anexos.....	Pág. 43
✚ Anexo 1: Encuesta de comportamientos saludables y variables sociodemográficas.....	Pág. 43
✚ Anexo 2: Escala de Cervantes.....	Pág. 48
✚ Anexo 3: Carta de presentación del estudio y permiso al Comité de Investigación de Gerencia de Atención Primaria.....	Pág. 49

1. RESUMEN

Introducción: El aumento en la esperanza de vida trae como consecuencia que la mujer prolongue su ciclo vital unos 30 años de media tras la menopausia. El cese permanente de la menstruación es el acontecimiento central del climaterio, caracterizado por un déficit estrogénico y asociado a alteraciones menstruales, osteoporosis y síntomas vasomotores y genitales. Por tanto, el climaterio constituye un desafío que pone en alerta a las autoridades políticas y sanitarias, de ahí la importancia de promocionar hábitos saludables encaminados a prevenir sus complicaciones y mejorar la calidad de vida de la mujer climatérica.

Objetivo: Evaluar los hábitos de salud y la calidad de vida de las mujeres climatéricas residentes en El Hierro.

Método: Estudio descriptivo transversal realizado a mujeres entre 45 y 64 años. Se estimó un tamaño muestral de 114 sujetos seleccionados mediante muestreo por bola de nieve y conveniencia para la realización de un cuestionario sobre comportamientos saludables y calidad de vida. El análisis estadístico se llevó a cabo con el SPSS.

Resultados: Una minoría de la muestra, el 29%, presenta comportamientos saludables y el nivel medio de calidad de vida global encontrado fue de 53,06 puntos y empeora en los sujetos a mayor comorbilidad ($p=0,001$).

Conclusiones: Las mujeres premenopáusicas presentaron comportamientos más saludables y la mejor calidad de vida fue obtenida por las mujeres postmenopáusicas pensionistas. Es necesario captar a la población con menos hábitos de salud y peor calidad de vida conformada por la mujer menopáusica, casada, activa laboralmente y con alguna patología diagnosticada.

Palabras clave: Climaterio; Menopausia; Esperanza de vida; Estilo de vida; Calidad de vida; Educación para la Salud.

ABSTRACT

Health habits and quality of life during the climacteric of women based in El Hierro.

Introduction: The increase in the life expectancy of the woman brings as consequence an extension in their vital cycle approximately 30 years of average after the menopause. The permanent cessation of menstruation is the central event of the climate, characterized by an estrogen deficiency and associated with menstrual alterations, osteoporosis and vasomotor

and genital symptoms. Therefore, the climacteric is a challenge that puts the political and health authorities on alert, hence the importance of promoting healthy habits aimed at preventing their complications and improving the quality of life of climacteric women.

Objective: to evaluate the health habits and the quality of life of the climacteric women based in El Hierro.

Method: Cross-sectional descriptive study of women aged between 45 and 64 years. A sample size of 114 subjects selected through convenience sampling was estimated. The questionnaire on healthy behaviors and the Cervantes Scale was used as a measurement tool. Statistical analysis was performed with SPSS.

Results: A minority of the sample, 29%, presented healthy behaviors and the average level of global quality of life found was 53.06 points and worsened in the subjects with higher comorbidity ($p = 0.001$).

Conclusions: The healthier behaviors were presented by premenopausal women and the better quality of life were presented by the postmenopausal women pensioners. It is necessary to capture the population with less health habits and worse quality of life conformed by menopausal women, married, active labor and some diagnosed pathology.

Key words: Climacterium; Menopause; Life expectancy; Lifestyle; Quality of life; Education for health.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Antecedentes

A lo largo de la historia, las actitudes y creencias respecto a la menopausia han cambiado de forma considerable⁽¹⁻³⁾. Tradicionalmente, se ha percibido como un signo de decadencia, debido a que se ha valorado y primado la capacidad reproductora de la mujer por encima de otros atributos diferenciales⁴. Esta perspectiva de la condición de mujer ha favorecido la aparición de numerosas connotaciones negativas, de manera injustificada, que giran en torno a una vivencia trágica con la llegada de la menopausia⁽¹⁻⁹⁾. Numerosos estudios de investigación multicéntricos sugieren que la variabilidad en las respuestas de las mujeres al cese de la menstruación puede estar relacionada con factores personales y socioculturales, además de los cambios fisiológicos asociado a la menopausia⁽⁴⁻¹²⁾. Por lo tanto, la gran diversidad en la forma en que la población femenina percibe esta etapa de su ciclo vital, marcada por connotaciones históricas y sociales, es extremadamente variable

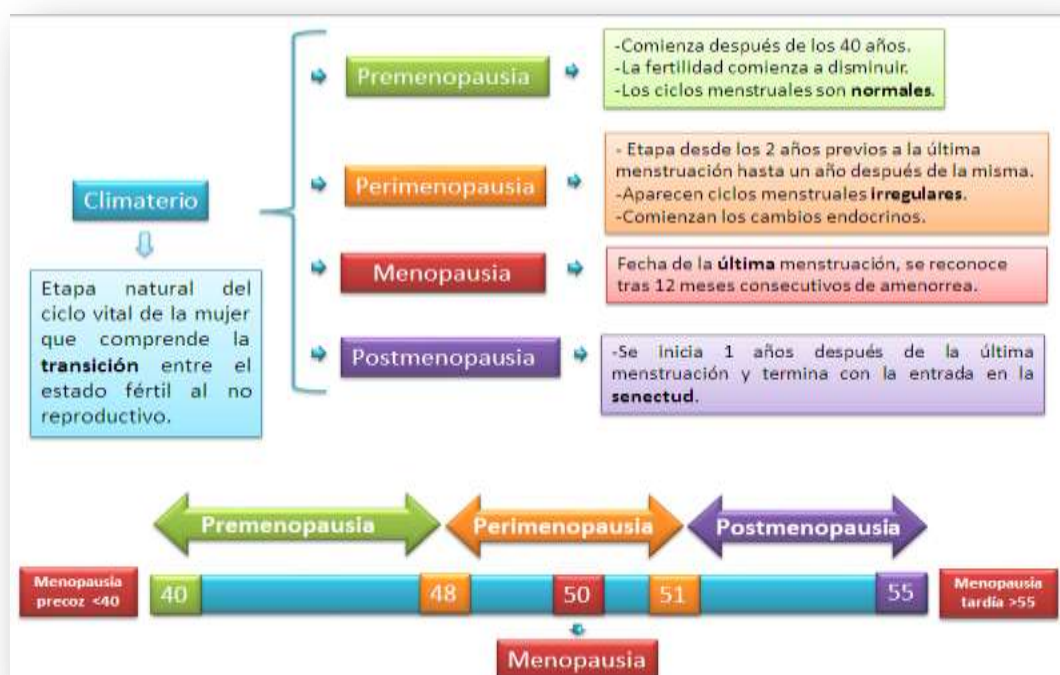
entre diferentes culturas o dentro de una misma cultura ⁽¹⁻¹²⁾. En las sociedades occidentales es un momento vulnerable debido a que se enfatiza la juventud como modelo ideal, sin valorar otras cualidades que se adquieren con la madurez, como la experiencia u otra forma de belleza, lo que hace que la sociedad tenga una consideración social del envejecimiento negativa ⁽¹⁻⁹⁾. Persisten estereotipos que insinúan que la menopausia es un hecho asociado a la pérdida de la juventud, de la belleza, del atractivo y de la sexualidad que puede provocar temor, desaliento, confusión y rechazo debido en gran parte a un cambio que no entiende o no asimila adecuadamente⁴. Además, los síntomas como sofocos, cefaleas, mareos, fatiga, ansiedad, insomnio, irritabilidad, depresión y problemas emocionales tienden a relacionarse típicamente con la menopausia, medicalizando en exceso este proceso fisiológico del ciclo vital de la mujer y convirtiéndolo en patológico ^(2,4). Sin embargo, en las sociedades orientales el climaterio es vivido con ligereza, como un acontecimiento de valoración femenina, donde las mujeres asocian esta vivencia a su envejecimiento y le atribuyen la adquisición de experiencia y sabiduría frente a la vida. Se diferencian, fundamentalmente, de las occidentales porque no valoran exaltadamente la juventud ni la belleza ^(4,6).

En la actualidad se acepta que la menopausia no es una enfermedad sino una etapa que forma parte del ciclo vital de la mujer en la que confluyen una serie de sucesos relacionados con el fin de la fertilidad femenina ⁽¹⁻¹²⁾. Es un proceso biológico caracterizado por la aparición de signos y síntomas derivados de la deprivación hormonal, en especial los estrógenos y que está sometido a múltiples condicionantes psicológicos, sociales y culturales ⁽¹⁻¹²⁾. Las alteraciones vasomotoras y la atrofia urogenital son las manifestaciones que suelen constituir uno de los problemas más importantes en esta etapa ^(2,13). Cuando estos síntomas presentan la suficiente intensidad como para interferir en la calidad de vida es cuando los profesionales de la salud se plantean la prescripción de un tratamiento para reemplazar la deficiencia de estrógenos habituales ⁽¹³⁾. Sin embargo, los ensayos clínicos de prestigio que han analizado los efectos de la Terapia Hormonal Sustitutiva a largo plazo, han obtenido datos que han generado dudas, controversias y discusiones como consecuencia de la obtención de resultados desalentadores. Ello se debe a que en las últimas décadas se había postulado el potencial efecto preventivo del tratamiento hormonal para diversas afecciones como, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, deterioro cognitivo y cáncer de colón. Pero debido a dichos resultados, la Agencia Española del Medicamento, al igual que otras agencias internacionales, señalan que el balance riesgo-beneficio del uso de la terapia hormonal es desfavorable y no está justificado en mujeres sin sintomatología ^(2,13).

2.2. Conceptos

Los términos menopausia y climaterio son utilizados a menudo indistintamente, pero en realidad no indican lo mismo, tienen significados diferentes y es necesario saber distinguirlos correctamente⁽¹⁻²⁾ (Cuadro 1). Según la International Menopause Society (IME), el climaterio se define como el periodo de transición de la edad reproductiva a la no reproductiva y la menopausia como la última hemorragia menstrual⁽¹⁻²⁾. La OMS define el climaterio como *“una etapa natural en la vida de la mujer y no debe ser entendida como un proceso patológico”*. Su inicio se identifica cuando la mujer comienza a sentir trastornos neuroendocrinos, los cuales supondrán la desaparición de la capacidad reproductiva⁽¹⁻²⁾. Este proceso se puede dividir en tres fases: la premenopausia, la perimenopausia y la postmenopausia. La premenopausia por lo general, comienza después de los 40 años, es entonces cuando la fertilidad comienza a disminuir, pero los ciclos menstruales siguen siendo normales o como lo había sido durante toda la vida reproductiva. A continuación, aparece la perimenopausia, va desde los dos años anteriores a la última menstruación hasta un año después de ésta; durante este periodo comienzan a aparecer los ciclos menstruales irregulares y los cambios endocrinos. Y, por último, la postmenopausia que se inicia un año después de la última menstruación¹. El acontecimiento central del climaterio lo constituye la menopausia. La OMS también establece una definición de menopausia, y ésta es: *“el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas que la justifiquen”*. No se instaura de forma brusca, va precedida de la perimenopausia, aparecen irregularidades en el ciclo con periodos de amenorrea cada vez más largos y está marcada por la pérdida de la función folicular ovárica. Se presenta entre los 45 y 55 años y es solo un signo de los característicos del climaterio. Los factores más influyentes en su aparición son los antecedentes familiares y hereditarios, aunque también intervienen factores geográficos o de raza, el tipo de alimentación, hábitos tóxicos como el tabaco, la edad de la menarquía, la paridad, la toma de anovulorios, la obesidad y enfermedades graves^(1-2,14). Se considera menopausia precoz cuando aparece antes de los 40 años y tardía cuando ocurre después de los 55 años. Cabe mencionar también la llamada menopausia artificial, provocada por radioterapia, quimioterapia o intervenciones quirúrgicas orientadas a la extirpación de la matriz o los ovarios, que obviamente también provoca el cese de la menstruación⁽¹⁻²⁾.

Cuadro 1: Definición de conceptos sobre el climaterio y la menopausia.

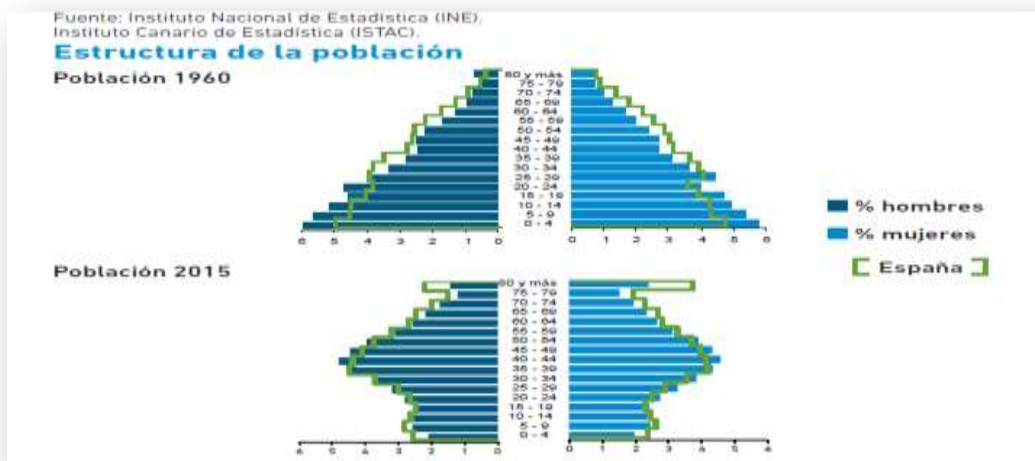


Fuente: Elaboración propia

2.3. Datos epidemiológicos

Hace cien años la mujer europea entraba en la menopausia a los 40 años y su esperanza de vida era de 6 años más ⁽¹⁵⁾. Sin embargo, los cambios en la pirámide poblacional (Cuadro 2), han provocado un cambio de escenario demográfico caracterizado por un acusado envejecimiento poblacional, que se acentúa más en el mundo rural, además de una proporción de mujeres ancianas más alta debido a que tradicionalmente han tenido mejores hábitos saludables con respecto al hombre ⁽¹⁶⁻²⁰⁾

Cuadro 2: Pirámide poblacional en 1960 y 2015 en Canarias y España¹⁸.



En estos momentos la esperanza de vida de la población española a los 65 años se encuentra para ambos sexos, entre las más altas de la Unión Europea y del mundo¹⁹. Si en las próximas décadas no varía el escenario descrito, caracterizado por la evolución de la esperanza de vida a largo plazo, y si la población española conserva su posición actual entre los líderes mundiales en longevidad, cabe esperar que en el año 2050 la esperanza femenina nacional se fije en 91,1 años de vida¹⁹. La clave en el incremento que ha experimentado la esperanza de vida durante el siglo XX ha sido el descenso de la mortalidad, en especial la infantil, reflejo de progreso en las condiciones sanitarias, sociales, económicas y mejora de los estilos de vida^(16,19) (Cuadro 3).

Cuadro 3: Esperanza de Vida al nacer por sexo en España, 1900-2015.



En la actualidad, en España, las mujeres entran en la menopausia a una edad media de 50,1 años^(1-2,15) y 48,5 en el caso de la comunidad canaria². Y si tenemos en cuenta que la

esperanza de vida de las mujeres españolas se ha incrementado hasta los 84,5 años ^(16,17) y a 83,7 en Canarias¹⁸, significa que la población femenina pasará 30 o más años de su vida en estado postmenopáusico. Además, debido al contexto demográfico el grupo de mujeres está experimentando un rápido aumento. El total de población femenina mayor de 45 años asciende en 2016 a 10 millones¹⁷, de las cuales 6.463.706, es decir, el 65% pertenecen al grupo de mujeres con edades comprendidas entre 45 y 64 años. En Canarias el total de mujeres con edades comprendidas entre 45 y 64 años es de 301.514 y en la isla de El Hierro es de 1411 mujeres¹⁸ (Tabla 1).

Tabla 1: Población total y femenina con edades comprendidas entre 45 y 64 años.

Demografía	Población Total en 2016 Ambos sexos	Población de mujeres entre 45 y 64 años		Número de mujeres entre 45 y 64 años que han aumentado de 2015 a 2016
		En 2015	En 2016	
España	46.43.8422	6.359.213	6.463.706	104.493
Canarias	2.133.667	294.225	301.514	7.289
El Hierro	10.587	1.377	1.411	34

El Hierro es la isla más occidental y meridional de Canarias. Pertenece a la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Es la más pequeña del archipiélago canario, con una superficie de 268 km² (Cuadro 4) y, también, la menos poblada de las 7 islas, con una densidad poblacional de 39 habitantes/km². El municipio más poblado es Valverde, y los datos demográficos reflejan que desde el año 2012 ha ido descendiendo el número de habitantes. Actualmente, tiene una población de 10587 habitantes, el mismo número que en 2015 y 446 habitantes menos que en 2012. Sin embargo, el número de mujeres climatéricas va en aumento¹⁸.

Cuadro 4: Densidad poblacional de El Hierro.



Las proyecciones de población permiten anticipar la evolución futura del número, así como, de la composición por sexo y edad de los residentes en un área geográfica determinada. Al mostrar las características que presentará cada población, hacen posible la evaluación de las necesidades y las medidas a adoptar en cada territorio. Hace tiempo que ya se anunciaba que el acusado envejecimiento poblacional iba a suponer un grave problema de salud para las políticas sanitarias¹⁹. En este sentido, la OMS ya informaba, el siglo pasado, a las autoridades sanitarias sobre las consecuencias del rápido aumento de mujeres postmenopáusicas previsible para el 2030 y recomendaba la preparación de los servicios de salud y de las actividades educativas y de promoción, adecuadas para atender las necesidades de salud en ésta, cada vez, más amplia etapa de su vida²¹.

2.4. Problemas de salud que aparecen durante el climaterio.

El climaterio lleva consigo una serie de riesgos para la salud debido a que tras unos años de privación hormonal hay un mayor riesgo de obesidad, como consecuencia de los cambios producidos en el organismo manifestados por el aumento en el porcentaje graso y la distribución del tejido adiposo con mayor acumulación en la zona abdominal, a la vez que disminuye la masa magra muscular y el tejido óseo, incrementándose también el riesgo de osteoporosis, diabetes y cáncer de mama²². No obstante, se ha relacionado la menopausia y postmenopausia con diversos síntomas y procesos crónicos pero no siempre con una base epidemiológica sólida². Según la evidencia disponible actualmente, el descenso de los estrógenos que se produce en esta etapa de la vida únicamente se asocia a alteraciones menstruales, síntomas vasomotores, genitales y osteoporosis, con un Grado A de evidencia². No se relacionan con el déficit estrogénico ni el aumento del riesgo cardiovascular, ni los síntomas osteomusculares, ni la disminución de la capacidad cognitiva ni tampoco los trastornos en el estado de ánimo, con un Grado B de evidencia. Así pues, los problemas de salud que acontecen durante el climaterio (Tabla 2), se dividen en dos grupos²:

2.4.1. Problemas de salud asociados al déficit estrogénico:

- **Alteraciones menstruales:** unos años antes de la menopausia pueden aparecer alteraciones menstruales y suelen ser la causa más frecuente de consulta médica, junto a las alteraciones vasomotoras, ya que, son los síntomas que más afectan la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio. Las hemorragias menstruales pueden dar lugar a cuadros de anemia ferropénica y las formas de presentación de las alteraciones menstruales más frecuentes durante el climaterio son:
 - Proiomenorrea o polimenorrea: ciclos menores de 21 días.
 - Hipermenorrea o menorragia: menstruación con sangrado intenso o prolongado.

- Metrorragia: sangrado fuera de la menstruación.
 - Amenorrea: ausencia de la menstruación.
- **Alteraciones vasomotoras:** Se describen comúnmente como “sofocos”. Consisten en una sensación subjetiva de calor, que se extiende desde el tórax y los brazos hacia la cara, y que se acompaña frecuentemente de enrojecimiento, sudoración, escalofríos y, en ocasiones, de palpitaciones. Aparecen sobre todo en los primeros dos años tras la menopausia y en un 25 % de las mujeres pueden persistir hasta 5 años o más. En un pequeño porcentaje pueden presentarse en la premenopausia. Se producen por una graduación del centro termorregulador “a la baja”, lo que hace que se ponga en marcha mecanismos para disminuir la temperatura como la vasodilatación cutánea. Se ha demostrado la asociación entre determinados factores de riesgo y la frecuencia o intensidad de los síntomas vasomotores. Algunos factores no son modificables (raza, ooforectomía, menopausia quirúrgica y padecer una enfermedad crónica), mientras que otros sí lo son (obesidad, ejercicio físico y tabaco entre otros).
- **Alteraciones genitales:** la disminución de los estrógenos produce:
 - Atrofia en la mucosa vaginal, perdiendo glándulas secretoras, rugosidad y espesor. La vagina se acorta debido a la regresión del cérvix y la vulva y el introito pierden elasticidad. Estos cambios en ocasiones generan síntomas como sequedad vaginal y dispareunia. Se ha demostrado la asociación entre determinados factores de riesgo y la frecuencia o intensidad de los síntomas genitales. Estos factores no son modificables (edad, raza, menopausia quirúrgica y posmenopausia y padecer una enfermedad crónica). También se ha constatado que las mujeres con una vida sexualmente activa presentan un menor grado de atrofia vaginal que las no activas en la postmenopausia.
 - Atrofia en la mucosa de la uretra y vejiga. La asociación entre la incontinencia urinaria y la disminución de estrógenos no está clara, y mientras algunos estudios la demuestran, otros no, con un nivel de evidencia C. Tampoco se ha encontrado una asociación causal entre la menopausia y las infecciones recurrentes del tracto urinario, con un nivel de evidencia Grado C.
- **La osteoporosis:** es la pérdida de masa ósea que ocurre antes en las mujeres y se acelera al cesar la producción de estrógenos, con un nivel de evidencia Grado A. Inicialmente el ritmo de pérdida aumenta en la perimenopausia y en los años inmediatamente posteriores, para finalmente disminuir e igualarse al de los varones (Grado B de evidencia). La edad y el tiempo transcurrido desde el inicio de la menopausia son los predictores más importantes de la densidad mineral ósea. La consecuencia más importante de la osteoporosis es la fractura.

2.4.1 **Problemas de salud no relacionados con el déficit estrogénico:**

- **El incremento del riesgo cardiovascular:** se relaciona, en contra de lo que se había sostenido hasta hace poco tiempo, con el aumento de los factores de riesgo que van apareciendo con la edad y no con la deprivación estrogénica, con un Grado B de evidencia. Al compararse las curvas de mortalidad por edad en ambos sexos, se observa un paralelismo total a lo largo de la vida, de forma que las tasas de mortalidad en las mujeres se mantienen siempre inferiores a la de los varones encontrándose el punto de inflexión en ambas curvas entre los 65-70 años y alejado, por tanto, de la edad en la que ocurre la menopausia.
- **Los síntomas osteomusculares:** están relacionados con la sobrecarga mecánica y la falta de entrenamiento físico y no con los cambios hormonales que ocurren durante el climaterio (Grado B de evidencia).
- **La disminución de la capacidad cognitiva:** son diversos los estudios que tampoco han observado una asociación con la menopausia.
- **Los trastornos del estado de ánimo:** aparecen con frecuencia a esta edad y, a menudo, se ha querido asociar una enorme cantidad de manifestaciones somáticas y psíquicas como la irritabilidad, astenia, estado de ánimo depresivo, etc., a la menopausia pero son varios los estudios que no han encontrado relación entre estos y el déficit estrogénico² (nivel de evidencia Grado B). Se obvia que en este periodo de la vida existe ya un progresivo deterioro físico y hay una acumulación de vivencias que pueden guardar más relación con estas cuestiones que con la menopausia propiamente dicha. Probablemente se observen más por el cambio vital que experimenta la mujer climática a nivel personal, familiar y laboral².

Tabla 2: Problemas de salud que aparecen durante el climaterio.

Problemas de salud que aparecen durante el climaterio	
Asociados al déficit estrogénico	No relacionados con el déficit estrogénico
- Alteraciones menstruales	- Aumento del riesgo cardiovascular
- Síntomas vasomotores	- Síntomas osteomusculares
- Alteraciones genitales	- Disminución de la capacidad cognitiva
- Osteoporosis	- Trastornos del estado de ánimo

Una cuarta parte de las mujeres no presentan nunca síntomas, y en aquellas que lo presentan son generalmente leves o pasajeros². En cualquier caso, no todas las mujeres tienen por qué percibirlos y, en caso de que esto suceda, no todas van a referirlos con la misma intensidad⁽²⁻⁹⁾.

2.5. Aspectos psicosociales coincidentes con el climaterio

Los cambios ocasionados durante el climaterio, comunes a todas, pero vividos de modo individual por cada mujer, se entrecruzan con factores biológicos, psíquicos y culturales, que pueden relacionarse con otras circunstancias de la vida como el nivel educativo, el estatus laboral y socioeconómico, el hábitat rural o urbano, la existencia o no de apoyos sociales, la responsabilización del cuidado de enfermos o personas mayores a su cargo, el tipo y la frecuencia de relaciones familiares y sociales y la satisfacción o insatisfacción con la propia vida⁽¹⁻²⁾. Todos ellos son factores que pueden incidir sobre la gran diversidad de maneras de vivir la menopausia, no solo en la manifestación o no de síntomas, sino en el modo en que estos son vivenciados^(4,6). Por todo ello, la mujer, a pesar de tener mayor esperanza de vida que el hombre⁽¹⁶⁻²⁰⁾, tiene una peor autopercepción de su salud sobre todo en los años coincidentes con el climaterio^(2,23). Y si, además, se tiene en cuenta el desconocimiento y la desorientación que la mayoría experimentan en esta etapa según los estudios publicados^(11,24), es sin duda, uno de los factores que más influyen en la vivencia negativa de la misma y en el déficit de autocuidados para la prevención de las complicaciones de la menopausia^(11,23-24). Como consecuencia de todo lo anterior, la calidad de vida de la mujer en el climaterio puede verse afectada. El concepto de calidad de vida es muy difícil de definir, ya que, está lleno de dificultades, empezando por la complejidad que representa. No existe una definición universalmente aceptada del término “calidad de vida” pues es un concepto muy subjetivo donde intervienen un gran número de aspectos a valorar en la vida humana, la salud, la familia, el trabajo, las relaciones sexuales, el nivel económico y un largo etcétera. Ante esta falta de consenso para definir “calidad de vida”, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Se trata, de un concepto amplio y complejo, que está directamente influido por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo y está estrechamente relacionada con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la interacción con el medio ambiente^(15, 25-27).

Por ello, cada vez son más los profesionales de diversas disciplinas que se conciencian de que los retos para introducir cambios positivos que mejoren la salud y la calidad de vida de la mujer durante el climaterio giren en torno a tres grandes aspectos²:

- Aspectos biológicos: es necesario su conocimiento previo para una mejor aceptación y asimilación de los cambios fisiológicos para posteriormente tener la capacidad de adaptación a los mismos.

- Aspectos psicológicos: es importante la aceptación de la propia imagen, tener una adecuada autoestima y autoconocimiento, buena comunicación y adecuada confrontación con la enfermedad y la muerte.
- Aspectos sociales: hay que tener en cuenta los posibles cambios en la estructura familiar (la ruptura o el reencuentro de la pareja), la reducción o la desaparición de las tareas parentales, la aparición de familiares dependientes que requieran cuidados, etc., las relaciones fuera del hogar y el tiempo de ocio entre otros aspectos.

2.6. Justificación

En los últimos años, las mejoras en los sistemas de salud están conduciendo a un incremento en la esperanza de vida, con una modificación de las pirámides poblacionales, siendo el grupo de mujeres el que está experimentando un rápido crecimiento⁽¹⁶⁻²⁰⁾. Además, el aumento en su longevidad trae como consecuencia que la mujer prolongue su ciclo vital unos 30 años de media tras la menopausia. Debido a este escenario se prevé un grave problema de salud futuro si no se planifican políticas sanitarias para solventar las necesidades de salud detectadas en la población de mujeres climatéricas²¹.

Con el objetivo de atender las necesidades de salud de la mujer durante el climaterio el Servicio Canario de la Salud presenta en 2007 el Programa de Atención a la Salud Afectivo-sexual y Reproductiva (P.A.S.A.R.)². Se trata de una Guía de Actuación en el Climaterio que pretende dar una respuesta integral a los problemas de salud relacionados o coincidentes con este periodo de vida de la mujer. Además, dota a los profesionales de la salud de herramientas necesarias para el desarrollo de actividades de promoción de salud y de prevención, diagnóstico y tratamiento de los cambios, tanto de naturaleza física como psíquica, que ocurren en una etapa de la vida de la mujer en la que empieza a dejar atrás la fase reproductiva y se aproxima a su senectud. Pretende orientar sobre cómo prevenir las graves consecuencias de estos cambios, siguiendo una serie de recomendaciones, entre las que se incluyen el ejercicio físico, una alimentación sana y equilibrada, chequeos periódicos y cuando esté indicado, una terapia hormonal sustitutiva, de modo que se pueda compaginar la menopausia y la calidad de vida².

Por lo tanto, el climaterio constituye un desafío que pone en alerta a las autoridades políticas y sanitarias, de ahí la importancia de la preparación de los servicios de salud para promocionar hábitos saludables encaminados a prevenir las complicaciones derivadas del climaterio y a mejorar su calidad de vida²¹.

En diferentes grupos poblacionales se ha demostrado que la dieta cobra especial relevancia para evitar la aparición de las mencionadas complicaciones, de tal modo que, el fomento de una alimentación sana y equilibrada constituye un tratamiento eficaz en la etapa climatérica²⁸. Así pues, es fundamental en esta etapa de riesgo metabólico: disminuir progresivamente el aporte de calorías diarias, ya que, al disminuir la masa magra se reducen las necesidades energéticas²⁹; incrementar el aporte de calcio, debido a que la deprivación hormonal aumenta la pérdida de la masa ósea y disminuye la absorción del calcio a nivel intestinal; y, por último, limitar el aporte de grasas saturadas para contrarrestar el aumento en el tejido adiposo y su tendencia a la acumulación en la zona abdominal²⁹. Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica son pocas las investigaciones que han analizado el comportamiento alimentario y hábitos de salud de las mujeres españolas en la menopausia. Cabe destacar en esta línea solamente tres estudios:

- López Santos et al, analizó en 2002 el comportamiento de factores conductuales relacionados con la salud de 60 mujeres climatéricas de Huelva utilizando para ello un cuestionario de elaboración propia del equipo investigador denominado “Comportamientos relacionados con la salud de la mujer durante el climaterio”. Dicho estudio concluyó que la mayoría de la muestra presentó un comportamiento alimentario saludable, mientras que, en los comportamientos relacionados con la actividad física y aspectos psicosociales se obtuvieron resultados menos saludables³⁰.
- Moure Fernández et al realizó en 2008 un estudio similar utilizando el mismo cuestionario que López Santos para una muestra de 425 mujeres climatéricas del Área de Vigo y va un paso más allá relacionando los comportamientos de salud con el nivel de conocimientos de la muestra sobre la menopausia. Los resultados obtenidos indicaron que la mayoría presentó un alto conocimiento sobre la menopausia pero no se correlacionó con mejores comportamientos saludables, lo cual se contradice con la bibliografía publicada hasta el momento, puesto que, los comportamientos inadecuados en salud se asocian a niveles de conocimientos bajos y no al contrario. Las conclusiones de este estudio sugieren que los comportamientos inadecuados, a pesar de poseer un alto conocimiento, están ligados a un problema de actitud debido a la dificultad en el cambio de modificación de conductas en la edad adulta^(11,31).
- Finalmente, Úbeda et al publicó, en 2007, una investigación que pretendía conocer la dieta y los hábitos alimentarios, a partir de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos realizada a una muestra de 1218 mujeres españolas en estado de menopausia y perimenopausia procedentes de todas las Comunidades Autónomas. Sus resultados coinciden con la investigación de López Santos, ya que,

obtuvo que la dieta de la muestra estudiada se adecúa a los patrones de alimentación saludable³².

Por otro lado, la mejora de la calidad de vida de la mujer menopáusica está relacionada con una disminución de la sintomatología climatérica. Los resultados de diversos trabajos, sobre algunas poblaciones de Estados Unidos, Suecia y Francia evidencian que las mujeres perimenopáusicas tienen peor percepción de su salud y más síntomas físicos o somáticos que las mujeres premenopáusicas²⁶. Llama la atención el escaso número de investigaciones realizadas en España a pesar de que, en los últimos años, se han hecho notables esfuerzos para medir y objetivar la calidad de vida relacionada con la salud en la mujer. Ejemplo de ello es el estudio llevado a cabo por Santiago Palacios, entre 2001 y 2002, diseñado para desarrollar y validar una escala específica para la menopausia en la mujer española, denominada Escala Cervantes, en la que participaron un total de 3482 mujeres pertenecientes a todas las comunidades autónomas del país²⁵. Sin embargo, a pesar de contar con esta magnífica herramienta, tras la búsqueda bibliográfica llevada a cabo, se encontraron pocos estudios nacionales publicados, que a continuación se detallan:

- Antolín Rodríguez et al realizó, desde 2012 a 2013, el análisis de la calidad de vida, mediante la Escala Cervantes, de 425 mujeres climatéricas en el Área en Vigo y concluyó que la muestra presentó buen nivel de calidad de vida obteniendo un resultado global de puntuación de 53,6 de media¹⁵.
- Pérez González analizó, entre el 2013 y 2015, la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas a una muestra de 163 mujeres madrileñas y los resultados obtenidos son coincidentes con el estudio de Antolín Rodríguez, ya que, la muestra presentó una puntuación en la Escala Cervantes de 52,9 de media²⁶.
- Y, por último, Sánchez Borrego et al publicó en 2014 un estudio epidemiológico multicéntrico que pretendía evaluar la calidad de vida de la mujer menopáusica mediante la Escala Cervantes y el impacto del tratamiento en la práctica clínica. En dicho estudio participaron un total 1344 mujeres menopáusicas españolas y se obtuvo una puntuación media global de la Escala Cervantes de 63.46, más alta que en los estudios anteriores y, por lo tanto, peor calidad de vida de los sujetos a estudio que en las investigaciones previas²⁷.

En el contexto actual, donde la menopausia ya no se contempla como un hecho único relacionado con las manifestaciones clínicas derivadas de los cambios hormonales, disponer de un instrumento capaz de valorar el efecto de otras áreas, además de las físicas, en el bienestar de la mujer tiene una gran relevancia para conocer mejor qué se siente en esta

etapa de la vida y acercarse a los problemas reales de cada paciente. En este sentido, el concepto de calidad de vida abarca numerosas facetas y no exclusivamente las relacionadas con aspectos de «salud» o «enfermedad» propiamente dichos, sino que se hace necesario tener una perspectiva más global que incluya aspectos, como el estado de ánimo, la relación de pareja y la sexualidad, que van a repercutir en su bienestar general. Por lo tanto, es de vital importancia un abordaje integral de la población femenina con el fin de conocer sus necesidades de salud y mejorar su calidad de vida. Para ello, es necesario la oferta de cuidados encaminados a la prevención de complicaciones asociadas y la promoción de buenos hábitos para una menopausia saludable, donde enfermería tiene una labor clave para la puesta en marcha de actividades y programas de educación para la salud de la mujer en el climaterio.

Por todo lo anterior, el presente estudio se ha centrado en investigar en en la isla de El Hierro, la más occidental, más pequeña y menos poblada del Archipiélago de Canarias, caracterizada por sus peculiaridades geográficas, sociodemográficas de ámbito rural y semirural, los hábitos saludables y la calidad de vida de las mujeres climatéricas con el objetivo de conocer su grado de bienestar y detectar sus necesidades de cuidados durante el climaterio.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general: Evaluar los hábitos de salud y calidad de vida de las mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 64 años residentes en la Isla de El Hierro.

3.2. Objetivos específicos:

3.1.2.1. Conocer las conductas saludables y la calidad de vida de la población a estudio.

3.1.2.2. Analizar si las siguientes variables sociodemográficas influyen en los hábitos de salud y la calidad de vida de la población a estudio:

- La zona de residencia
- El nivel de estudios
- Situación laboral

3.1.2.2. Averiguar si la calidad de vida y los hábitos saludables difieren en función de la etapa del climaterio en que se encuentre la población estudiada.

3.1.2.3. Determinar si las mujeres que presentan comportamientos más saludables tienen mejor calidad de vida.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo y transversal realizado en el Área de salud de la isla de El Hierro.

4.2 Población diana y sujetos a estudio

La población diana la conformó el colectivo de mujeres residentes en la isla de El Hierro que cumplieron los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:

- Tener la edad comprendida entre los 45 y 64 años en el momento del estudio.

- Aceptación voluntaria para la cumplimentación del cuestionario utilizado en el periodo de trabajo de campo para la recopilación de datos a estudio.

- Criterios de exclusión:

- Se excluyeron del estudio aquellos sujetos que no cumplían con el criterio de edad, ni residencia y que no cumplimentaron el total de las preguntas del cuestionario.

4.3 Tipo de muestreo

La selección de la muestra se efectuó mediante un muestreo no probabilístico en el que se combinaron dos tipos de muestreos:

- Muestreo por bola de nieve: inicialmente se empleó dicha técnica por las ventajas costoefectivas que aportaba:

- Permitía acceder a la población objeto de estudio de difícil acceso por parte del investigador dada la lejanía geográfica entre Tenerife y El Hierro.

- Se divulgaba a efecto de bola de nieve a través de conocidos y amigos de los propios sujetos a estudio y, con ello, se pretendía aumentar la participación en el estudio para obtener el tamaño de la muestra estimada.

- Muestreo de conveniencia o accidental: finalmente se complementó el muestreo con dicha técnica para aumentar el número de sujetos a estudio dada la gran efectividad operativa que ofrece para la selección de aquellos sujetos más fácilmente accesibles, lo que requirió el desplazamiento del investigador a la isla de El Hierro para completar el trabajo de campo.

4.4 Estimación de la muestra

Se estimó el tamaño muestral aplicando la fórmula de poblaciones finitas³³ (Cuadro 5), considerando que los trastornos percibidos por las mujeres que sufrían deterioro de su calidad de vida durante el climaterio oscilan entre un 50% y 85% según la bibliografía consultada^(15,26, 27), por lo que para su cálculo se ha tomado como valor esperado (**P**) el 50% para una precisión (**e**) del 9% y un nivel de confianza (**Z**) del 95%. Bajo estos supuestos y, teniendo en cuenta que la población finita (**N**) es de 1411, según fuentes del ISTAC¹⁸, el tamaño muestral resultante fue de 109 mujeres, aumentándose un 5% para cubrir posibles pérdidas si las hubiera, siendo el tamaño final resultante de la muestra a estudio de 114 sujetos.

Cuadro 5: Cálculo de tamaño muestral para población finita.

Proceso de Muestreo

Tamaño de la Muestra.

- Fórmula:
Población finita: $n = Z^2 p q N / e^2 (N-1) + Z^2 p q$ **n = 109**
- Donde:
n = tamaño de la muestra.
N = Población o universo. **N = 1411**
Z = nivel de confianza. **Z = 1,96 PARA ÍNDICE DE CONFIANZA DE 95%**
p = probabilidad a favor. **P = 50% = 0,5**
q = probabilidad en contra. **Q = 1 - P = 1 - 0,5 = 0,5**
e = error muestral. **E = 9% = 0,09**

CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL

$$\frac{Z^2 p q N}{[e^2 (N-1) + Z^2 p q]} = n$$

FÓRMULA POBLACIÓN FINITA

$$\frac{[1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 1411]}{[(0,09)^2 \times (1411-1) + (1,96^2 \times 0,5 \times 0,5)]} = 109$$

Fuente: Elaboración propia

4.5 Variables a estudio: se engloban en tres grandes categorías:

4.5.1 Variables sociodemográficas y de características clínicas de la muestra:

- Edad: agrupando a la muestra en 4 rangos de edad:
 - De 45 a 49 años
 - De 50 a 54 años
 - De 55 a 59 años
 - De 60 a 64 años
- Lugar de residencia: distinguiendo entre:
 - Municipio: Frontera, Valverde y El Pinar
 - Ámbito: semirrural y rural.
- Estado civil: distinguiendo entre:
 - Soltera
 - Casada

- Separada
- Divorciada
- Viuda
- Paridad: número de hijos
- Estudios realizados: distinguiendo entre:
 - Sin estudios
 - Primarios
 - Secundarios
 - Universitarios
- Profesión
- Situación laboral: distinguiendo entre:
 - Activa
 - En paro
 - Pensionista
- Etapa climatérica: se distingue entre:
 - Premenopáusica: sin menopausia
 - Perimenopáusica: con menopausia de cese menor a 12 meses.
 - Postmenopáusica: con menopausia de cese igual o mayor a 12 meses.
- Patología Diagnosticada
- Consumo de medicación

4.5.2 Variables relacionadas con la categoría de comportamientos saludables se subdividen en las siguientes 5 subcategorías:

- **Alimentación:** para ello se valoró:
 - La frecuencia de consumo mínimo saludable de la “*Rueda de los Alimentos*”, considerando como pauta saludable para cada grupo la siguiente recomendación en ingesta diaria y/o semanal:
 - Grupo 1: Leche y derivados, con frecuencia mínima recomendada de $\frac{3}{4}$ a 1 litro de leche o derivados de bajo contenido en grasa.
 - Grupo 2: Carne, pescado y huevos, alternando en la semana el grupo proteico a 4 ó más raciones de pescado semanal, no más de 3 huevos a la semana, limitar el consumo de marisco y tomar de 2 a 3 raciones de carne semanal por su efecto desmineralizante.
 - Grupo 3: Papas, legumbres y frutos secos de 2 a 4 raciones en semana.
 - Grupo 4: Verduras y hortalizas 2 raciones al día: una de ellas cruda y la otra ración cocida.
 - Grupo 5: Frutas: 3 raciones al día, una de ellas rica en vitamina C.

- Grupo 6: cereales, arroz, pan, maíz, pastas y azúcar de 4 a 5 raciones al día.
 - Grupo 7: Aceites y otras grasas. Con una frecuencia recomendada de 2 a 4 cucharadas de aceite de oliva al día.
- Consumo del grupo de alimentos de ingesta ocasional: postres, dulces, fritos, precocinados, bollería y embutidos grasos: en esta categoría se distinguió entre:
- Inadecuado consumo: frecuencia de consumo superior a la recomendada por la Pirámide de Alimentación para este grupo de alimentos de consumo ocasional.
 - Adecuado consumo: ocasional.
- Distribución adecuada de las comidas repartidas en los cinco momentos del día desde el desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena, teniendo en cuenta si realizan picoteo.
- Consumo de café al día distinguiéndose entre:
- Consumo inadecuado: más de dos cafés al día.
 - Consumo adecuado: hasta dos cafés diarios.
- Consumo moderado de sal distinguiéndose entre:
- Consumo excesivo
 - Consumo moderado
- Ingesta hídrica adecuada: distinguiéndose entre:
- Insuficiente para cantidades inferiores a 1,5 litros
 - Adecuada para ingestas iguales o superiores a 1.5 litros
- Tipo de alimentación: distinguiéndose entre 3 subcategorías en función del cumplimiento de los siguientes criterios: frecuencia mínima saludable de los 7 grupos de alimentos, consumo aconsejado para el grupo de alimentos de frecuencia ocasional, evita el picoteo durante el día, consumo moderado de sal y café e ingesta hídrica adecuada.
- Dieta inadecuada si incumple más de 3 criterios de las anteriormente mencionadas.

- Dieta parcialmente adecuada para aquellos casos en los que presente el incumplimiento de 2 a 3 criterios.
 - Dieta adecuada si cumple casi la totalidad de los criterios anteriormente mencionados.
- **Ejercicio físico:** distinguiéndose entre
 - Sedentarismo: inactividad.
 - Parcialmente activo para actividad física inferior a 30 minutos y/o menor a 5 días en semana.
 - Práctica de actividad física para ejercicio de 30 ó más minutos de duración de 3 ó más días a la semana.
- **Tabaquismo:** distinguiendo entre:
 - No fumador
 - Fumador
 - Ex fumador
- **Consumo de alcohol:** Distinguiéndose entre:
 - Abstemio: al no bebedor de alcohol.
 - Bebedor moderado: consumo en la mujer de hasta 11 UE/semana.
 - Bebedor de alto riesgo: consumo entre 11 y 17 UE/semana.
- **Hábitos saludables:** si se cumplen los siguientes 6 criterios de comportamientos saludables:
 - Dieta adecuada o parcialmente adecuada
 - Actividad física saludable o parcialmente activa
 - No fumador
 - Abstemio o bebedor moderado
 - Consumo limitado de café
 - Consumo limitado de sal

4.5.3 La calidad de vida que incluye la valoración de 4 dominios:

- Dominio Menopausia y Salud: que a su vez se subdivide en 3 subdominios:
 - Síntomas vasomotores
 - Salud
 - Envejecimiento
- Dominio Psíquico
- Dominio Sexualidad
- Dominio Relación de pareja

4.6 Instrumentos para la recogida de los datos a estudio:

Se han utilizado dos cuestionarios:

4.6.1 Para la valoración de las variables sociodemográficas y de características clínicas, así como, para el análisis de los comportamientos saludables se ha escogido como instrumento de medida el “*Cuestionario sobre los comportamientos relacionados con la salud de la mujer en el climaterio*” elaborado por el equipo investigador de Lopez Santos y utilizado como instrumento de recogida de datos en su estudio³⁰. Para su construcción y aprobación fue sometido a una prueba de jueces con 9 profesionales seleccionados por ser expertos en la atención de la salud a la mujer climatérica y tener amplios conocimientos y experiencia en este tipo de metodología de investigación. Se trata de un cuestionario de elaboración propia que consta de 146 ítems agrupados en cinco grandes áreas que valoran: conducta alimentaria, actividad física, conducta respeto al sueño, conducta psicosocial y otras conductas relacionadas con la salud como tabaco y consumo de fármacos. Con el fin de investigar los comportamientos saludables hemos escogido del cuestionario original 85 ítems para medir las variables anteriormente descritas en el bloque uno y dos (Anexo I).

4.6.2 Para la valoración de la Calidad de Vida en la mujer climatérica se ha seleccionado “*La Escala Cervantes*” (Anexo II). Se trata de un test validado que forma parte de una nueva generación de instrumentos de medición de la calidad de vida y está relacionada con la salud que es específica para la menopausia. Su ámbito de aplicación es la población femenina española de entre 45 y 64 años de edad. Su puntuación mínima es de 0 puntos y la máxima de 155 puntos (de mejor a peor calidad de vida a mayor puntuación), y dispone de baremos para comparar el resultado con mujeres más jóvenes o de la misma edad. Consta de 31 ítems estructurados en 4 variables principales: menopausia y salud, dominio psíquico, sexualidad y relación de pareja. La dimensión de menopausia y salud incluye las subdimensiones de sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento²⁵

4.7 Procedimiento: elaboración del cuestionario.

Se elaboró un test único que integraba los dos cuestionarios con un total de 116 ítems con respuesta cerrada para ser autoadministrado donde se especificaba el título de la investigación, la población a quién iba dirigido, un encabezado que indicaba los objetivos del estudio, así como, la garantía de cumplir con la normativa de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales especificando el carácter anónimo y confidencial de la misma y, por último, se indicó un e-mail del investigador principal para el contacto en caso de alguna duda o aclaración.

Inicialmente el test fue elaborado para su realización mediante entrevista on line, ya que, dicha metodología ofrece múltiples ventajas como el fácil acceso a la población diana, mayor flexibilidad para el participante que puede responder a la encuesta cuando más le convenga, permitiéndole un tiempo de dedicación y reflexión, y, además, se recoge el informe en tiempo real para el control de la muestra. Para llevar a cabo el formato on line del cuestionario se utilizó la herramienta de Google formularios y fue difundido mediante las redes sociales a modo de efecto de bola de nieve a los sujetos de estudio. No obstante, durante el periodo del trabajo de campo, y con el objetivo de reforzar el número de encuestas, para obtener el tamaño de la muestra estimada, el investigador principal se desplazó hasta la isla de El Hierro con el fin de completar el trabajo de campo. Se seleccionaron los tres centros base de salud del Área, las instituciones administrativas políticas de la capital, y los comercios y centros educativos del municipio de Frontera, zona donde se hospedó la investigadora principal, para realizar in situ encuestas en formato de papel mediante entrega directa a todas las candidatas que cumplieran criterios de inclusión y que voluntariamente aceptaran cumplimentar dicho formulario mediante muestreo por conveniencia. Para ello, se explicó a cada participante el objetivo del estudio, se solicitó su consentimiento y se garantizó su anonimato, además se dio un margen de tiempo de dos días para la realización del test que fue depositado en el mismo centro, lugar donde se recogieron para su análisis posterior.

4.8 Análisis de los datos

Los datos se codificaron y analizaron con el IBM SPSS Statistics Base 22.0. El análisis descriptivo se hizo mediante frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Para el análisis inferencial se utilizó Chi-cuadrado, T de *Student* y ANOVA en función de las características de las variables a comparar.³³

4.9 Cronograma

FEBRERO-MARZO 2017:

- **Búsqueda bibliográfica:** utilizando las siguientes base de datos: Scielo, Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed, Google academic, biblioteca digital de ULL y Enferteca. Se usaron los siguientes descriptores para la búsqueda en las bases de datos: menopausia, alimentación, climaterio, calidad de vida, hábitos de salud, escala cervantes.
- **Elaboración del objetivo de la investigación.**

MARZO 2017

- **Entrega de la carta de presentación y solicitud de permiso para la realización de la investigación al Comité de Investigación de Gerencia de Atención Primaria de El Hierro.** Se envía el 27 de Marzo por vía fax el formulario de dicha petición con los siguientes apartados: título del estudio, equipo de investigadores, objetivos, justificación de los motivos, diseño y consideraciones éticas (Anexo 3).
- **Aprobación del permiso para la investigación:** se recibe autorización de la investigación por parte de la Gerencia el día 29 de Marzo.
- **Confección del cuestionario para recogida de datos:** entre el 7 y 28 de marzo se elabora un cuestionario on line como herramienta para la recogida de datos.
- **Pilotaje del cuestionario:** se evalúa su idoneidad como instrumento de medida para detectar las dificultades y solventarlas. Se resolvieron las siguientes incidencias:
 - Descripción de los tecnicismos utilizados como, por ejemplo, la palabra climaterio.
 - Debido a que se trata de un cuestionario on line, se observó la dificultad para visualizar las respuestas de ciertas preguntas que tenían 5 opciones para contestar, en este caso se indica al encuestado tras el enunciado de todas y cada una de estas preguntas que coloque su dispositivo móvil en posición horizontal para la lectura del total de respuestas disponibles.
 - Se precisó programar en la herramienta de formulario de google forms la respuesta obligatoria para evitar olvidos en los encuestados.
 - Se estimó un total de 15 minutos para la realización de dicho cuestionario.
- **Inicio de la recogida de datos el 28 de marzo de 2017:** se realiza la difusión de cuestionarios mediante las redes sociales para obtener el tamaño de la muestra estimada.

ABRIL-MAYO 2017

- **Desplazamiento del investigador principal a la isla de El Hierro el 28 de Abril:** para agilizar la recogida de datos mediante la captación in situ de sujetos a estudio.
- **Finalización de la recogida de datos el 12 de mayo de 2017.**
- **Procesamiento y preparación de los datos desde el 16 al 19 de mayo.**
- **Análisis estadístico de los datos**
- **Redacción de los datos obtenidos**
- **Realización de presentación para defensa oral del TFG.**

JUNIO 2017

- **Exposición y defensa del TFG al Tribunal de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de La Laguna.**

5. RESULTADOS

Se recopilaron un total de 114 cuestionarios de los cuales 31 de ellos se realizaron on line mediante la aplicación de la herramienta de Google formularios, y los 83 restantes en formato de papel.

5.1 Resultados del análisis estadístico de variables sociodemográficas y de características clínicas:

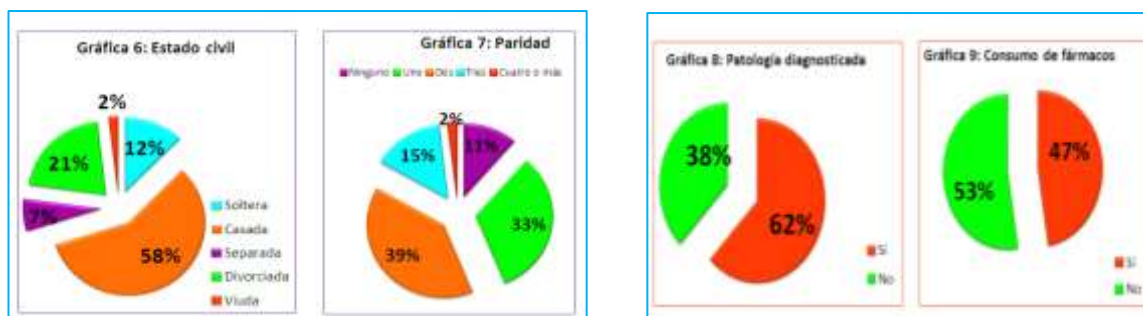
La edad media de la muestra resultó de $52,34 \pm 4,9$, destacando que un 70% de las mujeres es menor de 55 años, la distribución por grupos de edad se muestra en la Gráfica 1, y un 61% tiene la menopausia, la distribución por etapa climática se muestra en la Gráfica 2.



En cuanto al lugar de residencia resalta que más de la mitad, un 53%, residen en Valverde y un 62 % en ámbito rural (Gráfica 3). Con respecto al nivel de estudios (Gráfica 4) las ¾ partes de la muestra presenta estudios secundarios o universitarios y se destaca que un alto porcentaje de la muestra, el 86%, tiene trabajo, siendo de mayor a menor porcentaje con un 35% de profesiones en el ámbito de la administración, en 2º lugar en sanidad y 3º lugar en comercio(Gráfica 5).



Con respecto al estado civil de la muestra se destaca que la mayoría, un 66% está casada (Gráfica 6) y un 39,5% tiene dos hijos (Gráfica 7). En cuanto a problemas de salud llama la atención que más de la mitad, un 62%, presenta patología diagnosticada por un médico (Gráfica 8) y el 47% consume medicación (Gráfica 9).



En cuanto a las comorbilidades presentes en la muestra se destaca que más de una cuarta parte presenta de dos o más patologías (Gráfica 10), siendo la más frecuente la Dislipemia con un 25 % , seguida de Hipertensión, Psicopatología, Obesidad, Insomnio y Diabetes en último lugar (Gráfica 11).



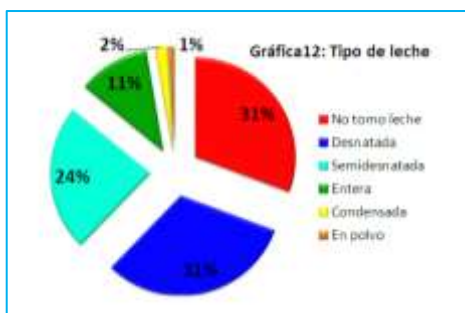
5.2 Resultado del análisis estadístico de variables del bloque de Comportamientos saludables:

5.2.1 En el bloque de **alimentación** se destacan los siguientes resultados:

5.2.1.1 Frecuencia de consumo mínimo saludable de los 7 grupos de alimentos expuestos en la tabla 3:

Tabla 3 Grupo de Alimentos	Más de 1 vez al día	1 vez al día	Alguna vez a la semana	Raras veces	Nunca
Queso fresco	12,3%	24,6%	50,9%	8,8%	3,5%
Queso curado	4,4%	2,6%	51,8%	33,3%	7,9%
Yogurt	7,9%	45,6%	26,3%	13,2%	7%
Postres lácteos	4,4%	11,4%	21,9%	43,9%	18,4%
Leche	22,8%	33,3%	9,6%	1,8%	32,5%
Marisco	0%	0,9%	35,1%	61,4%	2,6%
Pescado azul	0,9%	2,6%	75,4%	17,5%	3,5%
Pescado blanco	0,9%	1,8%	78,9%	15,8%	2,6%
Carne de ave	3,5%	13,2%	72,8%	7,9%	2,6%
Ternera, cordero	1,8%	6,1%	53,5%	31,6%	7%
Cerdo	0%	4,4%	51,8%	37,7%	6,1%
Embutidos magros	5,3%	35,1%	33,3%	20,3%	6,1%
Embutidos grasos	0,9%	9,6%	20,2%	44,7%	24,6%
Huevos	4,4%	13,2%	77,2%	5,3%	0%
Legumbres	2,6%	7,9%	81,6%	7,9%	0%
Frutos secos	4,4%	32,5%	45,6%	17,5%	0%
Papa	4,4%	32,5%	50%	13,2%	0%
Batata	2,6%	0,9%	24,6%	57,9%	14%
Verduras en general	11,4%	55,3%	32,5%	0,9%	0%
Verdura hoja verde	9,6%	44,7%	41,2%	4,5%	0%
Fruta en general	9,6%	47,6%	35,1%	6,1%	1,8%
Fruta rica en Vit C	7,9%	36,8%	44,7%	9,6%	0,9%
Plátanos, uvas, higos	6,1%	36%	40,4%	15,8%	1,85
Kiwis y ciruelas	2,6%	14%	34%	46,5%	2,6%
Cereales y fécula	4,4%	32,5%	53,5%	8,8%	0,9%
Gofio	1%	48%	20%	48%	27%
Pasta	0%	3,5%	89,5%	4,4%	2,6%
Pan con mantequilla	2,6%	6,1%	23,7%	49,1%	18,4%
Pan con margarina	1,8%	3,5%	18,4%	35,1%	41,2%
Pan con aceite	2,6%	13,2%	22,8%	32,5%	28,9%

En cuanto al tipo de leche que consume la muestra se destaca que el 30,7% no consume leche y un 31,6% consume leche desnatada (Gráfica 12)



De forma global se obtuvo que la muestra a estudio en su mayoría consume la frecuencia mínima recomendada para el grupo de alimentos saludables en todos los grupos excepto para el consumo de verduras, tal y como se muestra en la Gráfica 13, destacándose que en un 86,8% su consumo es insuficiente y solamente un 13,2% consumo 2 raciones de verdura al día



5.2.1.2 Con respecto a la ingesta de alimentos de consumo ocasional: la mayoría de la muestra cumple dicha recomendación:

Consumo de alimentos de frecuencia ocasional en la Pirámide de la alimentación	Sí	No
	Consumo ocasional	Consumo excesivo
Bollería	90,4%	9,6%
Fritos	89,4%	10,5%
Precocinados	97,4%	2,6%

5.2.1.3 En la tabla 4 se detalla que la mayoría realiza una adecuada distribución en cuanto al reparto de comidas durante el día, sin embargo, un 25% picotea durante el día el 54,4%

consume más de dos cafés por día y como dato llamativo la mayoría, un 75,4% no consume la ingesta recomendada de agua al día.

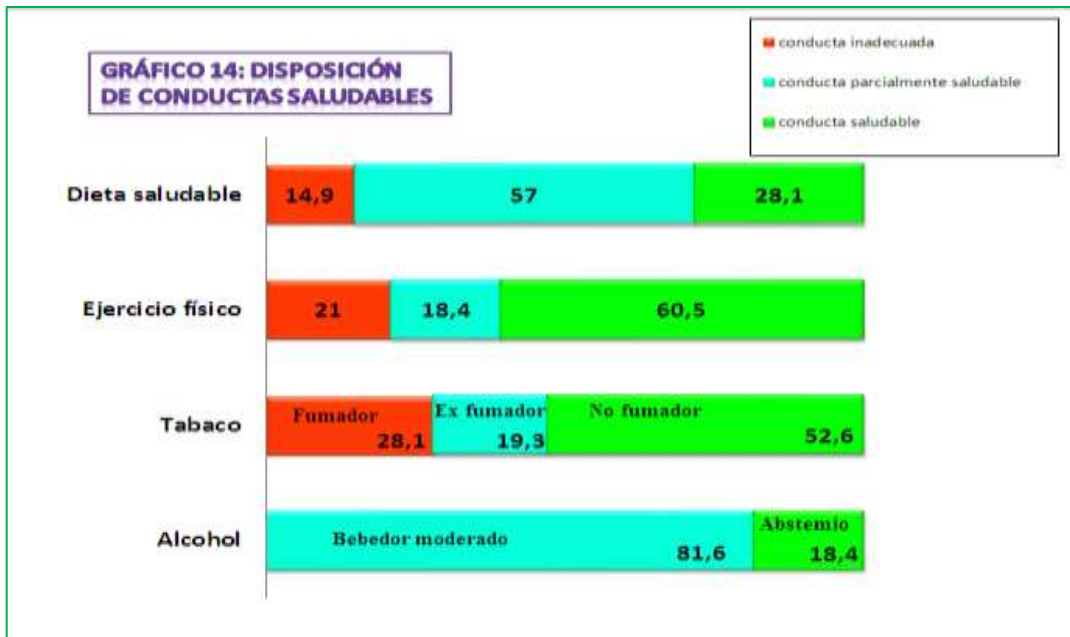
Tabla 4: Porcentajes de frecuencias obtenidas en el resto de variables de alimentación a estudio.

Distribución de las 5 comidas al día	Adecuada: 77,2%	Inadecuada: 22,8%
Picoteo durante el día	Adecuado: 74,6%	Inadecuado: 25,4%
Consumo de café al día	Adecuado: 45,6%	Inadecuado: 54,4%
Consumo de sal	Adecuado: 93%	Inadecuado: 8,8%
Ingesta hídrica: agua	Adecuada: 24,6%	Insuficiente: 75,4%

5.2.1.4 Tipo de alimentación de la muestra a estudio: Se destaca que la mayoría de la muestra en un 57% realiza una dieta parcialmente saludable, se muestra el resultado en la Tabla 5: Porcentajes de frecuencia en el tipo de alimentación de la muestra a estudio

Tipo de Alimentación		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	17	14,9	14,9	14,9
	Parcialmente adecuada	65	57,0	57,0	71,9
	Saludable	32	28,1	28,1	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

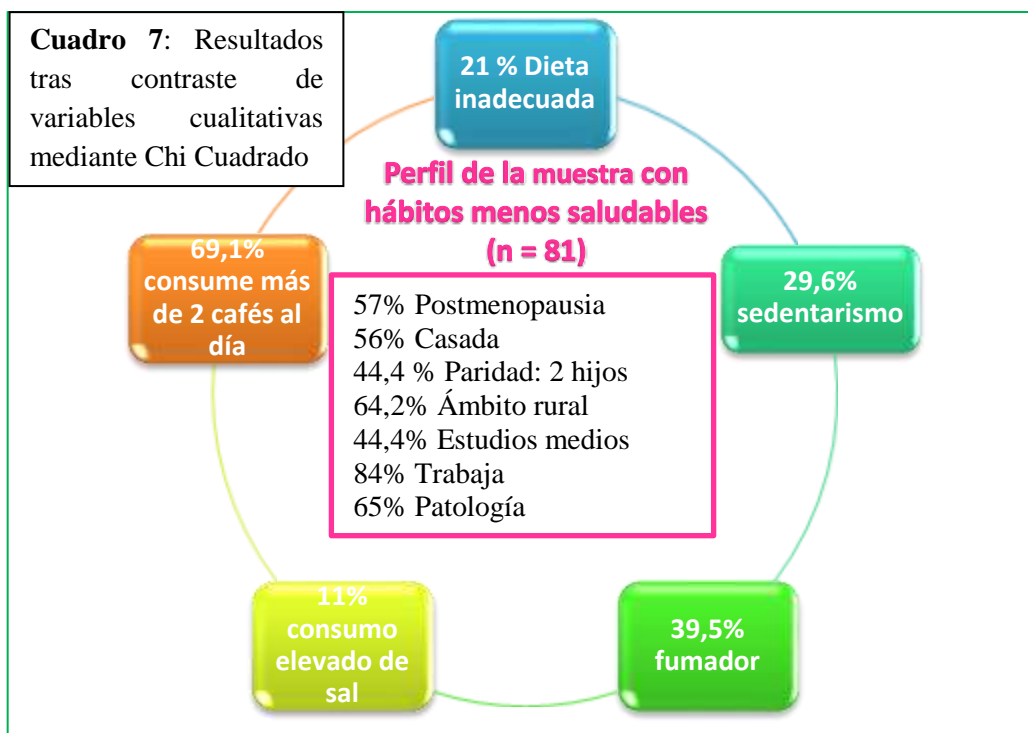
5.2.1.5 Disposición de conductas saludables de la muestra a estudio para las categorías de: alimentación, ejercicio físico, tabaquismo y consumo de alcohol: se destaca que solamente el 28,1 % lleva a cabo alimentación saludable, pero como contrapartida más de la mitad de la muestra, un 60,5 % practica de forma regular ejercicio físico, la mayoría no fuman y su consumo de alcohol es moderado (Gráfica 14).



5.2.1.6 Hábitos saludables de la muestra a estudio: el 29% cumple los 6 criterios (Cuadro 6).



El 71% restante de la muestra a estudio que no cumple con alguno de los 6 criterios de hábitos saludables y se caracterizan por presentar el siguiente perfil y comportamientos en hábitos de estilo de vida que se detallan en el Cuadro 7:



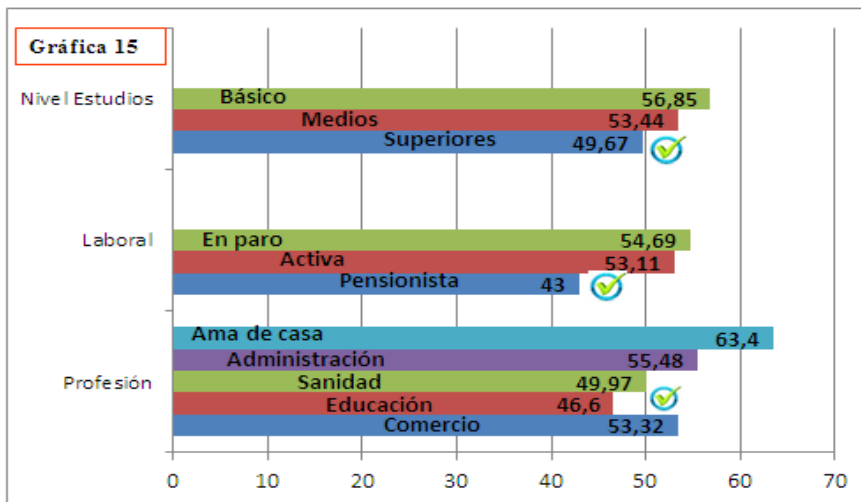
5.3 Resultado del análisis estadístico de variables del bloque de Calidad de vida:

- La puntuación media global obtenida es de $53,03 \pm 14,38$, se especifica la distribución de la puntuación por dominios en la tabla 6.

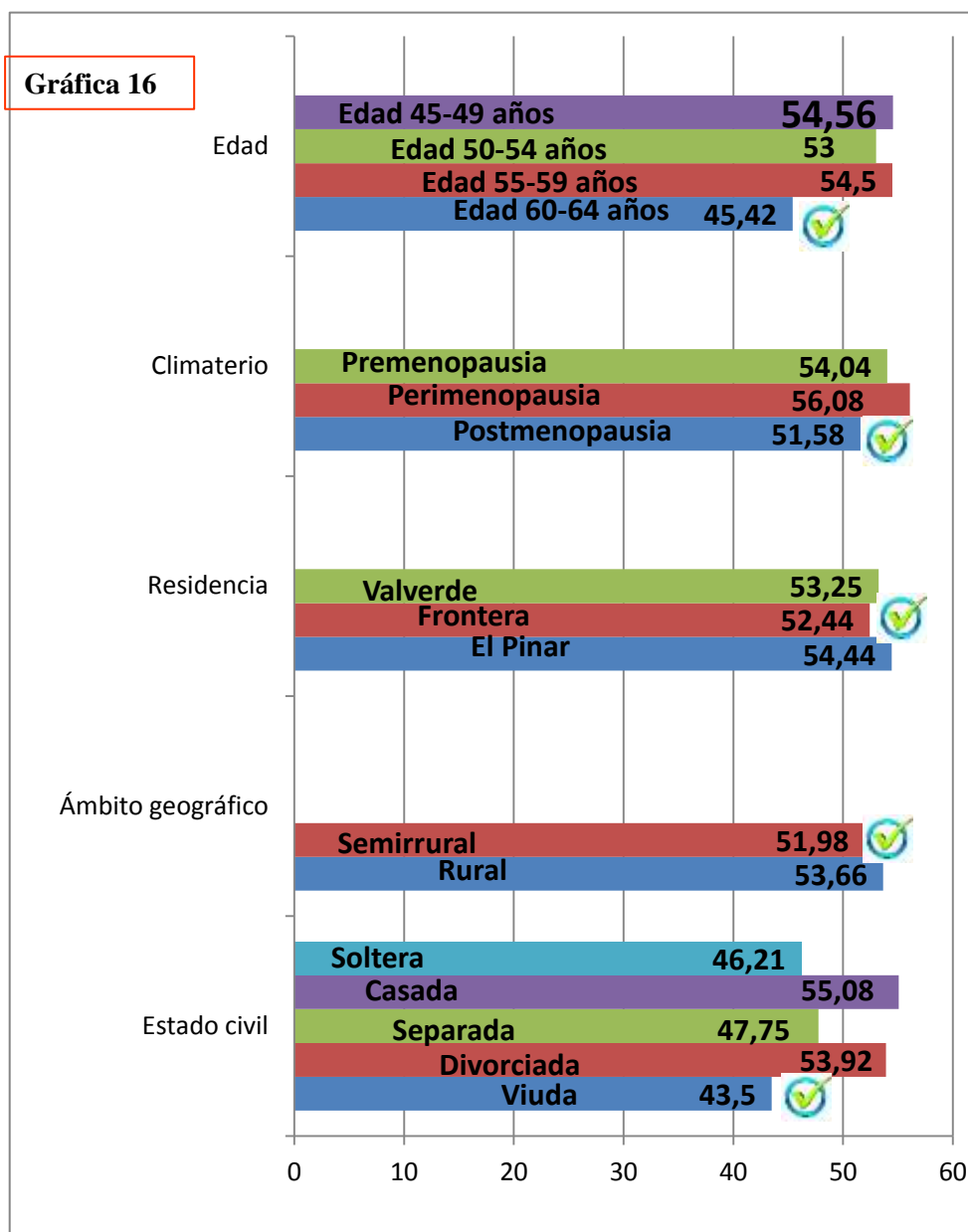
Estadísticos descriptivos

Tabla 6: Escala Cervantes					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntuación Global	114	26	104	53,03	14,383
Dominio menopausia y salud	114	1	45	18,04	9,517
• Subdominio síntomas vasomotores	114	0	15	3,75	3,689
• Subdominios salud	114	0	14	5,93	3,539
• Subdominio envejecimiento	114	1	25	8,21	5,276
Dominio Psíquico	114	0	37	7,80	7,003
Dominio Sexualidad	114	0	16	8,32	4,108
Dominio Relación de Pareja	114	0	15	4,33	3,999
N válido (por lista)	114				

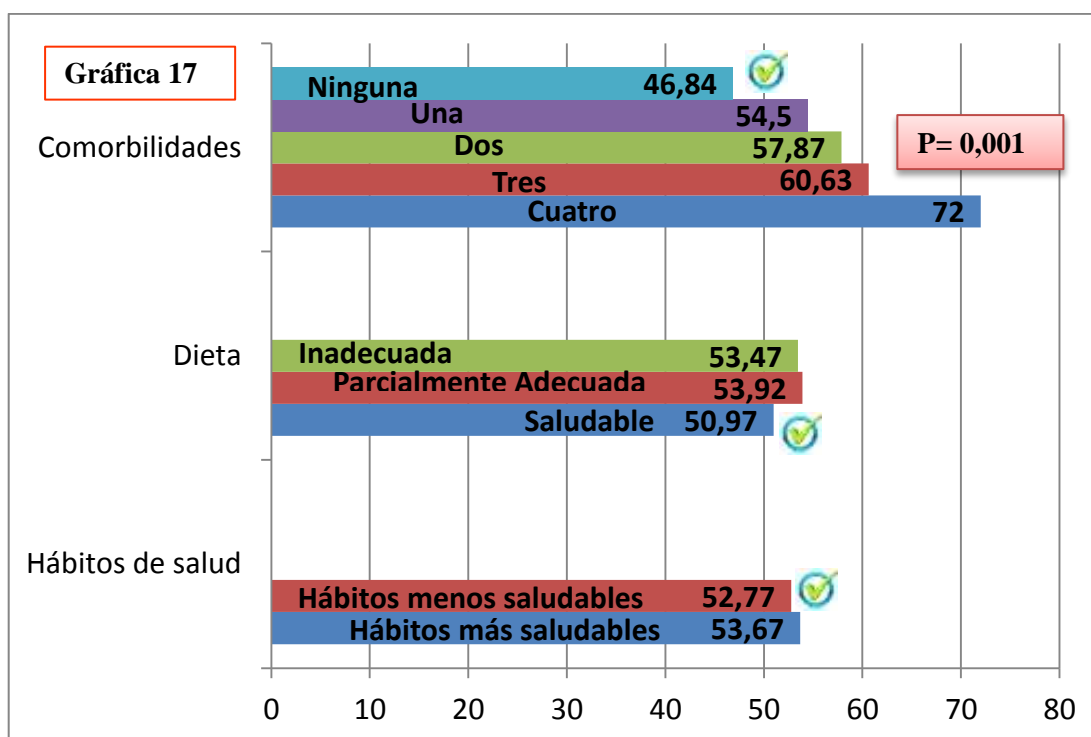
- La relación de la puntuación global de la Calidad de Vida con las variables sociales: nivel de estudios, situación laboral y profesión se describen en la gráfica 15 y la prueba paramétrica utilizada fue el ANOVA para su análisis estadístico.



- La relación de la puntuación global de la calidad de vida con las variables demográficas: edad, etapa del climaterio, lugar de residencia, ámbito geográfico y estado civil se muestran en la gráfica 16, para su correlación se precisó el ANOVA.



- La relación de la puntuación global de la calidad de vida con las variables: comorbilidades, dieta saludable y hábitos de salud se presentan en la gráfica 17 utilizando para su análisis estadístico el ANOVA del SPSS.



6. CONCLUSIONES

Tras la realización del análisis estadístico se obtiene que la muestra estudiada desde el punto de vista sociodemográfico se caracteriza por tratarse, en su mayoría, de mujeres menopáusicas casadas con dos hijos y laboralmente activas casi en su totalidad, con un nivel de estudios medio-alto, predominando aquel grupo que reside en ámbito rural. Para una muestra con una edad media de 52,3 años llama la atención que más de la mitad tienen una patología diagnosticada siendo de mayor a menor incidencia la Dislipemia, seguida de la Hipertensión, en tercer lugar se destaca la Psicopatología y, posteriormente, la Obesidad, el Insomnio y, por último, la Diabetes Mellitus. Como consecuencia de ello, era de esperar que casi la mitad consumen medicación relacionada con su proceso de enfermedad y, solamente, una de ellas tiene tratamiento específico para la menopausia. Cuando se analiza el número de patologías por sujeto se determinó que más de la cuarta parte conviven con dos o más patologías, mientras que, el 38% no refirió ninguna de ellas en el momento de la realización del estudio.

Desde el punto de vista de la alimentación se destaca que la mayoría realizaba el consumo mínimo diario saludable de los 7 grupos de la Rueda de los Alimentos, excepto para el consumo de verduras a diario que resultó ser insuficiente en la mayoría.

Respecto a la ingesta de lácteos se obtuvo que la mayoría prefería yogurt frente a leche y/o derivados. Es llamativo también el dato obtenido en cuanto a la toma de café dado que la mitad consume más de dos al día. Como consecuencia de un déficit en la ingesta de verduras y un consumo de café superior a lo recomendado, ello puede predisponer a la aparición de factores de riesgo cardiovascular mayor, como son la Dislipemia y la Hipertensión, dos de las 6 patologías que tienen mayor predominio en los sujetos que participaron en la presente investigación. En la evaluación de la ingesta hídrica se obtiene que la mayoría toma una cantidad de agua insuficiente, inferior a la recomendada en la Pirámide de la Alimentación. Por todo lo anterior, se obtuvo que algo más de la mitad de la muestra presentó una dieta parcialmente adecuada, y una minoría inadecuada y saludable.

En cuanto a estilos de vida saludable, se obtuvo que la mayoría practicaba actividad física regularmente y no presentaba hábitos tóxicos. Al tener en cuenta el número de sujetos con comportamientos más saludables, se obtuvo que solamente una minoría cumplía con los 6 criterios evaluados en relación a la realización de una alimentación saludable, una práctica de ejercicio físico de forma regular, sin presencia de hábitos tóxicos y un consumo aconsejado de sal y café, mientras que, la mayoría presentaba comportamientos menos saludables, ya que, incumplían alguno de los criterios mencionados. El perfil de la población femenina con menos comportamientos saludables resultó ser el de una mujer postmenopáusica casada con dos hijos, que vive en ámbito rural, con vida laboral activa y que, en su mayoría, tiene alguna patología diagnosticada.

En cuanto a la evaluación de la calidad de vida (CV) de la muestra estudiada se obtuvo una puntuación media global de $53,03 \pm 14,38$. Si se compara el resultado de la puntuación de la CV del presente estudio con investigaciones previas que van en la misma línea, se observa que, las mujeres herreñas presentan una calidad de vida algo mejor en comparación a las mujeres de Vigo que participaron en el estudio de Antolín Rodríguez, el cual obtuvo una CV de media de 53,6 y muy similar, ligeramente menor, a las mujeres madrileñas del estudio de Pérez González, que obtuvo una CV de 52,9 de media. Mientras que, los resultados que obtuvo Sánchez Borrego en su estudio, donde la CV fue de 63,46 de media para una población de mujeres de distintos puntos de España, dista bastante de la calidad de vida resultante del presente estudio. Sin embargo, si los resultados obtenidos se comparan con los valores medios de la puntuación global del Estudio de Validación de la Escala Cervantes²⁵, que determinaba como baremos de referencia de calidad de vida para el grupo de mujeres premenopáusicas de 35,2; en perimenopáusicas de 44,65; y en postmenopáusicas de 51,75, se puede concluir que las

mujeres premenopáusicas y perimenopáusicas herreñas del estudio con CV de $54,04 \pm 14,96$ y de $56,08 \pm 16,23$, respectivamente, tienen una peor calidad de vida, pero para el caso de las mujeres postmenopáusicas herreñas que obtuvieron una CV de $51,58 \pm 13,57$, tienen mejor calidad de vida que la media estimada en las mujeres españolas de dicho estudio. El perfil de la mujer herreña con menor puntuación en la Escala de Cervantes es el de una mujer pensionista postmenopáusica en rango de edad entre 60 y 64 años del ámbito semirural. Mientras que el perfil de la mujer herreña con una mayor puntuación en dicha escala es el de una mujer perimenopáusica, casada, residente en ámbito rural y ama de casa en paro.

Al realizar el análisis comparativo entre hábitos de salud y calidad de vida con las variables sociodemográficas no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, pero se puede describir que la muestra participante en este estudio con menos hábitos saludables y peor calidad de vida fue para mujeres casadas y con al menos una patología diagnosticada. Además, se observó que las variables del lugar de residencia, nivel de estudios y situación laboral no influyeron para presentar una mejor o peor conducta en la adquisición de hábitos saludables, sin embargo, sí fueron determinantes en la percepción de la muestra en base a una mejor o peor calidad de vida. Debido a ello, resultó que el perfil de mujer con peor calidad de vida lo presentaron las residentes en ámbito rural, con nivel de estudios básicos y en situación de paro, mientras que, el perfil de mujeres con mejor calidad de vida fue para las residentes en zona semirural, estudios superiores y pensionistas.

El análisis de los datos a estudio mostró que, aunque no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, sí se describieron diferencias entre la fase del climaterio de la muestra y sus comportamientos saludables, así como, en su calidad de vida. En relación a la fase del climaterio y los hábitos saludables se observó que más de la mitad del grupo de mujeres postmenopáusicas en rango de edad de 50 a 54 años presentaron menos comportamientos de salud, mientras que, las premenopáusicas, en su mayoría, cumplían con los 6 criterios saludables mencionados. Para el caso de la relación entre la etapa climática y la calidad de vida, resultó que el grupo de mujeres perimenopáusicas obtuvieron peor puntuación en la calidad de vida. Dichos resultados coinciden con los datos obtenidos en diversos estudios sobre algunas poblaciones de Estados Unidos, Francia y Suecia que señalan que las mujeres perimenopáusicas tienen peor percepción de salud los cuales explican que este hallazgo pudiera estar relacionado con la presencia de más síntomas físicos o somáticos que las mujeres premenopáusicas. Y, finalmente, el grupo de mujeres postmenopáusicas con rango de edad de 60 a 64 años obtuvieron mejor puntuación en su calidad de vida. Este dato también coincide con los

resultados obtenidos en el estudio de Antolín Rodríguez, el cual obtuvo que a mayor edad en la muestra de mujeres menopáusicas mayor calidad de vida y relacionaba, en su investigación, este hallazgo con la influencia de la edad en los síntomas climatéricos, de manera que a mayor edad ya habrá pasado los peores síntomas menopáusicos y mejora su percepción en la calidad de vida en relación a la etapa perimenopáusica.

Un dato revelador de esta investigación ha sido el alto porcentaje de sujetos con patología diagnosticada, así como, la presencia de 2 o más comorbilidades en el 29% de la muestra en el momento del estudio. En base al alto porcentaje de sujetos con patología se quiso analizar si influía en su calidad de vida obteniendo una relación estadísticamente significativa, de modo que a mayor comorbilidad peor calidad de vida.

Por último, se observó que el grupo de mujeres que cumplía con los 6 criterios de hábitos saludables sacaron peor calidad de vida que aquellas con menos comportamientos saludables, este resultado pudiera estar relacionado con una limitación del estudio relacionada con la representatividad de la muestra dado que una mayoría la conformaron mujeres casadas y con vida laboral activa y una minoría eran mujeres pensionistas y viudas. Debido a lo anterior se determina que los resultados obtenidos con respecto a la relación entre comportamientos saludables y calidad de vida de la muestra son poco concluyentes y se considera que es necesario continuar con la investigación y aumentar la muestra a estudio para conseguir una muestra homogénea con el fin de determinar la relación entre dichas variables.

Tras conocer los resultados en el presente estudio se determina la necesidad de captar a la población con menos comportamientos saludables con el fin de cambiar las conductas inadecuadas y fomentar la adquisición de conocimientos y habilidades para la modificación en su estilo de vida mediante la educación para la salud. En la medida en que se lleve a cabo la promoción de hábitos saludables y la detección precoz de factores de riesgo, mejorará el riesgo cardiovascular y ello contribuirá a mejorar la calidad de vida de la mujer en la etapa climatérica.

Como medidas de intervención se propone como primer paso la captación del perfil de mujeres menopáusicas, casadas, activas laboralmente y con presencia de alguna patología de las mencionadas, con el objetivo de evaluar sus hábitos y estilos de vida para prevenir la aparición de comorbilidades que pueden influir negativamente en su calidad de vida. Posteriormente, sería conveniente programar la formación de forma grupal o individual de acuerdo con las necesidades detectadas en temas relacionados con los hábitos para mejorar la salud y la calidad de vida. La dificultad en la captación de este colectivo es alta debido a su situación laboral y conciliación familiar, por lo que la

vía más adecuada para acceder a este grupo de mujeres es desde atención primaria mediante la captación oportunista y/o mediante intervenciones de salud realizadas en la comunidad que pueden ser desde una jornadas a puertas abiertas relacionadas con temas de salud hasta charlas grupales acerca de la menopausia, alimentación saludable y mejora de la calidad de vida. En este sentido la labor de la enfermera de atención primaria es clave tanto para su captación como para promoción de conductas de salud que mejoren su calidad de vida. Además, un valor añadido que tiene la enfermera de Atención Primaria es la accesibilidad, ya que, está disponible en el centro de salud para atender a las necesidades de la población, el acompañamiento tanto en la evolución del individuo, desde la infancia hasta la etapa final, como en su proceso salud-enfermedad y la cercanía a su unidad familiar. Es por ello que la enfermera de familia se convierte en un referente sanitario que tiene un peso importante para consolidar una relación de confianza que permite la realización de intervenciones integrales que den respuesta a la situación individual de la población.

7. PRESUPUESTO

Material inventariable:

- Libros: valorado en 100€.
- Ordenador portátil (con procesador Intel Core i5-7200U a 2.5 GHz, gráficos nVidia GeForce GTX 950M con 2 GB, Disco duro de 1 TB + SSD de 128 GB, 8 GB de RAM, con sistema operativo Windows 10 Home 64-bits). Cantidad: 1. Valorado en 700€.
- Pendrive 16 GB de capacidad. Cantidad 2, valorado en 20 €.
- Programa estadístico SPSS: Valorado en 100€.

Material fungible:

- Papelería: paquetes de folios blancos, valorado en 15€. Bolígrafos, lápices, valorado en 10€ en total.
- Material de librería (cuadernos, carpetas, archivadores) valorado en 50 €.
- Fotocopias valorado en 100 €.

Viajes y dietas:

- Dietas y desplazamiento a la Isla de El Hierro, y a su vez a las instituciones locales, insulares y sanitarias de la isla para hacer llegar la encuesta a todos los trabajadores, valorado en 500 €.

Otros gastos:

- Solicitud de artículos de revista de pago sin acceso público, o revistas científicas.
Valorado en 80 €.

Estudio con presupuesto estimado de 1.560€.

<u>Material inventariable</u>		
Libros, ordenador con paquete básico, programa estadístico SPSS y pen drive.		€
	SUBTOTAL	920€
<u>Material fungible</u>		
Folios, bolígrafos, fotocopias, cuadernos, carpetas y archivadores.		€
	SUBTOTAL	160€
<u>Viajes y dietas</u>		
Vuelos y comida durante la estancia en la isla de El Hierro. Transporte a las diferentes instituciones de la isla para la realización de las encuestas.		€
	SUBTOTAL	500€
<u>Otros gastos</u>		
Solicitud de artículos de revistas de pago sin acceso público o revistas científicas.		€
	SUBTOTAL	80€
TOTAL DE AYUDA SOLICITADA		1560€

8. CONDICIONES ÉTICAS Y LEGALES

La investigación ha sido llevada a cabo según las normas de la Buena Práctica Clínica, cumpliendo con la Ley Orgánica 15/199 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos de este estudio tienen carácter confidencial y han sido utilizados con fines meramente de investigación y tratados de manera anónima. Además dicha investigación ha sido aprobada por la Gerencia de Atención Primaria de la Isla de El Hierro.

9. BIBLIOGRAFÍA:

1.-Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia,

Asociación Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.

2.-Dirección General de Programas asistenciales. Programa de Atención Afectivo-Sexual y Reproductiva (P.A.S.A.R). Servicio Canario de la Salud; Ed: Abril 2007.

3.-Carmen M^a Pareja Ruiz. Valoraciones y cuidados para un climaterio saludable. Una revisión bibliográfica. Universidad de Jaén. Trabajo Fin de Grado; 2015.

4.- Gómez Martínez A, Mateos Ramos A, Lorenzo Díaz M, Simón Hernández M, García Núñez L, Cutanda Carrión B. Representaciones socio-culturales sobre la menopausia: Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). *Index Enferm*, Set 2008, vol.17, no.3, p.159-163. ISSN 1132-1296.

5.-Riguete de Souza Soares, G. et al. El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura. *Enferm. glob.*, Ene 2012, vol.11, no.25, p.440-450. ISSN 1695-6141.

6.-Leyva Moral JM. Percepción de la menopausia entre las diferentes culturas: revisión de la literatura. *Metas de Enfermería*; marzo 2008; 11(2): 10-14.

7.- Pelcastre-Villafuerte B, Ruelas G, Rojas J, Martínez LM. "Todo muere ya..., significados de la menopausia en un grupo de mujeres de Morelos, México". *Rev Chil Salud Pública* [disponible online] 2008 [fecha de acceso 21 de Marzo de 2017]; 12(2): 73-82. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/esp/index.jsp>

8.-Prior Pellicer, R and Pina Roche, F. El logro de la madurez femenina: la experiencia del climaterio en un grupo de mujeres. *Enferm. glob.*, Jul 2011, vol.10, no.23, p.330-345. ISSN 1695-6141.

9. - Bell MC. Attitudes toward menopause among Mexican American women. *Health Care for Women International* 1995; 16 (5): 424-435.

10.-Estévez González MD, Ortiz Martínez T. Atención integral a la mujer en la comunidad. En: Darias Curvo S, Campo Osaba MA. *Enfermería Comunitaria*. Vol. II. Colección *Enfermería S21*. 3^a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. p. 551-566.

11.- Salgado Álvarez C et al. Conducta psicosocial y actividad física relacionada con el climaterio. *Metas de Enfermería*; octubre 2010; 13(8): 68-75.

- 12.- Muñoz R., García R.M., Oyola M.P. y Sánchez N. Calidad de vida y menopausia: Resultados de una intervención psicoeducativa. NURE inv. 2014; 11 (70).
- 13.-Lozano S.Sintimas climatéricos y la Terapia Hormonal Sustitutiva. Metas de Enfermería; abril 2003; 6(3): 64-66.
- 14.-Gascon Navarro E. Menopausia y climaterio. En: Torrens Sigales RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la Mujer. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 426-451.
- 15.- Antolín Rodríguez R, Moure Fernández L, Pualto Durán MJ, Salgado Álvarez C. Calidad de vida de las mujeres durante el climaterio en el Área Sanitaria de Vigo. Metas Enferm jul/ago 2015; 18(6): 63-68.
- 16.-Abellán García A., Ayala García A. y Pujol Rodríguez R “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº15, 48p. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf> Consultado el 21 de marzo de 2017.
- 17.- Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía Esperanza de Vida. Disponible en <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414> Consultado el 21 de marzo 2017.
- 18.-Instituto Canario de Estadística (Istac). Demografía Esperanza de Vida. Disponible en <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do> Consultado el 21 de marzo de 2017.
- 19.-Guijarro Garvi M. y Peláez Herreros O. Proyección a largo plazo de la esperanza de vida en España. Estadística Española; 2009; vol.51,nº 170, págs(193-220).
- 20.- Frutos Balibrea L. Situación sociolaboral de mujeres y hombres en la Región de Murcia y España: una relación asimétrica. Murcia: Consejo Económico y Social de la Región de Murcia; 2008.
- 21.-World Health Organization. Research on the menopause in the 1990's. WHO: Genève; 1996 (Technical Report Series; 888).
- 22.-García Padilla FM, Toronjo Gómez AM, López Santos V, Contreras Martín A y Toscano Márquez T. Educación para la Salud sobre el climaterio: un consenso sobre sus contenidos. Aten Prim 1997; 20(10): 536-542.

- 23.-Abalia Camino I, García Landa M, Feito Fernández-Capalleja MT, Sánchez Fernández C, Sánchez Mata A. Perfil socioeconómico y calidad de vida de mujeres de 40-60 años en una muestra de la Comarca Uribe-Kosta. *Enferm Comun* (edición digital) 2006, 2(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a30-37.php>> Consultado el 21 de marzo 2017.
- 24.-García Padilla F, López Santos V, Toronjo Gómez A, Toscano Márquez T. Valoración de conocimientos sobre el climaterio en mujeres andaluzas. *Aten Primaria* 2000; vol. 26: 476-81.
- 25.-Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Padilla J, Castelo Blanco C, Manubens M, Alberich X y Martí A. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Med Clin* 2004; vol. 122: 205-11.
- 26.-Pérez González A. Calidad de vida en mujeres perimenopáusicas. *Metas Enferm* jul/ago 2016; 19(6): 62-67.
- 27.- Sánchez Borrego R., García-García P., Mendoza N., Soler López B y Álamo González. Evaluación de la calidad de vida en la mujer menopáusica mediante la escala Cervantes: impacto del tratamiento en la práctica clínica. *Prog Obstet Ginecol* 2015; 58:177-82 - DOI: 10.1016/j.pog.2014.12.004
28. -Cassidy A: Diet and menopausal health. *Nursing standard* 2005; 19(29):44-52.
- 29.-FAO/OMS/UNU. Necesidades de energía y proteínas. Informe de una reunión de expertos. OMS, 1985.
- 30.-López Santos M, García Padilla FM, Toscano Márquez T, Contreras Martín A. Análisis de los estilos de vida de la mujer climaterica: un componente esencial en el estudio de las necesidades educativas. *Enferm Clin*. 2005; 15(4):213-9.
- 31.-Moure Fernández, L. et al. Hábitos alimentarios de las mujeres en relación con el nivel de conocimientos sobre el climaterio. *Enferm. glob.*, Oct 2010, nº.20, p.0-0. ISSN 1695-6141.
- 32.-Úbeda, N. et al. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. *Nutr. Hosp.*, Jun 2007, vol.22, no.3, p.313-321. ISSN 0212-1611.
- 33- Salamanca Castro A.B. El aeiou de la Investigación en Enfermería. FUDEN; Edición 2013. Madrid. ISBN 878-84-15345-73-2.

10. ANEXOS:

Anexo 1: Encuesta de comportamientos saludables y variables sociodemográficas.

FECHA: ____/____/____

P1 Edad:

P2 Indique su pueblo de residencia:

Casco Urbano:	<input type="checkbox"/> Valverde	<input type="checkbox"/> Frontera	<input type="checkbox"/> El Pinar- La Restinga
Otros:	<input type="checkbox"/> Valverde (Echedo, Guarazoca, Erese, El Mocanal, El Tamaduste, Isora,..)		
	<input type="checkbox"/> Frontera (Las Puntas, Los Llanillos, Pozo de la Salud y Sabinosa)		

P.3 Estado civil:

<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Viuda	<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Separada
----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

P.4 Número de hijos:

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Tres	<input type="checkbox"/> Cuatro	<input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Más de cinco
----------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

P.5 Estudios realizados:

<input type="checkbox"/> No sabe leer ni escribir	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Primarios incompletos	<input type="checkbox"/> Primarios o EGB hasta 5°
<input type="checkbox"/> Graduado escolar, EGB hasta 8°, bachiller elemental	<input type="checkbox"/> Bachiller superior, BUP, FP	<input type="checkbox"/> Universitarios diplomados	<input type="checkbox"/> Universitarios licenciados

P.6 Profesión

<input type="text"/>

P.7 Situación laboral

<input type="checkbox"/> Activa fija	<input type="checkbox"/> Activa temporal	<input type="checkbox"/> En paro con subsidio de desempleo
<input type="checkbox"/> En paro sin subsidio de desempleo	<input type="checkbox"/> Pensionista	<input type="checkbox"/> Exclusivamente ama de casa

P.8 ¿Se le ha retirado la regla?: Si No

P.9 ¿Cuánto tiempo hace que se le retiró la menstruación?

<input type="checkbox"/> Menos de 12 meses	<input type="checkbox"/> Un año	<input type="checkbox"/> Más de un año
--	---------------------------------	--

P.10 La retirada de la menstruación fue:

<input type="checkbox"/> De forma natural	<input type="checkbox"/> Como consecuencia de una enfermedad
---	--

P.11 ¿El médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dislipemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular aterosclerótica
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> No tengo ninguna de estas patologías	

P.12 ¿Toma alguno de los siguientes fármacos?

<input type="checkbox"/> Antihipertensivos	<input type="checkbox"/> Antiarrítmico	<input type="checkbox"/> Antiagregante	<input type="checkbox"/> Antidiabéticos	<input type="checkbox"/> Insulínico
<input type="checkbox"/> Antidepresivos	<input type="checkbox"/> Somníferos	<input type="checkbox"/> Analgésicos	<input type="checkbox"/> Antiinflamatorio	
<input type="checkbox"/> No tomo ninguno de estos medicamentos				

P.13 En el caso de que tome algún medicamento específico para la menopausia indique cuál:

--

P.14 a) ¿Con qué frecuencia toma usted los siguientes alimentos: 1= Más de una vez al día, 2= Una vez al día, 3=Alguna vez a la semana, 4= Rara veces, 5=Nunca.

<i>Lácteos, tubérculos, legumbres y frutos secos</i>	<i>Carnes, huevos y pescado</i>
Queso Fresco.....1 2 3 4 5	Marisco.....1 2 3 4 5
Queso Curado o semicurado.....1 2 3 4 5	Pescado azul.....1 2 3 4 5
Yogurt.....1 2 3 4 5	Pescado Blanco.....1 2 3 4 5
Flan, natillas, quesillo, leche asada..1 2 3 4 5	Carne de ave.....1 2 3 4 5
Garbanzos, lentejas, judías.....1 2 3 4 5	Carne de ternera, cordero, etc.....1 2 3 4 5
Frutos secos.....1 2 3 4 5	Carne de cerdo.....1 2 3 4 5
Papa.....1 2 3 4 5	Embutidos magros (pavo, jamón)....1 2 3 4 5
Batata.....1 2 3 4 5	Otros embutidos (beicon, chorizo)....1 2 3 4 5
	Huevos.....1 2 3 4 5

P.14 d) ¿Con qué frecuencia toma usted los siguientes alimentos: 1= Más de una vez al día, 2= Una vez al día, 3= Alguna vez a la semana, 4= Rara veces, 5=Nunca.

<i>Verduras, hortalizas y frutas</i>	<i>Pan, pasta, cereales, aceite y mantequilla</i>
-Zanahorias, lechuga, alcachofas, calabacín, cebolla, coles, berros o puerros1 2 3 4 5	Gofio 1 2 3 4 5
-Tomates, judías verdes, acelgas y espinacas1 2 3 4 5	Cereales: arroz, trigo, maíz, avena, etc.....1 2 3 4 5
-Kiwis o ciruelas1 2 3 4 5	Pasta1 2 3 4 5
-Naranja, mandarina y fresas1 2 3 4 5	Pan con aceite1 2 3 4 5
-Papaya, sandía, melón, manzana, pera, piña, manga, parchita, melocotón, albaricoque1 2 3 4 5	Pan con mantequilla..... 1 2 3 4 5
-Plátanos, uvas o higos1 2 3 4 5	Pan con margarina1 2 3 4 5

P.15 ¿Cómo suele tomar los alimentos?

Sin sal Con poca sal Bien sazonado

P.16 La leche que toma habitualmente es:

Entera Desnatada Semidesnatada En polvo Condensada No tomo leche

P.17 ¿Qué cantidad de leche suele tomar al día?

Más de tres vasos Dos o tres vasos Un vaso Menos de un vaso
 No la tomo en forma líquida No tomo leche

P.18 ¿Qué cantidad de pan suele tomar al día?

Media ración(10gr) Una ración(20gr) Dos raciones(40gr) Tres raciones(60gr)
 Cuatro raciones(80gr) Más de cuatro raciones(+80gr) No tomo pan

P.19 El tipo de pan que suele tomar habitualmente es:

Pan blanco Pan integral Tomo indistintamente No tomo pan

P.20 ¿Con qué frecuencia suele tomar dulces o pasteles?

<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Dos o tres veces por semana	<input type="checkbox"/> Una vez por semana	<input type="checkbox"/> De forma esporádica	<input type="checkbox"/> Nunca los tomo
--------------------------------------	--	---	--	---

P.21 Cuándo toma dulces o pasteles, ¿cuánto suele tomar?:

<input type="checkbox"/> Mucha cantidad	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Poca cantidad	<input type="checkbox"/> Muy poca
---	-----------------------------------	--	-----------------------------------

P.22 Cuando toma dulces o pasteles, suele hacerlo:

<input type="checkbox"/> Después de las comidas	<input type="checkbox"/> Entre comidas	<input type="checkbox"/> Ambas cosas
---	--	--------------------------------------

P.23 Los dulces que suele tomar son:

<input type="checkbox"/> Caseros	<input type="checkbox"/> De pastelerías	<input type="checkbox"/> Bollería industrial
----------------------------------	---	--

P.24 ¿Con qué frecuencia suele tomar alimentos preparados de la siguiente forma? : 1= Con mucha frecuencia, 2= Con bastante frecuencia, 3= Con frecuencia moderada, 4= con poca frecuencia, 5= No suelo tomarlos de esta forma.

<i>Forma de preparación de los alimentos</i>	
Fritos.....1 2 3 4 5	Precocinados.....1 2 3 4 5
Cocidos.....1 2 3 4 5	Crudos (frutas y verduras)1 2 3 4 5
Asados.....1 2 3 4 5	Picantes.....1 2 3 4 5
En conserva.....1 2 3 4 5	Muy calientes.....1 2 3 4 5

P.25 En su casa, ¿qué tipo de grasa se suele utilizar habitualmente para cocinar?

<input type="checkbox"/> Aceite de oliva	<input type="checkbox"/> Aceite de girasol	<input type="checkbox"/> Mantequilla o margarina	<input type="checkbox"/> otras
--	--	--	--------------------------------

P.26 ¿Con qué frecuencia toma las siguientes bebidas?: 1= Más de tres veces al día, 2= De dos a tres veces al día, 3= Una vez al día, 4= Varias veces por semana, 5=Raras veces, 6= Nunca.

Un vaso de cerveza/ sidra.....1 2 3 4 5 6	Un vaso de bebida gaseosa1 2 3 4 5 6
Un vaso de vino.....1 2 3 4 5 6	Un vaso de zumo natura.....1 2 3 4 5 6
Una copa de licor.....1 2 3 4 5 6	Una taza de café o té.....1 2 3 4 5 6
Una copa de ginebra, ron, etc.....1 2 3 4 5 6	

P.27 ¿Qué cantidad de agua suele tomar diariamente?: 1= 250 cc, 2= 500 cc, 3= 1000- 1500 cc, 4= 1500-2000 cc, 5= Más de 2000 cc.

Verano..... 12345	Durante el resto del año1 2 3 4 5
-------------------	---

P.28 Habitualmente, ¿cómo suele hacer las siguientes comidas?: 1= Abundante, 2= Moderada, 3= Escasa, 4= No suelo hacerla.

Desayuno.....1 2 3 4	Merienda.....1 2 3 4
Aperitivo.....1 2 3 4	Cena.....1 2 3 4
Almuerzo.....1 2 3 4	Picar entre horas.....1 2 3 4

P.29 Su situación respecto al tabaco es:

<input type="checkbox"/> Fumaba pero lo dejó hace menos de un año	<input type="checkbox"/> Fumaba pero lo dejó hace más de un año
<input type="checkbox"/> No ha fumado nunca	<input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Está intentando dejar de fumar

P.30 Si es usted fumadora habitual, ¿cuántos cigarrillos suele fumarse al día?

<input type="checkbox"/> De 1 a 5	<input type="checkbox"/> De 6 a 10	<input type="checkbox"/> De 11 a 20	<input type="checkbox"/> Más de 20
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

31 ¿Practica alguna de las siguientes actividades de ejercicio físico?

<input type="checkbox"/> Caminar o pasear	<input type="checkbox"/> Bailar	<input type="checkbox"/> Nadar	<input type="checkbox"/> Montar en bicicleta
<input type="checkbox"/> Actividad física de alta intensidad: karate, zumba, etc.	<input type="checkbox"/> Otras actividades: tenis, futbol, etc.		
<input type="checkbox"/> Actividad física de baja intensidad: Yoga, pilates, etc.	<input type="checkbox"/> No practico ninguna de ellas		

P.32 ¿Cuánto tiempo al día le dedica al ejercicio físico?

<input type="checkbox"/> > 30 minutos/día	<input type="checkbox"/> 30 minutos/día	<input type="checkbox"/> < 30 minutos/ día	<input type="checkbox"/> No practico ejercicio
---	---	--	--

P.33 ¿Con qué frecuencia suele practicar actividades de ejercicio físico?

<input type="checkbox"/> 7 días/semana	<input type="checkbox"/> 6 días/semana	<input type="checkbox"/> 5 días/semana	<input type="checkbox"/> días/semana
--	--	--	--------------------------------------

3 días/semana 2 días/semana 1 día/semana Nunca

Anexo 2: Escala Cervantes de calidad de vida relacionada con la salud.

Escala Cervantes de calidad de vida relacionada con la salud

Nombre y apellido (iniciales):

Nivel de estudios: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Fecha de nacimiento:

Fecha actual:

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación.
 Comprobará que al lado del 0 y el 5 aparecen unas palabras que representan las dos formas opuestas de responder a la pregunta. Además, entre el 0 y el 5 figuran 4 casillas numeradas del 1 al 4. Responda a las preguntas y marque con una X la casilla que considere más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen. Es decir, si está totalmente de acuerdo marque el 5 y si está totalmente en desacuerdo marque el 0. Si no está totalmente de acuerdo o en desacuerdo utilice las casillas intermedias.
 No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad.
 Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

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

Puntuación global: 40 + respuestas negativas (1 + 2 + 3 + 5 + 6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 14 + 16 + 17 + 18 + 19 + 21 + 23 + 24 + 25 + 27 + 28 + 29 + 31) - respuestas positivas (4 + 8 + 13 + 15 + 20 + 22 + 26 + 30).

Menopausia y salud: 5 + respuestas (1 + 3 + 5 + 7 + 9 + 11 + 14 + 16 + 18 + 23 + 25 + 27 + 29 + 31) - respuesta 20.

Dominio psíquico: suma de las respuestas (2 + 6 + 10 + 12 + 17 + 19 + 21 + 24 + 18).

Sexualidad: 20 - suma de las respuestas (4 + 15 + 22 + 30).

Relación de pareja: 15 - suma de las respuestas (8 + 13 + 26).

Sintomatología vasomotora: suma de (3 + 9 + 29); salud: suma de (1 + 5 + 11 + 14 + 23); envejecimiento: 5 + respuestas (7 + 16 + 18 + 25 + 27 + 31) - respuesta 20.

Cuestionario inválido: 3 o más ítems en blanco. Factor de corrección especificado en el manual: 1 o 2 ítems en blanco.

Anexo 3: Carta de presentación del estudio y permiso al Comité de Investigación de Gerencia de Atención Primaria

A la atención de la Gerencia de Atención Primaria de El Hierro
A/A Subdirección de Enfermería
Dirección:

Asunto: petición de autorización para la realización del estudio de investigación titulado: “*Hábitos de salud y calidad de vida durante el climaterio de las mujeres residentes en El Hierro*”

Solicitamos la autorización para la realización del trabajo arriba mencionado.

Como responsable del estudio y en nombre del equipo de profesionales que participan adjunto la información sobre el mismo en el modelo de solicitud de autorización para su realización.

Firmado
Investigador/a responsable

En S/c de Tfe a 27 de Marzo de 2017.

Datos de contacto:

- Nombre: Yacari Carballo González
- Teléfono: 638945875
- Correo electrónico: climaterio1711@gmail.com

Solicitud de permiso para la realización del estudio de investigación abajo descrito en los centros dependientes de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Título del estudio: Hábitos de salud y calidad de vida durante el climaterio de las mujeres residentes en El Hierro
Nombre y lugar de trabajo del equipo de investigadores:
-Yacari Carballo González, Estudiante de 4º Grado de Enfermería de ULL.
-Carlos Rodríguez Rocha. DUE, Profesor asociado a la ULL y Tutor de TFG de estudiante de 4º Grado de Enfermería.
-Estrella Miranda Barrero. DUE y Cotutora de TFG de estudiante de 4º Grado de Enfermería.
Centro de Salud Barrio de la Salud. Gerencia de Atención Primaria de S/c de Tfe.
Objetivos:
Evaluar los hábitos de salud y la calidad de vida de las mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 64 años residentes en la isla de El Hierro.
Justificación de los motivos:
En España la población femenina mayor de 40 años y, por tanto, próxima a experimentar la

menopausia, es de 12 millones y, debido a su elevada esperanza de vida, más de la tercera parte de su ciclo vital va a transcurrir después de ella. La OMS ya informaba a las autoridades sanitarias, a finales del siglo XX, sobre las consecuencias del rápido aumento de mujeres postmenopáusicas previsibles para el 2030 y recomendaba la preparación de los servicios de salud y de las actividades educativas y de promoción adecuadas para atender las necesidades de salud de las mujeres en esa, cada vez, más amplia etapa de su vida.

La guía clínica sobre el Climaterio del Servicio Canario Salud de Canarias detalla recomendaciones sobre hábitos y estilos de vida saludable que han demostrado tener eficacia para el abordaje de la sintomatología o problemas de la salud más frecuentes durante el climaterio. Con el presente estudio se pretende evaluar los hábitos de salud y la calidad de vida que presentan las mujeres que residen en la isla de El Hierro durante el climaterio.

Diseño:

Estudio descriptivo transversal en la isla de El Hierro.

La población a estudio se compone de las mujeres de 45 a 64 años.

Se estima el tamaño muestral, según la fórmula para poblaciones finitas en 109 sujetos para un nivel de confianza del 95% y un nivel de precisión del 9%.

Las variables a analizar son: las sociodemográficas: edad, zona de residencia, nivel de estudios, situación laboral y número de hijos; etapa del climaterio, frecuencia de consumo de grupo de alimentos, hábitos tóxicos, consumo de fármacos, patología diagnosticada y la calidad de vida.

Para la recogida de datos relacionados con hábitos de salud se utilizará el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y para los datos relacionados con la medición de la calidad de vida se utilizará la Escala Cervantes.

El tipo de muestreo que se precisa es de conveniencia o accidental y los criterios de inclusión son que cumpla con la edad requerida, residente en la isla de El Hierro y entienda la lengua castellana para la realización del cuestionario. Como criterios de exclusión se tendrá en cuenta la dificultad en la realización y/o comprensión para rellenar el cuestionario.

Para la interpretación de datos se precisará un análisis estadístico.

Consideraciones éticas:

Se requiere un muestreo de conveniencia o accidental: para la selección de aquellos sujetos más fácilmente accesibles para el equipo investigador y que voluntariamente acepte rellenar el cuestionario en formato digital con la aplicación Formulario de Google Drive. Toda la información obtenida se tratará de forma totalmente confidencial, según la normativa de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos personales y en ningún caso se podrá revelar su identidad, ya que, la encuesta es anónima.