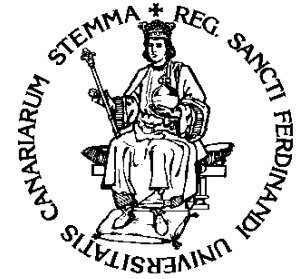




Universidad
de La Laguna



TRABAJO DE FIN DE GRADO

**CONOCIMIENTO QUE TIENEN SOBRE EL
CLIMATERIO LAS MUJERES ENTRE 45 Y 64 AÑOS
DE EDAD EN LOS MUNICIPIOS DE SANTA CRUZ Y
SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA**

AUTORA: AMELIA ALONSO ORÁN

TUTORA: M^a ARÁNZAZU GARCÍA PIZARRO

GRADO EN ENFERMERÍA.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Tenerife. Universidad de la Laguna.

Curso 2015-2016



RESUMEN

En España, el climaterio afecta a una cuarta parte de la población femenina y ocupa casi un tercio de la vida de las mujeres. En esta etapa se producen importantes alteraciones a nivel biológico, psicológico y social que pueden alterar su calidad de vida y derivar en diferentes patologías. Es importante, el conocimiento sobre los métodos preventivos así como de los tratamientos para paliar los signos y síntomas característicos de esta etapa. Por ello, el objetivo de este proyecto de investigación es determinar el nivel de conocimiento sobre el climaterio que tienen las mujeres entre 45-64 años. Se llevará a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y de carácter transversal. La muestra de tipo no probabilístico no intencionado, estará formada por las mujeres en edades comprendidas entre 45 y 64 años de edad que acuden a la consulta de la matrona en los diferentes centros de atención primaria de los municipios de Santa Cruz y San Cristóbal de la Laguna, pertenecientes a la provincia de Santa Cruz de Tenerife, a quienes se les realizará un cuestionario validado de 56 preguntas. Las variables estudiadas serán el grado de conocimiento que tienen sobre el climaterio así como las principales fuentes de las que han obtenido la información. La duración de la investigación será aproximadamente de un año. Con este estudio se pretende determinar qué conocimientos presentan las mujeres, para poder mejorar posteriormente la educación sanitaria prestada en esta etapa de la vida y por consiguiente poder mejorar la calidad de vida de este sector de la población.

PALABRAS CLAVE

Climaterio, menopausia, conocimiento, autocuidado, salud de la mujer, educación sanitaria.

ABSTRACT

In Spain, the climacteric (menopause) affects a quarter of the female population and occupies almost a third of the lives of women. At this stage, major alterations of biological, psychological and social level may occur, which can affect their quality of life and lead to different pathologies. The knowledge about prevention methods and treatments is important to relieve the signs and symptoms of this stage. Therefore, the objective of this research project is to determine the level of knowledge about menopause that women between 45-64 years do have. A descriptive, retrospective and transversal study will be carried out. The sample, of no probabilistic and unintended type, will be carried out in women aged between 45 and 64 years of age who come to the consultation of the midwife in different primary care centers in the municipalities of Santa Cruz and San Cristobal de la Laguna, belonging to the province of Santa Cruz de Tenerife, and will receive a validated questionnaire of 56 questions. The variables studied are the degree of knowledge they have about the climacteric and the main sources of which have obtained the information. The duration of the investigation will be approximately one year. This study aims to determine which women have knowledge, to further improve the healthcare education at this stage of life and thus to improve the quality of life for this sector of the population.

KEY WORDS

Climateric, menopause, knowledge, self-care, women's health, health education.

INDICE

1. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 - Definición de Términos.....	1
1.2 - Introducción.....	2
1.3 - Proceso Fisiológico de la Menopausia.....	4
1.4 - Signos y Síntomas.....	5
1.5 - Métodos Preventivos y Tratamientos.....	8
1.6 - Antecedentes.....	13
1.7 - Justificación.....	20
2. OBJETIVOS.....	22
2.1 - Objetivos Generales.....	22
2.2 - Objetivos Específicos.....	22
3. METODOLOGÍA.....	23
3.1 - Diseño.....	23
3.2 - Población y muestra.....	23
3.3 - Variables e instrumentos de medida.....	24
3.4 - Métodos de recogida de información.....	25
3.5 - Procedimientos estadísticos.....	25
3.6 - Consideraciones éticas.....	26
3.7 - Cronograma.....	27
3.8 - Presupuesto.....	27
4. BIBLIOGRAFÍA.....	29
5. ANEXOS.....	35

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Definición de Términos

El climaterio comprende el periodo de transición paulatino de la vida reproductiva a la no reproductiva. Es el resultado del envejecimiento natural en el sistema reproductor femenino. Suele situarse aproximadamente entre los 45 y los 64 años de edad y se divide en las siguientes etapas (Figura 1.1)¹.

Perimenopausia: significa “*alrededor de la menopausia*”². Suele comenzar a los 45 años y se inicia con la aparición de las alteraciones en los ciclos menstruales y finaliza a los 12 meses del cese definitivo de la menstruación. Su duración aproximada es de 2 a 8 años, con una media de cinco años².

Menopausia: deriva de los términos griegos “*mes*” y “*cesación*”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el cese permanente de la menstruación, tras un periodo de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica. Por lo tanto, se diagnostica de manera retrospectiva. Suele presentarse a los 51.3 años de edad, aunque este rango oscila entre los 48 y los 54 años^{1,2}.

Posmenopausia: Es la etapa posterior a la menopausia. Se caracteriza por el cese definitivo de la actividad ovárica y su duración se prolonga entre 5 y 10 años. Sin embargo, hay algunos estudios que consideran que este periodo se extiende hasta el final de la vida de la mujer².

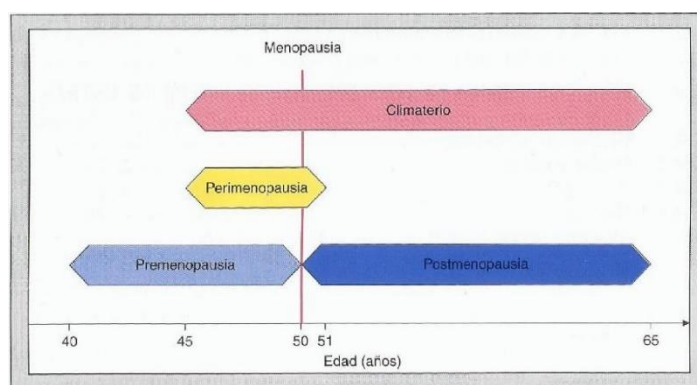


Figura 1.1 Fases y acontecimientos del climaterio

Fuente: Uwe Hollihn, K. El climaterio, un periodo de transición. En: Henry, R. Menopausia y Terapia hormonal sustitutiva. 2º Ed. Berlín: Schering AG. 1998 p.27-79

1.2 Introducción

Según indica el Instituto Nacional de Estadística (INE) el número total de mujeres residentes en España asciende a 23 millones³, de las cuales 6 millones⁴ aproximadamente se encuentran en la franja comprendida entre los 45 y 64 años de edad. Por lo tanto, el climaterio afecta actualmente a un 26% de la población femenina española.

Cabe destacar que el climaterio ha sido un tema relevante para la sociedad a partir de la segunda mitad del siglo XX, debido en gran parte a la influencia de dos aspectos fundamentales: el paulatino aumento de la esperanza de vida; y la evolución del papel de la mujer en la sociedad española.

Durante la década de los años 40 la gran mayoría de las mujeres no llegaba a experimentar la menopausia, ya que la esperanza de vida en España era de 50 años⁵. Sin embargo, a lo largo de las décadas posteriores hasta la actualidad se ha producido un auge en la esperanza de vida que tiene relación con un desarrollo en el ámbito tecnológico, socioeconómico y político.

Desde el punto de vista tecnológico, destaca el desarrollo de la agricultura, alimentación, sanidad, higiene y mejora en los tratamientos de las enfermedades; como indica el demógrafo Warren Thompson en su estudio sobre las cuatro fases de la transición demográfica en las sociedades industrializadas⁶.

En el ámbito económico y político cabe reseñar que en el caso de España la llegada de la democracia ha impulsado los valores del denominado *Estado del bienestar*⁷, cuyo cambio social viene marcado por un aumento en la inversión estatal en derechos sociales, tales como la sanidad y educación públicas, leyes de dependencia y apoyo a personas ancianas o con discapacidades, entre otras; que mejoran el bienestar social y la calidad de vida.

Finalmente, el aumento del nivel socioeconómico de la población española ha facilitado el conocimiento y la toma de conciencia de la ciudadanía sobre los métodos de prevención de muchas enfermedades, y cuyo tratamiento prematuro permite combatirlas con anticipación. Por todos estos motivos, actualmente la esperanza de vida femenina es de 85 años⁸, por lo que el climaterio afecta a casi un tercio de la vida de las mujeres.

Con respecto a la evolución del papel de la mujer es importante tener en cuenta que a lo largo de la historia ha sido excluida del ámbito público y relegada al seno familiar, por lo que sus principales funciones eran las labores del hogar, la procreación y la educación de los hijos⁹. Por lo tanto, las mujeres que llegaban a experimentar los síntomas del climaterio, en la mayoría de los casos desconocidos para ellas, los vivían en soledad.

Durante la República española en los años 30 se inician medidas para fomentar la igualdad de género, como se observa en el derecho al voto femenino; aunque tras la Guerra Civil vuelve a producirse un importante retroceso en esta búsqueda.

Sin embargo, con la transición a la democracia en 1975 se produce paulatinamente la inserción de la mujer en el mundo laboral, que provoca su salida de la esfera del hogar para adentrarse en el paradigma social. Además, en la propia Constitución Española de 1978¹⁰ se establece el reconocimiento de la igualdad de género y la lucha por dicho cumplimiento; que se ha visto secundado con la creación de un Ministerio de Igualdad; un Instituto de la Mujer o un Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades con carácter trienal¹¹.

Según datos oficiales, a principios del siglo XX el porcentaje de mujeres desempeñando actividad laboral era del 18%¹² frente al 82% de los hombres; y en el año 2011 el porcentaje de mujeres activas era del 41%¹³. Por lo tanto, en la actualidad, la repercusión de los signos y síntomas que padecen la gran mayoría de las mujeres climatéricas puede afectar no solamente a nivel personal y familiar sino también en el ámbito laboral y social.

La inserción de la mujer en el mundo laboral ha sido a su vez uno de los detonantes en la disminución de la natalidad. Desde el año 1976 y hasta el 2015 los nacimientos han disminuido en 200 mil personas al año, lo que supone un descenso de casi el 18% en cuarenta años.

Además, el número medio de hijos por mujer se situó en 2014 en 1,32¹⁴; frente a los 2,8 que había en el momento de la llegada de la democracia. Esta disminución de la natalidad junto con el aumento de la esperanza de vida ha desencadenado un envejecimiento de la población residente en España. El tipo de pirámide poblacional es regresiva, donde el porcentaje de población igual o mayor de 65 años se sitúa en un 18.2%, que se prevé que aumentará a un 24.9% en 2029 y a un 38.7% en 2064¹⁵.

Estos datos ponen de manifiesto la repercusión que adquiere la menopausia a nivel social, ya que la intensidad sobre el proceso de envejecimiento en la población continúa aumentando considerablemente. A su vez muestra la importancia, por tanto, de una adecuada prevención de los signos y síntomas, pero sobre todo de las patologías asociadas que pueden afectar a este sector poblacional y causar, a su vez, un incremento del coste sanitario.

En conclusión, las mejoras en el bienestar social y los cambios políticos han propiciado la incorporación de la mujer al ámbito laboral, con el consiguiente descenso de la natalidad; que junto a las mejoras tecnológicas y sanitarias han elevado la esperanza de vida.

Estos factores conllevan a que el climaterio afecte en la actualidad al día a día de un importante número de mujeres de la población española en una esfera biopsicosocial, y que por tanto, se convierta en un tema de relevante magnitud para la sociedad.

1.3 Proceso fisiológico de la menopausia

La pérdida de la función ovárica es un proceso progresivo y paulatino, originado por una carencia de estrógenos y progesterona, que conlleva a su vez a alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis (Figura 2.1). Además, este déficit hormonal provoca en la mujer una serie de signos y síntomas¹⁶.

En la perimenopausia, la disminución del número de folículos ováricos provoca un descenso de los niveles de inhibina, lo que ocasiona un aumento de las concentraciones de la hormona estimulante del folículo (FSH). Los niveles de estradiol, estrógeno más importante en la vida fértil de la mujer, permanecen normales o algo disminuidos¹⁶.

Estos cambios producen ciclos menstruales de menor duración, debido al acortamiento de la fase folicular. Sin embargo, la duración de la fase luteínica permanece invariable y los valores de la hormona luteinizante (LH) se mantienen dentro de los márgenes normales¹⁶.

El descenso de los niveles de estradiol se intensifica y se origina un mayor aumento de la FSH. Los ciclos menstruales pueden ser ovulatorios o anovulatorios. Al no producirse progesterona en los ciclos anovulatorios, existe un hiperestrogenismo relativo, que puede dar lugar a hipermenorrea y/o hiperplasia del endometrio. Incluso, en los ciclos ovulatorios, también se producen déficits luteínicos con bajos niveles de progesterona^{16, 17}.

Con el transcurrir del tiempo, el número de folículos va descendiendo, y por lo tanto, el número de receptores de gonadotropinas en el ovario, hasta la atresia total de los folículos y la llegada de la menopausia. En esta fase, se trata de un cociente FSH/LH >1, ya que los escasos niveles de estradiol producen un considerable aumento de la FSH y en menor grado de la LH¹⁷.

Tras el cese funcional de los ovarios, la estrona, que se produce por la conversión de los andrógenos especialmente en el tejido adiposo, se convierte en la principal fuente de estrógenos. En la posmenopausia, los andrógenos se encuentran fundamentalmente en las glándulas suprarrenales. La reducción de la actividad biológica del estradiol es la responsable de mayoría de las consecuencias fisiológicas de la posmenopausia¹⁷.

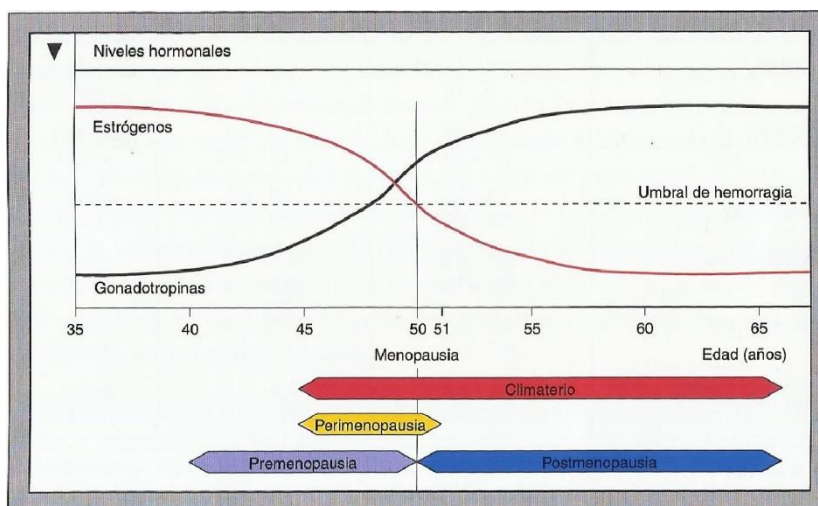


Figura 2.1: Cambios de las concentraciones de hormonas sexuales desde la madurez sexual a la posmenopausia

Fuente: Uwe Hollihn, K. El climaterio, un periodo de transición. En: Henry, R. Menopausia y terapia hormonal sustitutiva. 2º Ed. Berlín: Schering AG. 1998 p.27-79

1.4 Signos y Síntomas

Se denomina síndrome climatérico al conjunto de signos y síntomas propios de la perimenopausia y la posmenopausia. El déficit de estrógenos puede producir alteraciones a corto plazo representadas por este síndrome, que pueden afectar a la calidad de vida de la mujer, y otras a largo plazo, que pueden derivar en diferentes patológicas¹⁸.

Como indica el doctor Rafael Sánchez Borrego, ex presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), las irregularidades en los ciclos menstruales que suelen presentarse varios años antes de la menopausia, constituyen la primera manifestación del climaterio¹⁹.

Los síntomas vasomotores o sofocos son crisis de vasodilatación que afectan a la mayoría de las mujeres durante este periodo. Se caracterizan por una sensación subjetiva de calor en la piel que afecta a la parte superior del tórax, fundamentalmente a la cara y al cuello, aunque también con menor frecuencia en antebrazos y manos. En muchos casos suele acompañarse de enrojecimiento facial, palpitaciones y sudoración^{19, 20}.

Este proceso se produce porque el centro termorregulador del hipotálamo detecta un aumento de la temperatura central y pone en funcionamiento los mecanismos de vasodilatación, que producen sudoración a través de la pérdida periférica de calor, y un aumento del flujo sanguíneo para poder disminuir dicha temperatura^{20, 21}.

La duración, intensidad y frecuencia de los sofocos son variables en cada mujer. Su duración oscila entre unos segundos y varios minutos, aunque la media se sitúa en 4 minutos aproximadamente^{19, 20}.

La aparición de esta sintomatología, suele acontecer 2 años antes de la menopausia y permanece durante más de un año después de la misma. Sin embargo, aproximadamente un 20% de mujeres padece estos síntomas vasomotores durante más de cinco años. Además, otro aspecto relevante a mencionar es que los sofocos se pueden producir en cualquier momento del día. Cuando tienen lugar durante la noche pueden producir reiteradas interrupciones del sueño, que derivan en algunos casos en insomnio; y en consecuencia, en fatiga diurna e irritabilidad¹⁹⁻²¹.

La carencia de estrógenos produce también, atrofia en los órganos que presentan receptores de esta hormona. Cabe destacar la atrofia vaginal, caracterizada por una disminución de su longitud, así como del grosor del tejido epitelial escamoso. A su vez se produce una menor elasticidad del introito vulvar, reducción del flujo vaginal y de la vascularización²¹.

Estos factores conllevan una disminución de la lubricación, por lo que muchas mujeres padecen sequedad vaginal, dispareunia e incluso una llegada tardía al orgasmo¹⁹⁻²². Según refleja el Estudio “*La mujer española a partir de los 50 años*” avalado por la AEEM, alrededor de un 32% de mujeres, comprendidas entre la franja de 45 a 65 años de edad, padecen disfunción sexual²³. En muchas ocasiones, estas dificultades provocan una disminución de la libido, que afecta a la calidad de vida de estas mujeres¹⁹⁻²².

Cabe mencionar alteraciones que se producen en el aparato genitourinario, que afectan a los cambios funcionales y anatómicos de las paredes de la vejiga y uretra como la disuria, la poliaquiuria y la nicturia. Esta última puede afectar a la calidad del sueño, ya que se producen frecuentes despertares que impiden en muchos casos conciliar el sueño nuevamente^{24,25}.

Alrededor de un 30 - 40% de las mujeres en este periodo sufre incontinencia urinaria, siendo la más frecuente la de esfuerzo. Ésta se produce por un debilitamiento del suelo pélvico que se agudiza en la menopausia, con la pérdida de masa muscular y de elasticidad. Además, todos estos cambios predisponen a padecer infecciones urinarias²³.

Los cambios metabólicos y el aumento de la grasa corporal también son característicos de la menopausia. En algunas mujeres se produce un aumento de peso, sin embargo en otras sólo una

modificación en la distribución del tejido adiposo, localizado fundamentalmente en el abdomen y en la cintura, lo que conlleva a un mayor riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares (ECV) ¹⁹.

Dentro de las patologías que pueden tener lugar a largo plazo destacan las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis.

Las patologías cardiovasculares son la primera causa de mortalidad de las mujeres en España. Tras el cese de la función ovárica, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, ya que la acción protectora que ejercen los estrógenos sobre el control de los niveles de colesterol y triglicéridos, así como sobre el mantenimiento del flujo vascular durante la etapa fértil de la mujer, desaparece. Dentro de los factores de riesgo se incluyen la diabetes mellitus, el tabaquismo, la dislipidemia, la hipertensión arterial, la obesidad, así como el estrés²⁶⁻²⁸.

La osteoporosis es un trastorno esquelético sistémico que se caracteriza por la reducción de la densidad y la masa ósea, que afecta a la fragilidad de los huesos y a la microarquitectura de los mismos. Éstos están sometidos a un proceso continuo de remodelación a través del cual se produce la resorción y la formación del hueso. Los osteoclastos se encargan de la destrucción del mismo y los osteoblastos de su posterior reconstrucción^{19, 21, 29,30}.

El cese de la producción estrogénica provoca una mayor actividad osteoclástica y una menor actuación de los osteoblastos que conlleva, con el transcurso del tiempo, a notables pérdidas de la masa ósea como consecuencia de la descalcificación de los huesos²⁹⁻³¹.

Una de las consecuencias más relevantes es el aumento del riesgo de padecer fracturas. Las más frecuentes se localizan en la muñeca (fractura de Colles); en la columna vertebral (aplastamiento vertebrales); y en la cadera (fractura de cuello del fémur). Estas dos últimas guardan una estrecha relación exponencial con la edad^{29, 30}.

Los aplastamientos vertebrales se producen mayoritariamente a partir de los 60 años. Generalmente son asintomáticos, aunque en algunos casos pueden producir dolor crónico en la zona dorsal y encorvamiento de la columna vertebral, y pueden llegar a producir una limitación de la capacidad ventilatoria de los pulmones^{23, 29, 30}.

La fractura de cadera presenta mayor incidencia a partir de los 75 años. Además de la morbilidad, el dolor y el deterioro de la calidad de vida provocado por las secuelas de estas fracturas, cabe reseñar el alto índice de mortalidad asociado. Se estima que un 24% de las mujeres que sufren este tipo de fractura fallece durante el siguiente año, y aproximadamente un 20% permanece con movilidad reducida y en situación de dependencia continua^{23, 29, 30}.

Las mujeres menopáusicas no sólo se ven afectadas por los cambios biológicos y físicos nombrados anteriormente, sino también por aspectos psicológicos y sociales.

La actividad estrogénica desempeña un papel fundamental en el Sistema Nervioso Central (SNC) y se relaciona con la sensación psicológica de bienestar. Estos cambios, en el ámbito emocional no son vividos de igual manera por todas las mujeres, ya que varían según su personalidad, su formación, el ámbito familiar y su entorno sociocultural.

Durante esta etapa son frecuentes las alteraciones del estado de ánimo así como la falta de concentración, irritabilidad, ansiedad, nerviosismo, hipersensibilidad entre otras. Algunas mujeres sienten mermadas sus capacidades físicas y experimentan un rechazo a su nueva imagen, lo que provoca una disminución de su satisfacción personal y de su autoestima. Este hecho también se relaciona con el temor a sentirse menos atractivas sexualmente^{19, 31}.

Además, suele coincidir con el denominado síndrome del nido vacío, caracterizado fundamentalmente por aquella mujer ama de casa que ha dedicado su vida al cuidado de su familia y que durante esta época descubre, debido a la marcha de sus hijos, que su función entra en declive produciendo en muchas ocasiones un sentimiento de soledad^{31,32}.

Sin embargo, hay mujeres que viven la menopausia desde un punto de vista positivo, ya que la ausencia de molestias menstruales así como el poder mantener relaciones sexuales sin el miedo a un posible embarazo y sin tener que utilizar métodos anticonceptivos, supone para ellas una gran liberación^{19, 31, 32}.

1.5 Métodos Preventivos y Tratamientos

Para contrarrestar los signos y síntomas mencionados anteriormente es importante que las mujeres conozcan los tratamientos específicos y que lleven a cabo métodos preventivos que les permitan mejorar su calidad de vida.

Una dieta sana y equilibrada es fundamental durante todas las etapas de la vida, aunque durante el climaterio cobra mayor importancia llevar a cabo una alimentación apropiada, para ayudar a prevenir sus posibles patologías asociadas; como la osteoporosis, la obesidad, los problemas cardiovasculares, entre otros. Por ello, es necesario llevar a cabo las siguientes recomendaciones^{32, 33}:

- Para evitar la obesidad y mantener una correcta salud cardiovascular es importante mantener un índice de masa corporal (IMC) no superior a 25, así como superar los 88 cm de perímetro abdominal. Además, se recomienda un aporte calórico diario que oscile entre 1.400 - 2.000 calorías (10 - 15% proteínas, 25 - 30% grasas, 60% hidratos de carbono). En caso de sobrepeso, debe reducirse la ingesta de grasas de origen animal, así como la de hidratos de carbono, y aumentar el consumo de frutas y verduras. Asimismo, para mantener una buena hidratación, es fundamental beber 1.5 - 2L de líquido diario, evitando las bebidas azucaradas y bicarbonatadas.
- La Sociedad Española de Reumatología aconseja a las mujeres mayores de 50 años una ingesta diaria de calcio de 1.200 mg, y de 1.500 mg a partir de los 65 años. Los productos lácteos son una fuente importante de calcio y se debe consumir cuatro raciones al día. Cabe reseñar que para evitar la obesidad y la hipercolesterolemia se deben ingerir productos desnatados.
- El consumo de fibra se incluye dentro de las recomendaciones dietéticas, ya que mejora el tránsito intestinal y actúa como protector frente a diversas patologías como la hipercolesterolemia. Sin embargo, la ingesta excesiva puede disminuir la cantidad de estrógenos circulantes.

Durante el proceso de envejecimiento se produce un descenso de los niveles de vitamina D, fundamental para la absorción del calcio, y por consiguiente, para evitar la fragilidad ósea. Por ello, es conveniente una exposición al sol todos los días durante 15 minutos, ya que los rayos solares ayudan a sintetizar esta vitamina a través de la piel^{32, 33}.

Además de las recomendaciones nutricionales mencionadas anteriormente, hay que destacar la importancia de realizar actividad física moderada durante esta etapa de la vida, ya que las mujeres que lo practican presentan un riesgo coronario tres veces menor que las mujeres sedentarias^{19, 32, 33}.

Por otra parte, aumenta la fuerza muscular y la densidad mineral ósea. Las mujeres climatéricas deben tener en cuenta que el ejercicio físico debe formar parte de su hábito de vida. Es aconsejable llevarlo a cabo dos o tres veces por semana con una duración mínima de 30 minutos^{19, 32, 33}.

Hay que destacar tres características básicas para el correcto desarrollo de la actividad física: regular, moderado y continuo. Asimismo, la práctica de ejercicio físico influye en el bienestar psicológico de las mujeres, ya que mejora su aspecto físico y por consiguiente, aumenta su autoestima^{19, 32, 33}.

También se ha comprobado que disminuye el consumo de fármacos como los ansiolíticos, analgésicos, antidepresivos, entre otros. La gimnasia, el baile, la natación, y especialmente caminar son las actividades más recomendadas^{19, 32, 33}.

Evitar el consumo de sustancias potencialmente tóxicas (tabaco, alcohol, drogas, productos con cafeína, y en algunos casos la automedicación) es otro de los requisitos para evitar posibles complicaciones durante el climaterio^{32, 33}.

El tabaco produce un efecto negativo sobre el riesgo cardiovascular y la osteoporosis, acelera el inicio de la menopausia y agudiza los síntomas climatéricos. Con respecto al alcohol, cabe destacar que un moderado consumo diario (30-60ml) es beneficioso para evitar las enfermedades cardiovasculares. Es importante, también, limitar el consumo de cafeína, ya que es un factor de riesgo para la osteoporosis, y puede alterar los signos psíquicos y neurovegetativos de esta etapa^{19, 32, 33}.

Teniendo en cuenta que el cáncer de mama es el más prevalente en la mujer española y que la menopausia tardía (> 55 años) aumenta el riesgo de padecer dicha patología, se debe estimular el diagnóstico precoz mediante la realización de mamografías anuales o bianuales en función de la edad y de los antecedentes familiares de cáncer de mama³³.

Otro método preventivo a tener en cuenta es la realización anual de un examen ginecológico así como de una citología cervicovaginal. En el caso de que se produzca cualquier pérdida hemática genital después de la menopausia se debe acudir al especialista para su valoración. Otro aspecto a reseñar como método preventivo es la realización de ejercicios para fortalecer el suelo pélvico y reducir de este modo los prolapsos, o las pérdidas de orina, entre otros^{19, 32, 33}.

Hay que tener presente que en España existen aproximadamente dos millones y medio de mujeres que padecen osteoporosis; que una de cada dos mujeres mayores de 50 años puede presentar una fractura como consecuencia de esta enfermedad; y que una de cada tres mujeres de edad superior a los 80 años sufrirá una fractura de cadera²⁹.

Por tanto, es fundamental concienciar a este sector de la población sobre la importancia de la prevención precoz para evitar las posibles secuelas que pueda ocasionar esta enfermedad. Además, el riesgo de fracturas que conlleva genera un elevado coste socioeconómico para la sanidad pública, como hospitalizaciones de larga duración, intervenciones quirúrgicas, prolongadas sesiones de rehabilitación, entre otras^{34, 35}.

Dentro de las prevenciones se incluyen, además de las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico, nombradas anteriormente, evitar caídas; así como la realización de ejercicios bruscos en los que se vea afectada la columna vertebral^{19, 34}.

La densitometría ósea es el método que se utiliza para la detección precoz de la pérdida de masa ósea, y por lo tanto para prevenir la aparición de la osteoporosis y posibles fracturas. Esta prueba está especialmente indicada a mujeres con menopausia precoz (<40 años), con bajo peso, y que utilicen durante un largo periodo de tiempo tratamientos con corticoides, hormonas tiroideas, ansiolíticos, anti convulsionantes antiácidos, así como en mujeres fumadoras³⁶.

También se recomienda la densitometría en mujeres con fracturas previas sospechosas, con antecedentes familiares de primer grado, que hayan estado inmobilizadas durante mucho tiempo, que padezcan hipertiroidismo, diabetes mellitus inmunodependientes, o anorexia nerviosa, entre otras patologías³⁶.

Para que la mujer afronte con mayor positividad esta etapa de su vida, es fundamental que sienta el apoyo de su pareja y que mantenga una vida sexual satisfactoria. Además, es importante potenciar sus cualidades personales, que aprenda a disfrutar del tiempo libre y realizar actividades fuera del hogar, que cultiven las relaciones sociales, y por consiguiente, ayuden a mejorar su autoestima^{23,32,33}.

Existe una gran variedad de tratamientos para paliar los signos y síntomas característicos de esta etapa entre los que destaca fundamentalmente la Terapia Hormonal (TH). Esta terapia incluye el tratamiento sólo con estrógeno, una combinación entre estrógeno y progestina; o estrógenos y progesterona^{19, 37}.

Para evitar el riesgo de cáncer de endometrio se recomienda a las mujeres una combinación de estrógeno y progesterona. Sin embargo, a las que han sufrido una histerectomía se les suele aconsejar una terapia sólo con estrógeno. Se puede presentar en forma de parche epidérmico, crema o píldora³⁷.

Su utilización produce beneficios a corto plazo: alivio de los efectos vasomotores y sus secuelas (sofocos, sudores nocturnos), de la sequedad vaginal o dispareunia, así como de las alteraciones del estado del ánimo. La agencia europea y española del medicamento desaconsejan que las mujeres utilicen dicho tratamiento si no padecen estos síntomas climatéricos³⁷.

De entre los principales beneficios y riesgos que se indican sobre el empleo de la Terapia Hormonal, destacan dos estudios, realizados por la “*Women's Health Initiative (WHI)*”, ambos avalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En ellos participaron más de 27000 mujeres de entre 50 y 79 años de edad^{37, 38}.

En ambos, se muestra una reducción significativa en la incidencia de fracturas, así como en el cáncer de colon. Sin embargo, la utilización de la TH sólo con estrógenos detectó un incremento en la incidencia de accidentes cerebrovasculares, y en enfermedades relacionadas con la vesícula biliar³⁸.

Por otra parte, la TH combinada se relaciona entre sus riesgos y perjuicios con el aumento de la tromboembolia venosa o eventos coronarios tras un año de administración de dicha terapia; lo cual también se incrementa después de tres años con un desarrollo de accidentes cerebrovasculares y problemas en la vesícula biliar; así como el cáncer de mama tras cinco años de empleo del mismo³⁸.

Según la *Food and Drug Administration* (FDA), se recomienda utilizar la menor cantidad de dosis y que esta se lleve a cabo en el menor tiempo posible. Además, es fundamental que se valore de manera individualizada en cada mujer si los riesgos de la utilización de esta terapia son superiores a sus posibles beneficios^{37, 38}.

Está contraindicado en mujeres embarazadas y con hepatopatías; y se debe considerar su uso en aquellas mujeres que hayan padecido tromboembolismos, neoplasias del aparato genital, cáncer de endometrio, o cáncer de mama, entre otros³⁷.

Aparte de la terapia hormonal, existe para la prevención y tratamiento de la osteoporosis un tipo de fármaco denominado “*Moduladores selectivos de los receptores de estrógenos*” (SERMs); que actúan de forma parecida a los estrógenos, pero sin aumentar el riesgo de padecer cáncer de endometrio o cáncer de mama. El raloxifeno y el bazedoxifeno son los dos tratamientos aprobados en España^{29, 39}.

El conocimiento de las mujeres climatéricas sobre los signos y síntomas característicos de esta etapa y sobre los métodos preventivos y tratamientos constituye un factor imprescindible para mejorar su bienestar físico y psicológico. Para ello, es fundamental el papel preponderante que desempeñan tanto los enfermeros/as como las matronas a través de la educación sanitaria. Ésta debe estar enfocada al autocuidado de las mujeres durante el climaterio así como a desarrollar hábitos saludables y prácticas preventivas para evitar las posibles patologías asociadas^{32, 40, 41}.

Cabe reseñar, la importancia de fomentar la asistencia de las mujeres a los centros sanitarios para recibir una información personalizada, ya que cada una puede experimentar la llegada de la menopausia de forma diferente.

La función educativa debe ir encaminada a su vez a modificar los prejuicios sobre la menopausia para que las mujeres se enfrenten a esta etapa con la misma naturalidad con la que experimentan otras fases de la vida. También, hay que destacar que el aumento del grado de conocimiento facilita asimismo la toma de decisiones de forma consciente^{40, 41}.

Un estudio realizado en México sobre la evaluación de las intervenciones educativas de enfermería para el autocuidado de las mujeres durante el climaterio demostró que la aplicación de un programa educativo mejora notable dichos autocuidados⁴².

Es importante mencionar que en nuestro país actualmente existe la Asociación Española para Estudio de la Menopausia (AEEM) fundada hace aproximadamente 20 años. Está formada por un grupo de especialistas en ginecología, endocrinología, enfermería, reumatología entre otros y está dirigida al estudio del climaterio. El día internacional de la menopausia se celebra el 18 de octubre y el año pasado estuvo dedicado a la prevención²³.

También, resaltar la reciente creación de la Fundación Española para el Estudio de la Menopausia (FEEM) en 2015, cuya función principal se basa en la investigación así como en potenciar la docencia y formación de diferentes profesionales en el marco de la menopausia y el climaterio²³.

1.6 Antecedentes

Tras una exhaustiva exploración entre diferentes motores de búsqueda y bases de datos, se han podido extraer numerosos artículos acerca de estudios cuyo objetivo y metodología es similar a la que se plantea en el presente proyecto. De esta forma, se han analizado los aspectos más destacados relacionados con los síntomas fisiológicos, socio psicológicos, culturales y sobre el conocimiento de las mujeres climatéricas en distintas partes del mundo.

De esta manera, y a pesar de que cada uno de los trabajos que se mencionan contiene matices y aspectos diferenciados, sí es cierto que todos ellos presentan un acercamiento similar en la investigación, tanto en el tamaño de la muestra de población a la que se refieren como en la selección de las mujeres para participar en el estudio.

Además, la metodología empleada es similar en la mayoría de los trabajos, ya que se utiliza el formato de encuesta cualitativa, aunque varía ampliamente el número de cuestiones que se realizan en cada una de ellas. Eso sí, cabe destacar que en la metodología llevada a cabo en algunos proyectos se ha optado por los grupos de discusión.

Por tanto, cada uno de los artículos se encuentra situado en una localización geográfica más o menos concreta en diferentes países; de los que se ha extraído una muestra representativa de la

población femenina, en un ratio desde los 35 a los 60 años de edad, variando la edad mínima y máxima de la muestra en los diferentes artículos.

Por otra parte, el aspecto más relevante que presentan los diferentes estudios es el interés acerca del conocimiento de las mujeres climatéricas sobre dicho proceso, así como las diferencias culturales y de la calidad de vida, basándose en varias cuestiones, que en algunos de los trabajos se llevan a cabo a través de respuestas dicotómicas; y en otros a partir de la respuesta múltiple.

De cara a la obtención de la muestra, el grueso de los artículos busca la representatividad basándose principalmente en la edad y el sexo, como se ha indicado previamente. Eso sí, también se centra en factores como el nivel socioeconómico, el tipo de empleo y horarios del mismo, problemas de salud, actividad diaria, estado civil o número de hijos.

En cuanto a la elaboración de la encuesta, en primer lugar se plantea desde la metodología la cuestión del conocimiento que tienen las mujeres sobre el concepto de menopausia y todo el proceso que engloba. Posteriormente, acerca del conocimiento de sus síntomas; y luego sobre el de los tratamientos y fármacos. Por último, la mayoría de trabajos exploran la principal fuente de información de la que extraen las encuestadas su conocimiento, siendo en la mayoría de los casos a través de los medios de comunicación de masas.

Uno de los elementos a destacar tiene que ver con las áreas geográficas, ya que se sitúan en localizaciones concretas dentro de un territorio, como son la Ciudad de México, Vigo, Andalucía o Yazd, entre otras. Por otra parte se observa una importante variación entre las muestras escogidas y el número de preguntas llevadas a cabo para la elaboración de los diferentes trabajos; ya que, por ejemplo, en el estudio realizado en el Instituto Mexicano de la Seguridad Social, la muestra es de 4162 mujeres a las que se les realizaron 37 preguntas⁴³.

Por otra parte, estudios como el llevado a cabo en el área sanitaria de Vigo utilizaron una muestra de 425 mujeres pero no se indica el número de cuestiones realizadas, ya que se llevó a cabo a través de ítems o apartados⁴⁴. En el estudio realizado en Santiago de Chile, podemos observar que la muestra es de 150 mujeres⁴⁵; o en la ciudad iraní de Yazd, en donde la muestra es de 330⁴⁶.

De entre las principales preocupaciones de cara a elaborar un grupo de estudio para las mujeres sobre el conocimiento del climaterio, se encuentra la división del grado de estudios, la edad de las encuestadas, el nivel socioeconómico, o el estado civil. Sin embargo, los resultados arrojan conclusiones dispares según la región a la que se refieren, ya que algunos de ellos establecen una relación directa entre la edad y el conocimiento sobre el climaterio; así como variaciones entre el porcentaje del conocimiento sobre tratamientos y fármacos. Por otra parte, se observa que no se puede establecer una única conclusión a grandes rasgos entre los diferentes estudios, ya que algunos

concluyen un bajo conocimiento sobre las cuestiones que se plantean, frente a otros en los que dicho conocimiento es medio.

Proyectos como el realizado en Turquía establecieron que el 74,2% de las mujeres conocía perfectamente el significado de la menopausia, y el 67,2% estaba familiarizado con sus terapias hormonales. Eso sí, merece especial atención la forma en que las mujeres reciben dicho conocimiento, ya que un 40% de las mujeres afirmaron que la habían recibido por parte de otras mujeres; frente a un 22% que la recibían por parte de medios de comunicación, y un 17% por parte de los profesionales sanitarios⁴⁷. Tiene vital importancia la fuente de conocimiento por parte de las mujeres sobre el proceso del climaterio, ya que se produce una coincidencia en trabajos llevados a cabo en Canadá, Irán, México, India o Turquía en donde se evidencia que la principal fuente son los medios de masas.

Otros proyectos como el llevado a cabo en México evidenciaron un bajo conocimiento, así como una baja asistencia a centros de salud o de atención en medicina familiar. Por otra parte, también es cierto que no se conocen correctamente los métodos preventivos debido a que provienen de fuentes populares pero no de centros de salud o profesionales sanitarios. De esta manera, tan solo el 26% del estudio conocía medidas preventivas, y al igual que en otros estudios realizados en distintos países la principal fuente de información fueron los medios de comunicación⁴³.

Eso sí, uno de los estudios realizados en Ottawa otorga notable importancia a Internet, lugar del que aseguran que se busca gran parte de la información, especialmente la relacionada con tratamientos hormonales, y que en muchos casos no está correctamente evidenciada o se disminuyen los riesgos para promocionar los beneficios de las propias terapias⁴⁸.

Por otra parte, un estudio realizado en el sistema sanitario de Andalucía refleja que el perfil con mayor nivel de conocimiento es el de instrucción de educación media - alta, de entre 30 a 40 años, con menopausia quirúrgica y que ha recibido información sobre el climaterio. Además, un 57,9% de las mujeres participantes tiene valores muy bajos de conocimiento. Este nivel se relaciona con la edad, nivel de estudios y tipo de menopausia, así como a haber recibido información sobre el climaterio. También, las mujeres participantes con un nivel de conocimiento alto fueron tan solo del 11%. Este déficit de conocimiento detectado en la muestra se debe a que no se informa de manera correcta, lo que se suma a que la información que dan los medios de comunicación es escasa y de escasa calidad que se suma al bajo porcentaje de mujeres que reciben el conocimiento por parte de médicos⁴⁹.

Un nivel bajo de conocimiento que también se demuestra en un artículo llevado a cabo en Irán, en el que las mujeres tan solo conocen algunos síntomas y complicaciones, pero apenas saben

acerca de los métodos preventivos, similar a lo ocurrido en el resto de artículos. Sin embargo, es cierto que este estudio demuestra que hay una actitud positiva, aunque las mujeres no tienen altos conocimientos en el campo⁵⁰.

De entre los trabajos examinados de cara a conocer y comprender el conocimiento de las mujeres sobre la menopausia en distintas regiones del mundo, se evidencia un bajo conocimiento por parte de todos los estudios, y en donde las principales fuentes de información son los medios de comunicación, siendo la última de ellas las fuentes médicas.

Por ello, la mayoría de estudios establecen como conclusión la necesidad de establecer un programa sanitario de educación previo al climaterio de cara a dar a conocer todos los aspectos necesarios sobre esta etapa. Un programa en el que también se prevé la necesidad de informar acerca de los tratamientos hormonales, y en donde el objetivo principal es dar una atención personalizada debido a los riesgos que éstos pueden suponer⁵¹.

Dentro del ámbito psicosocial se producen variaciones dependiendo de los valores culturales, educativos, de emociones y percepciones sobre el climaterio. Los factores socioculturales y económicos pueden influir en la transición menopáusica. La experiencia de los síntomas está influenciada con la actitud preconcebida de las mujeres del climaterio.

Por otra parte, uno de los aspectos en los también se ha centrado la atención de cara a la elaboración del presente trabajo tiene que ver con conocer de qué manera afecta la calidad de vida a las mujeres durante el periodo del climaterio, tanto en la dimensión fisiológica como psicosocial; así como en las diferencias culturales y las repercusiones que esto conlleva; sin olvidar las creencias sociales en distintas zonas del mundo.

La personalidad de la mujer, el apoyo de los familiares y los problemas fisiológicos son factores fundamentales, ya que afectan al incremento o decrecimiento de la calidad de vida; además de otros factores que se han tenido en cuenta en los diferentes proyectos examinados, como son el nivel socioeconómico, el grado de estudios, el estado civil o la actividad laboral⁵¹.

Por tanto, tras un análisis de varios trabajos científicos consultados para este proyecto, se puede establecer que existe una relación directa en cuanto al aspecto fisiológico en mujeres de todo el mundo, ya que todos los artículos concuerdan en lo relacionado con la sintomatología del climaterio, así como en el tipo de problemas que ello puede conllevar, como es el caso de la osteoporosis o enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en donde sí que se aprecian diferencias y resulta interesante centrar la atención es en la dimensión social y psicológica, ya que cada uno de los estudios arroja diferencias en cuanto al impacto psicológico y cultural que la menopausia tiene en cada una de las mujeres.

Uno de los ejemplos lo encontramos en Turquía, en donde se trata de un problema de salud pública que tiene además una importante dimensión social y psicológica debido a que afecta al día a día de las mujeres, a su rendimiento y a la actividad sexual. Para las mujeres en Turquía, la pérdida de capacidad reproductiva está considerado como un símbolo de pérdida de fertilidad, y por tanto se trata de un problema crítico para ellas desde el punto de vista psicológico.

En países como Turquía y gran parte del grueso de estados occidentales, la incorporación de la mujer al mundo laboral ha provocado que la menopausia haya adquirido una connotación negativa, debido a que no permite que las mujeres puedan rendir correctamente en el empleo, según las encuestas realizadas. De esta forma, casi un 74% de las mujeres encuestadas en este país veían dicho periodo del climaterio como un proceso negativo para el desarrollo día a día⁵².

Este proceso del climaterio se vive de forma totalmente diferente en países de la península Arábiga como Qatar o Bahrein; o en otros países de mayoría musulmana como Jordania o Irán; en donde el rol de la mujer continúa siendo el de esposa, madre, abuela y ama de casa; sin que apenas se produzca inserción en el mundo laboral. Estudios basados en grupos de discusión como el elaborado en la ciudad de Doha, en Qatar; evidencian que para las mujeres que se encuentran en este periodo del climaterio supone una etapa más en la vida, y el apoyo de la institución familiar es el más relevante para superar dicho proceso con la mejor calidad de vida⁵³.

De esta forma, la mayoría de las mujeres se apoyaban en sus hermanas o madres; aunque otra parte de ellas lo hace también en sus maridos. La salud de las mujeres en el mundo árabe relacionada con este proceso tiene que ver con creencias socioculturales; como la prohibición del aborto, la relación consanguínea, y los sentimientos de culpa al tratarse de países conservadores. Además, se trata de una cultura en la que el matrimonio tiene gran relevancia⁵³.

Un estudio realizado en Jordania evidencia la dimensión social que acabamos de mencionar, ya que no hay que olvidar que para la mayoría de mujeres participantes, el proceso del climaterio se ve como una etapa de transición de la vida; así como una edad de esperanza y no de desesperación, que no trasciende más allá del ámbito familiar. Es complicado saber hasta qué punto se ve el climaterio como un desorden negativo o como una etapa más, pero lo cierto es que otros estudios realizados en China indican que el 91% de las mujeres lo ven como algo positivo, frente a un 57% en India, un 70% en Reino Unido o un 26% en Turquía⁵³.

En lo relacionado con uno de los estudios realizados en Qatar se mencionan cinco elementos que tienen gran importancia de cara al aspecto psicológico para las mujeres, como son la manera en que se entiende el concepto de la menopausia; el rol de la familia; la religión; el rasgo étnico y cultural, o la actividad física⁵³.

En cuanto a la manera en que las mujeres entienden el concepto en esta zona del mundo, cabe destacar que la amplia mayoría conoce algunos signos y síntomas y se trata, como ya hemos mencionado, de un periodo transicional en la vida de la mujer. La familia es considerada el principal soporte para ellas durante esta etapa, aunque algunas aseguran que depende de la manera en que reacciona el marido en dicho apoyo.

Otro elemento importante tiene que ver con las creencias, ya que según estos estudios, las mujeres participantes consideran que en occidente no existe un soporte apropiado del marido y de la familia en comparación con el mundo árabe. En los países del Golfo Pérsico, como ya hemos indicado previamente, el rol de la mujer como esposa, madre o abuela le permite sobrellevar esta etapa de manera distinta a la mujer occidental.

Este aspecto merece especial atención ya que la inserción en el mundo laboral de la mujer ha provocado que con la llegada del climaterio se produzcan cambios hormonales que afectan al rendimiento en el trabajo, como pérdida de autoestima, estrés, depresión o sentimiento de inferioridad. La familia es, por tanto, vital para las mujeres árabes, que ven que las pertenecientes a regiones europeas se encuentran en este proceso más desprotegidas y sin apoyo.

Diferencias significativas se encuentran, por tanto, en Europa con respecto a otras zonas, como se acaba de indicar; y no solo en la manera de entender la calidad de vida de las mujeres o en la dimensión psicológica, sino también en el objeto de estudio de los proyectos. Uno de los que se examinan, realizado en Polonia, se centra principalmente en la personalidad como motor del aspecto socio psicológico de cara a afrontar este proceso⁵¹. Según este artículo, el climaterio es una etapa de la vida de las mujeres en la que tiene gran importancia la personalidad de cara a mantener una buena calidad de vida. El estudio busca definir la tendencia de reacción e interpretación a las situaciones, por parte de diferentes mujeres participantes y cómo interpretan los cambios, así como las actitudes optimistas y la sociabilidad como motor.

De esta manera, la salud y calidad de vida no tienen que ver solamente con los síntomas patológicos, aunque estos tengan notable importancia; sino que el bienestar está relacionado también con la situación social y variables demográficas, la personalidad y estabilidad del día a día. Aspectos como la vitalidad, la función social, el rol emocional o la salud mental fueron evaluados de cara a obtener un perfil de las mujeres.

Otra de las conclusiones que arroja dicho estudio que tiene que ver con los factores sociales y demográficos es que las mujeres que muestran una actitud positiva con el entorno y son altruistas, empáticas o cooperativas, muestran una mejor calidad de vida; así como el empleo, que ayuda a mantener una realización personal⁵⁴.

En función comparativa con estudios como el de Qatar, Jordania y Bahrein, algunos estudios realizados en España indican que las mujeres que trabajan experimentan en menor medida los síntomas menopáusicos en comparación con las amas de casa; y otros trabajos reseñan el nivel de satisfacción de las mujeres climatéricas con el trabajo como positivo, ya que tiene que ver con una menor actuación de los síntomas somáticos y psicológicos⁵⁴.

Asimismo, no se encontraba una relación directa en el estado civil y la calidad de vida, aspecto que sin embargo es de vital relevancia en estudios mencionados previamente en países orientales, en donde el matrimonio y el apoyo de la familia son motores para mantener la calidad de vida de las mujeres⁵³. Según varios proyectos, uno de los principales problemas tiene que ver con la falta de información asimétrica de las mujeres por parte de los profesionales sanitarios, ya sea por no acudir a consultar, por iniciar el tratamiento sin un conocimiento total o por la escasa información que se ofrece.

Según los autores es necesario ofrecer información clara y correcta acerca de las barreras para el tratamiento hormonal. Un tratamiento personalizado y basado en datos empíricos, con toda la información posible para realizar un correcto plan de cuidados y que sea la mujer la que tome la decisión con conocimiento de causa⁴⁷.

Son numerosos los trabajos que han querido analizar la calidad de vida de las mujeres. Uno de los principales estudios es *Possible EU*, con una muestra de 3402 mujeres de la Unión Europea a las que se analizó de cara a valorar el tratamiento que reciben en la posmenopausia, para evaluar el aspecto psicológico después de haber sufrido pérdidas óseas, fracturas vertebrales, depresión, entre otras enfermedades¹⁹.

Es evidente que la calidad de vida depende de muchos factores y que todos ellos varían según la cultura, pero lo que parece claro según los estudios previamente comentados y otros analizados, llevados a cabo en países como Irán, China, Ecuador, Alemania o Polonia, es que el aumento de la edad es un importante factor de riesgo en el decrecimiento de la calidad de vida, y que afecta negativamente y con un fuerte impacto. Se estima, por ejemplo, que en España más de la mitad de las mujeres sufre un empeoramiento de su calidad de vida tras la menopausia; aunque también es necesario reseñar que se trata de un proceso subjetivo e individual, que varía en cada persona^{54, 55}.

Por ello, se evidencia la importancia de incrementar el grado de conocimientos de las mujeres climatéricas a través de la educación sanitaria del área de enfermería así como de otros profesionales sanitarios, para poder paliar los signos y síntomas característicos de esta etapa y experimentar una mejor calidad de vida.

1.7 Justificación

El climaterio es un proceso que comprende un tercio de la vida de las mujeres, y en donde además es necesario tener en cuenta el envejecimiento de la población. El envejecimiento progresivo de la población conlleva que el número de mujeres climatéricas esté creciendo de forma exponencial, convirtiendo el mismo en un foco de interés y de atención prioritaria en los diferentes sistemas de salud. Las intervenciones educativas y sanitarias en este grupo poblacional han demostrado ser eficaces para la prevención de numerosas patologías como el cáncer de mama, cáncer ginecológico, lesiones osteoarticulares, trastornos psiquiátricos entre otros, con resultados prometedores, por lo que las acciones y estrategias encaminadas a mejorar la salud de las mujeres climatéricas representan una gran oportunidad y un medio eficaz y eficiente para mejorar la salud de las mujeres.

La importancia y relevancia de este proceso vital ha sido estudiado de forma profusa y como se ha puesto de manifiesto en los numerosos estudios citados, las diferencias culturales son un dato relevante y determinante del enfoque que el climaterio tiene entre las diferentes culturas. Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de promover intervenciones centradas en el marco cultural y social específico en el cual se pretende intervenir y requiere de equipos multidisciplinares para abordar el carácter multidimensional del climaterio. En la mayor parte de los estudios consultados, destaca el escaso conocimiento de las mujeres sobre el mismo, la relativa escasa presencia de la información proporcionada por los profesionales sanitarios frente a otras fuentes como la familia, los medios de comunicación e incluso otras mujeres de su entorno.

El proyecto que se propone pretende analizar la repercusión que ha tenido sobre el conocimiento de las mujeres menopáusicas, el programa que existe sobre el climaterio en los Centros de Atención Primaria en el sistema canario de salud pública, como es el caso del *Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (PASAR)*⁵⁶.

En España se han desarrollado estudios relativamente escasos sobre este aspecto, pero no hemos encontrado estudios centrados en Canarias con un objetivo similar o parecido al que aquí se plantea. Por tanto y como hemos indicado, la escasez de estudios y el alto número de mujeres en esa franja de edad, en este caso en España; justifican la necesidad de investigar a fondo el proceso del climaterio desde un punto de vista personalizado y psicológico, ya que este conocimiento juega una importancia vital de cara a una correcta prevención de síntomas.

El proyecto propuesto plantea como objeto de estudio dos municipios de la isla de Tenerife, con el objetivo de valorar a través de una muestra el conocimiento de las propias mujeres sobre el

climaterio, para de esta forma saber en qué punto se encuentra el problema del desconocimiento que indican otros estudios publicados en otras partes del mundo.

Por otro lado este proyecto pretende determinar los aspectos menos conocidos o con conocimientos erróneos sobre el climaterio en las mujeres que lo están experimentando, como forma de abordar una educación sanitaria centrada en las necesidades específicas de las usuarias del sistema de salud. La información resultante del mismo posibilitará además de mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de salud centradas en esta etapa del ciclo vital, mejorar de forma sustantiva la calidad de vida de las mujeres y prevenir la aparición de las diversas complicaciones que conlleva.

Resulta de interés igualmente, profundizar en el papel que los profesionales sanitarios desempeñan en la información y educación de las mujeres climatéricas como primer paso para establecer estrategias adecuadas que potencien una atención primaria de salud y en definitiva una mejor salud de la población .

En este mismo sentido, no se han evidenciado estudios en Canarias en los cuales se relacionen las variables sociodemográficas y sus relaciones sobre el climaterio tal y como han puesto de manifiesto los estudios consultados para otras partes del mundo, por lo que resulta de interés evaluar estas posibles relaciones en el caso de las mujeres Canarias.

El climaterio representa una etapa del ciclo vital de la mujer relevante, en la cual se pueden y deben prevenir numerosos problemas de salud pero además requiere un abordaje global que además de los enfoques biológicos incluya los aspectos psicosociales y la adopción de estilos de vida saludables que ofrezcan una respuesta multidimensional acorde a la naturaleza del mismo.

2. OBJETIVOS

2.1 General

Determinar el grado de conocimiento sobre el climaterio que tienen las mujeres comprendidas entre los 45 y 64 años de edad en los diferentes centros de atención primaria de los municipios de Santa Cruz y San Cristóbal de La Laguna, pertenecientes a la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

2.2 Específicos

- Describir el grado de conocimiento sobre los aspectos biológicos del climaterio.
- Analizar el conocimiento sobre los riesgos relacionados con la salud que están vinculados al climaterio.
- Evaluar el grado de conocimiento sobre los cuidados, métodos preventivos y tratamientos para minimizar los signos y síntomas característicos de esta etapa.
- Describir el conocimiento sobre las repercusiones psicosociales del climaterio.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

El estudio que se llevará a cabo es de tipo descriptivo, retrospectivo y de carácter transversal.

3.2 Población y muestra

La población del estudio se centra en las mujeres que acudan a las consultas de las matronas en los diferentes centros de atención primaria, en los municipios de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna; y que en el momento del estudio cuenten en su cartera de servicios con la consulta de Matrona.

La selección de la muestra se llevará a cabo con un muestreo no probabilístico intencionado, sobre una muestra disponible de mujeres que cumplan los criterios de inclusión y acudan a la consulta de la matrona en un periodo de tiempo de seis meses.

En cuanto a los criterios de inclusión se encuentran las mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 64 años; que acudan a la consulta de la matrona bajo previa firma del consentimiento informado (Anexo 5.1), requerido para participar voluntariamente en dicho estudio.

Los criterios de exclusión del presente estudio serán:

- Mujeres fuera del rango de edad.
- Mujeres con menopausia inducida, ya sea por extirpación de ambos ovarios, radiación pelviana, quimioterapia, entre otras.
- Mujeres con deterioro cognitivo, o de las capacidades para poder responder al cuestionario.

3.3 Variables e instrumentos de medida

El protocolo de recogida de datos incluye las siguientes variables sociodemográficas (Anexo 5.3):

- Edad: Variable numérica.
- Nivel de instrucción: Grado de estudios alcanzado.
- Estado civil: Ya sea soltera, casada, divorciada o viuda.
- Situación laboral: Ya sea activa, en paro, pensionista o inactiva.

Las variables de estudio son el grado de conocimiento sobre el climaterio y la fuente de información por la cual las participantes han accedido a dichos conocimientos. Para evaluar el grado de conocimiento se ha utilizado un cuestionario validado previamente en población española y ha sido utilizado en estudios previos^{44, 49, 57}.

Dicho instrumento posee cualidades psicométricas adecuadas, así como fiabilidad y validez de constructo. Consta de 56 ítems con procedimientos de respuesta dicotómica verdadero/ falso. El instrumento se divide en cuatro subescalas que evalúan el conocimiento en las siguientes dimensiones:

- Aspectos biológicos (14 ítems)
- Aspectos psicosociales (14 ítems)
- Riesgos de salud asociados al climaterio (6 ítems)
- Cuidados y actividades preventivas y de mejora de la salud en el climaterio (22 ítems)

Se establece una división en cinco categorías según el grado de conocimiento de cara a las respuestas correctas que se ofrezcan, ya sea muy bajo (0-10); bajo (11-20); medio (21-36); alto (37-46) o muy alto (47-56). Como se ha indicado previamente, se trata de un cuestionario con respuesta verdadero/falso, en el que hay tan solo una respuesta correcta. A continuación del cuestionario se incluye una plantilla con las correcciones a las afirmaciones (Anexo 5.4).

En cuanto a la fuente de información se incorpora una pregunta en el protocolo de recogida de datos, con opciones de respuesta múltiple acerca de la procedencia de la información sobre el climaterio recibida por las participantes en el estudio.

3.4 Métodos de recogida de información

El procedimiento para la recogida de información se iniciará mediante la solicitud de los correspondientes permisos institucionales a la Gerencia de Atención Primaria (Anexo 5.2). Se les entregará la información detallada y el procedimiento, así como los instrumentos para realizar dicho estudio de manera correcta. La Dirección de enfermería de atención primaria facilitará la relación de centros del área metropolitana Santa Cruz - San Cristóbal de la Laguna que disponen en su cartera de Servicios de la consulta de Matronas.

Para llevar a cabo el trabajo de campo, se contará con la colaboración de las matronas de los diferentes centros de atención primaria, quienes, informadas sobre el propósito y procedimiento del estudio; entregarán el cuestionario para su realización a todas aquellas mujeres que cumplan los criterios de inclusión de la muestra.

La entrega se hará en un sobre cerrado, que tras haber sido cumplimentado se depositará en un buzón de recogida, habilitado en cada centro de salud de los participantes en el estudio. El cuestionario irá precedido de una breve presentación del proyecto, así como las instrucciones de respuesta.

En ellas se remarca el anonimato de las participantes y el agradecimiento por la participación, sin olvidar el carácter individual y honesto de dichas respuestas. El investigador se comprometerá, de esta manera, a entregar un informe con los resultados de la investigación a los centros de atención primaria participantes en el estudio, así como a las matronas que lo deseen.

3.5 Métodos estadísticos

Se llevará a cabo un análisis estadístico de carácter descriptivo sobre las variables cuantitativas dependientes y continuas; usando estadísticos de tendencia central (media, mediana y moda), y de dispersión (intervalo de confianza, varianza y desviación típica). Se utilizarán, además, paquetes estadísticos como SPSS y/o el Maple 13, los cuales permiten calcular algoritmos que manualmente resultan más complejos que su realización a mano.

Las variables cualitativas serán descritas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). También se utilizará el chi cuadrado para determinar si dos variables cualitativas están relacionadas.

3.6 Consideraciones éticas

Para el desarrollo del presente estudio se atenderá a las consideraciones éticas con respecto al carácter anónimo y desinteresado de sus participantes. Por lo tanto, la participación será en todo caso libre y voluntaria.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD); los datos obtenidos serán tratados respetando la normativa en vigor sobre la protección de datos de carácter personal. Por ello, en el momento de elaboración del muestreo y previo a la realización de la encuesta se informará a las mujeres participantes de que el estudio cumple escrupulosamente con dicha ley.

Se asegura, también, que los datos facilitados y los resultados obtenidos garantizan el anonimato de los participantes y serán utilizados única y exclusivamente para los fines descritos en la investigación. Estos datos tendrán un carácter absolutamente reservado.

Los miembros del equipo de investigación se comprometen, por tanto, a la declaración explícita de ausencia de conflicto de intereses con cualquier entidad, ya sea pública o privada; y se comprometen a adoptar el código deontológico de buenas prácticas en la investigación.

Se desea y espera una libre, voluntaria y responsable colaboración por parte de las mujeres que se van a encuestar, con el objetivo de conseguir la mayor y mejor fiabilidad de los resultados del mismo.

3.7 Cronograma

Cronograma General del Proyecto												
Actividades a Realizar	Meses											
	1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	
Preparación del Trabajo de Campo												
Solicitud de Permisos												
Contratación e Instrucción del Ayudante												
Entrega de Cuestionarios <ul style="list-style-type: none"> • Consentimientos Informados • Cumplimiento de las Encuestas 												
Proceso de los datos recabados												
Tabulación de los Datos												
Contratación de un Estadístico												
Análisis Estadístico												
Definición de Resultados												
Elaboración del Informe Final de la Investigación												
Difusión de Resultados												

Tabla I. Cronograma del Proyecto

3.8 Presupuesto

Para llevar a cabo de forma eficiente este proyecto se ha calculado un presupuesto estimado que aborda las necesidades logísticas y materiales con la menor inversión económica posible. Se requiere, por tanto, de recursos humanos y materiales para la elaboración del proyecto.

Asimismo, se solicita la contratación de un ayudante para agilizar el desarrollo del proyecto y optimizar el tiempo invertido. Dicho colaborador será instruido para poder llevar a cabo las funciones que se requieren con la mayor precisión y eficiencia posible.

En dicho presupuesto no procede incluir el material de inventario (despacho, portátil, impresora...), ya que se utilizará el del investigador principal, sin necesidad de invertir en ello económicamente. Además, por el mismo motivo, tampoco se añadirá dentro del material fungible el gasto de transporte y gasolina. Se ha asignado, sin embargo, un importe para los imprevistos que puedan surgir.

CONCEPTO DE GASTO	UNIDAD DE MEDIDA	NÚMERO DE UNIDADES	COSTE UNITARIO	TIEMPO MESES	IMPORTE TOTAL €
FIJOS					
Ayudantes	Persona	1	250 €/ mes	6 meses	1500€
Estadístico	Persona	1	300 €/ mes	1 mes	300 €
VARIABLES:					
Material fungible					
Fotocopias	€	500 unidades	0.03 €		15€
Grapas	€	1 paquete (1000 unidades)	0.80 €		2 €
Sobres	€	500 unidades	0.02 €		10 €
Agenda	€	2 unidades	10 €		20 €
Bolígrafos color azul	€	10 unidades	0.20 €		2 €
Bolígrafos color negro	€	2 unidades	0.20 €		2 €
Bolígrafos color rojo	€	2 unidades	0.20 €		2 €
Subrayador color amarillo	€	2 unidades	1€		2 €
Imprevistos	€				50 €
TOTAL					1905 €

Tabla II. Presupuesto del proyecto

4. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. 2011; 27(4). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013
- ² Cancelo Hidalgo M^aJ. Menogúa. Perimenopausia. Barcelona: AEEM; 2012. URL disponible en: <http://www.aeem.es/documentos/menoguias/MENOGUIAPERIMENOPAUSIA.pdf>
- ³ Instituto Nacional de Estadística (INE). 2015; URL disponible en: http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_inicio.htm
- ⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE). Población (españoles/extranjeros) por edad (grupos quinquenales), sexo y año. URL disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>
- ⁵ Goerlich FJ, Pinilla Pallejà GR. Esperanza de vida en España a lo largo del siglo xx. [Informe técnico]. Fundación BBVA; 2006. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2006_11.pdf
- ⁶ Avilés, Juan. Pardo, Rosa. Sepúlveda, Isidro. Las Claves del mundo actual, una historia global desde 1989. 1^oEd. Madrid. Editorial SINTESIS. UNED. Historia. 2014.
- ⁷ Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud mental [Sede web]. El estado del bienestar en España. [Citado en junio del 2016]. Disponible en: http://www.ascane.org/docs/El_estado_del_bienestar_en_Espanna.pdf
- ⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE). Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo. URL disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414>
- ⁹ Alonso M, Furio Blasco E. El Papel de la Mujer en la Sociedad Española. 2007. URL disponible en: https://halshs.archivesouvertes.fr/file/index/docid/133674/filename/El_papel_de_la_mujer_en_la_sociedad_espanola.pdf
- ¹⁰ Ayuntamiento de Málaga Evolución [Sede web].Evolución de la situación social, política y legislativa de la mujer. 2011; [Consultado en junio del 2016]. URL disponible en: http://areadeigualdad.malaga.eu/export/sites/default/mujer/mujer/portal/menu/portada/documentos/Evolucixn_de_la_situacixn_socialx_polxtica_y_legislativa_dx.pdf
- ¹¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Sede web] [Nota de prensa]. El Gobierno aprueba el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016 dotado con 3.127 millones de euros. 2014; [Consultado en junio del 2016]. URL disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3222>

- ¹² Unión General de trabajadores. Secretaría para la Igualdad. Departamento Confederal de la Mujer. UGT. 100 AÑOS TRABAJANDO POR LA IGUALDAD. 2008. Disponible en:
<http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/igualtat/100atrabajandomujeres.pdf>
- ¹³ Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y hombres en España. 2013; URL disponible en:
<http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/mujeresHombres/docs/2014/Mujeresyhombres2013.pdf>
- ¹⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE). Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores Demográficos Básicos. 2014:12. URL disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np915.pdf>
- ¹⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyección de la Población de España 2014–2064. 2014:15. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- ¹⁶ Morato Hernández L, Malacara Hernández JM. Condiciones metabólicas y hormonales en la menopausia. Revista de Endocrinología y nutrición. 2006; 14(3):149-155. URL disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2006/er063f.pdf>
- ¹⁷ Salvador J. Climaterio y menopausia: Epidemiología y fisiopatología. Rev.Per.Ginecol.Obstet. 2008; 54(2). URL disponible en: http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1092/pdf_115
- ¹⁸ Lugones Botell M, Navarro Despaigne D. Síndrome climatérico y algunos factores socio culturales relacionados con esta etapa. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2006; 32(1). URL disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v32n1/gin02106.pdf>
- ¹⁹ Asociación Española para el estudio de la Menopausia [Sede web]. Menopausia: una etapa más en la vida de la mujer. 2011:8. [Consultado en junio del 2016]. URL disponible en:
<http://www.aeem.es/fotos/informam/99.pdf>
- ²⁰ Maure Barcia J. Síntomas vasomotores en la mujer climatérica. Rev Cubana Obstet y Ginecol 2011; 37(4). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- ²¹ Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. URL disponible en: <http://www.cochrane.es/files/GPC-menopausia-definitiva.pdf>
- ²² Figueroa R, Jara, Daniela, Fuenzalida, Andrea, del Prado M, Flores D, Blumel J. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Rev. Med. Chile. 2009; 137(3). URL disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

²³ Gabinete de Prensa AEEM. 18 de octubre. Día Mundial de la Menopausia: “La prevención es la clave”. 2015; URL disponible en:

<http://www.aeem.es/fotos/prensa/Dia%20Mundial%20de%20la%20Menopausia%202015.pdf>

²⁴ Becerra Fernández A. Abordaje farmacológico en la menopausia. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.2003; 27(4). URL disponible en:

http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol27_4genitourinario.pdf

²⁵ Canto de Cetina T. Los síntomas en la menopausia. Revista de Endocrinología y nutrición. 2006; 14(3):141-148. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2006/er063e.pdf>

²⁶ Hernández J, Valdés M. Riesgo cardiovascular durante el climaterio y la menopausia en mujeres de Santa Cruz del Norte, Cuba. Rev. chil. obstet. ginecol. 2014; 79(1). URL disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?lng=es&nrm=iso&script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000100003&lng=es

²⁷ Zylberszteinmtsac H, Kuszniar S, Olivares G, Oviedo G, Kanterewicz L, Elizalde R. Epidemiología de los factores de riesgo vascular en mujeres climatéricas. Experiencia de un consultorio multidisciplinario de climaterio en un hospital público de Buenos Aires. Rev. Argent. Cardiol.2013; 81(4). URL disponible en:

<http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/rac/article/view/2610/pdf>

²⁸ Lobo RA, Davis SR, De Villiers TJ, Gompel A, Henderson VW, Hodis HN, et al. Prevención de enfermedades después de la menopausia. Climateric. 2014:540-556. URL disponible en:

<http://www.imsociety.org/manage/images/pdf/ea2c6eba3c878e61ec9d44977c161ec7.pdf>

²⁹ Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Osteoporosis y menopausia. Grupo de Trabajo de Osteoporosis de la AEEM. 2016; [Consultado en junio de 2016]. URL disponible en:

[http://www.aeem.es/documentos/descargasm/OSTEOPOROSIS\(1\).pdf](http://www.aeem.es/documentos/descargasm/OSTEOPOROSIS(1).pdf)

³⁰ Del Pino Montes, J. Epidemiología de las fracturas osteoporóticas: las fracturas vertebrales y no vertebrales. 2010; Rev. Osteoporos Metab Miner. 2(5):8-12. URL disponible en:

<http://revistadeosteoporosisymetabolismomineral.com/pdf/articulos/92010020500080012.pdf>

³¹ Martínez MD, González-Arratia NI, van Barneveld JO, del Carmen Domínguez-Espinosa A, Olivos-Rubio M. Factores psicosociales predictores de la satisfacción con la vida en la perimenopausia y posmenopausia. Aguichan. 2012; 12(3). URL disponible en:

<http://aguichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2359/html>

³² Goberna Tricas J. Promoción de la salud en el climaterio. Matronas profesión. 2002; 8:4-12. URL disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/29059/1/506042.pdf>

³³ Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Decálogo 10 Consejos para mantener la calidad de vida de la mujer en perimenopausia y posmenopausia. 2016; [Consultado en junio de 2016]. URL disponible en:

<http://www.aeem.es/documentos/descargasm/DecalogoAEEM.pdf>

³⁴ Martínez-Morillo M, Grados D, Holgado S. Osteoporosis premenopáusica: ¿cómo tratarla? Premenopausal osteoporosis: how to treat? Reumatol Clin. 2012; 8: 93-97. URL disponible en:

<http://www.reumatologiaclinica.org/es/osteoporosis-premenopausica-como-tratarla/articulo/S1699258X11001823/>

³⁵ Reyes Balaguer J, Moreno Olmos J. Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. Aten Primaria. 2005; 35(7):342-345. URL disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705703668>

³⁶ Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. [Sede web]. Signos y Síntomas: Osteoporosis. 2016; [Consultado en junio de 2016]. URL disponible en: <http://www.aeem.es/sintomas/4/Osteoporosis.html>

³⁷ Instituto Nacional del Cáncer. [Sede web]. Terapia hormonal para la menopausia y el cáncer. 2011; [Consultado en junio de 2016]. Apróx.8 p. URL disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/hormonas/hoja-informativa-hormonas-menopausia>

³⁸ Seshadri L.; Terapia hormonal prolongada en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas: Comentario de la BSR (último revisión 6 de marzo de 2006). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. URL disponible en:

http://apps.who.int/rhl/gynaecology/gynaecology_infertility/lscm/es/

³⁹ Terán Dávila J, Teppa Garrán AD. Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERMs): bioquímica, farmacología y aplicación clínica en ginecología. Ginecol Obstet Mex. 2005; 73:424-435. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom058e.pdf>

⁴⁰ De Lyra Sousa J, Zveiter M, Linhares, Maciel de Almeida, Vivian, França de Menezes H, Mara G, Alves R. Health education as a tool for women in climateric: Grants for nursing care. R. pesq.:cuid. fundam.online 2011; 3(4):2616-2622. URL disponible en:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1485/pdf_471

⁴¹ Anderson D, Seib C, McGuire A, Porter-Steele J. Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: The Women's Wellness Program. Maturitas 2015; 81: 69-75. URL disponible en: [http://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(15\)00311-4/abstract](http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(15)00311-4/abstract)

⁴² Martínez-Garduño MD, et al. Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2016. [Consultado en junio de 2016] apróx. 9 p. URL disponible en:

[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=0&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=400&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S1665-7063\(16\)30002-1.pdf&eop=1&early=si](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=0&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=400&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S1665-7063(16)30002-1.pdf&eop=1&early=si)

⁴³ Velasco-Murillo V, Fernández-Gárate, Irma H., Ojeda-Mijares, Rosalba I. Padilla-Vallejo, Isabel, de la Cruz-Mejía, Leticia. Conocimientos, experiencias y conductas durante el climaterio y la menopausia en las usuarias de los servicios de medicina familiar del IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45(6):549-556. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im076d.pdf>

⁴⁴ Puialto Duran M. J. Conocimientos sobre la menopausia en las mujeres de 30 a 60 años del área sanitaria de Vigo. *Aten Primaria*.2011; 43(5):269-275. URL disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90003615&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=159&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v43n05a90003615pdf001.pdf

⁴⁵ Claudia Gómez M^a, Carolina Carmi K, Victoria Espinosa F. PhD, Silvia Sepúlveda B. PhD, Fanny López A. PhD. Conocimiento que tienen sobre el climaterio mujeres entre 40-64 años usuarias de atención primaria. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(5):321-328. URL disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n5/art08.pdf>

⁴⁶ Hossein Fallahzadeh, Ph.D., Maryam Hossienzadeh, Ph.D., Fatemeh Yazdani, Ph.D., Atefeh Javadi. Knowledge of reproductive physiology and hormone therapy in 40-60 year old women: a population-based study in Yazd, Iran. *Iran J Reprod Med* 2012; 10(4):383-390. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4165958/pdf/ijrm-10-383.pdf>

⁴⁷ Sahin N. H, Bal M. D., Boğça N. M., Gökdemirel S. & Taşşpınar A. Women's perception of the menopause and hormone treatment: barriers against hormone therapy. *Climateric* 2011; 14: 152-156. URL disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13697137.2010.495423?journalCode=icmt20>

⁴⁸ Tao M, Teng Y, Shao H, Wu P, Mills EJ (2011) Knowledge, Perceptions and Information about Hormone Therapy (HT) among Menopausal Women: A Systematic Review and Meta-Synthesis. *PLoS ONE* 6(9): e24661. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3174976/pdf/pone.0024661.pdf>

⁴⁹ García Padilla FM, López Santos V, Toronjo Gómez AM, Toscano Márquez T, Contreras Martín A. Valoración de conocimientos sobre el climaterio en mujeres andaluzas. *Atención Primaria*. 2000; 26(7). URL disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0212656700787075/1-s2.0-S0212656700787075-main.pdf?_tid=97a9814c-3cc7-11e6-b08d-00000aab0f26&acdnat=1467074042_a27c53e7913c95d53d0135dc7c59da4d

- ⁵⁰ Noroozi E, Dolatabadi NK, Eslami AA, Hassanzadeh A, Davari S. Knowledge and attitude toward menopause phenomenon among women aged 40-45 years. *J Edu Health Promot* 2013; 2-25. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3778567/>
- ⁵¹ Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec A, Samochowiec J, Stanisławska M, et al. Effects of Socio-Demographic, Personality and Medical Factors on Quality of Life of Postmenopausal Women. *Int. J. Environ Res. Public Health* 2014; 11:6692-6708. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4113838/pdf/ijerph-11-06692.pdf>
- ⁵² Yanikkerem E., Oruc Koltan S, Goker Tamay A, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climateric*. 2012; 15:552-562. URL disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13697137.2011.637651?redirect=1#.V3l87fnJzIU>
- ⁵³ M. Murphy M, A. Verjee M, Bener A, M. Gerber L. The hopeless age? A qualitative exploration of the experience of menopause in Arab women in Qatar. *Climateric* 2013; 16: 550-554. URL disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13697137.2013.771330?journalCode=icmt20>
- ⁵⁴ Márquez Membrive J, Granero Molina J, Solvas Salmerón MJ, Fernández-Sola C, Rodríguez López CM, Parrón Carreño T. Quality of life in perimenopausal women working in the health and educational system. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(6):1314-1321. URL disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/06.pdf>
- ⁵⁵ Leno González D, Leno González JL, Lozano Guerrero MJ. Estereotipo psico-socio-cultural de la menopausia en mujeres rurales. *EG*. 2006; 9. URL disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/296/275>
- ⁵⁶ Servicio Canario de Salud. [Sede web]. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. 2007(978-84-611-9405-6). [Consultado en junio de 2016]. URL disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7079cc99-f6a5-11dd-958f-c50709d677ea/Climaterio.pdf>
- ⁵⁷ García Padilla FM, López Santosa V, Contreras Martín A, Toscano Márquez T, y Toronjo Gómez AM. Test de conocimientos sobre el climaterio: proceso de construcción y validación. *Aten Primaria*. 2000; 26(7). URL disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0212656700787063/1-s2.0-S0212656700787063-main.pdf?_tid=2244ddd4-410e-11e6-94f2-00000aab0f6c&acdnat=1467544144_45cfb14ce21202794a7c4cfd7b76c539

5. ANEXOS

5.1 Anexo - Consentimiento Informado del participante para formar parte del estudio

Yo,, de..... años de edad y con DNI....., manifiesto que he sido informada sobre los objetivos principales de la realización de este cuestionario para el Proyecto de Trabajo de Fin de Grado, llevado a cabo por la alumna de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna (ULL), Amelia Alonso Orán.

He sido también informada de que el fin del estudio es identificar el grado de conocimiento sobre el climaterio de las mujeres entre 45 – 64 años de edad, en los municipios de Santa Cruz y San Cristóbal de La Laguna.

En cuanto a los datos personales, y de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, he sido informada de que serán confidenciales y, además, puedo ejercer los derechos de acceso, modificación y cancelación de datos. Mis datos personales y los datos recogidos en este cuestionario serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi pleno CONSENTIMIENTO a que este cuestionario tenga lugar y sea utilizado para el proyecto en estudio con carácter anónimo.

Firma

En _____, a ____ de _____ de 2016.

Gracias por su colaboración

5.2 Anexo - Solicitud de permiso a la Gerencia de Atención Primaria

A la atención de la Gerencia de Atención Primaria

Doña María Isabel Fuentes Galindo

Yo, Amelia Alonso Orán, estudiante de 4º Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna; estoy realizando un proyecto de investigación para el trabajo de fin de grado, basado en el grado de conocimiento que tienen sobre el climaterio las mujeres entre 45-64 años de edad, en los municipios de Santa Cruz y San Cristóbal de La Laguna.

Para ello se ha escogido un cuestionario validado, que deberá ser cumplimentado por las mujeres que acudan a las consultas de matrona en los diferentes Centros de Atención Primaria. Dicho cuestionario será de carácter voluntario, anónimo y confidencial. La intención, será, por tanto, entregar los cuestionarios a la matrona de cada uno de los Centros de Atención Primaria de los dos municipios, para que así puedan las participantes cumplimentarlo de forma individual y con total privacidad.

Por este motivo solicito, si fuese posible, que se me facilitara la relación de centros del área metropolitana Santa Cruz - San Cristóbal de la Laguna que disponen en su cartera de Servicios de la consulta de Matronas; así como la autorización para llevar a cabo dicho estudio.

Quedo a la espera de respuesta, y agradezco su consideración.

Un saludo de antemano y disculpe las molestias.

Amelia Alonso Orán
Estudiante de Enfermería - 4º Curso
ameliaoran@hotmail.com

5.3 Anexo – Cuestionario

El objetivo de este cuestionario es, a través de 56 preguntas con respuesta dicotómica verdadero/falso (V/F); conocer su grado de conocimiento sobre el climaterio, así como las principales fuentes de información de las que ha obtenido dichos conocimientos, a través de una última pregunta con formato multi respuesta. Se le ruega contestar **TODAS** las preguntas.

Previo al cuestionario sobre el grado de conocimiento del climaterio, se le pide contestar estas breves preguntas de forma sincera, para conseguir un mejor resultado de cara a la elaboración del estudio. De esta forma, se le pide que indique su edad en el espacio en blanco, así como completar las tres cuestiones siguientes con una sola respuesta, marcando una cruz en el espacio indicado.

Muchas gracias por su participación

Variables Sociodemográficas		
Edad		
Nivel de Instrucción		
		Respuesta
	Sin Estudios	
	Estudios Primarios	
	Estudios Secundarios	
	Formación Profesional	
	Estudios Universitarios	
Estado Civil		
	Soltera	
	Casada o En Pareja	
	Separada o Divorciada	
	Viuda	
Situación Laboral		
	Activo	
	En Paro	
	Pensionista	
	Inactiva	

A continuación se encuentra el cuestionario, que consta de 56 preguntas. Se le pide que responda marcando con una X en el espacio de respuesta, según considere si la afirmación es *Verdadera* (V); o *Falsa* (F). En caso de que no se encuentre seguro de la respuesta, se le pide que marque la cruz en el espacio *No sabe, no contesta* (Ns-Nc).

Test de Conocimientos sobre el climaterio		Respuestas		
		V	F	Ns-Nc
1.	Se dice que una mujer tiene la menopausia cuando lleva seis meses sin tener la regla.			
2.	El ejercicio físico durante la menopausia provoca un desgaste en los huesos y articulaciones.			
3.	La relación de la mujer con su pareja, familiares, amigos, influye en el modo en que ésta acepta la menopausia.			
4.	Se dice que una mujer tiene una menopausia prematura o precoz cuando, se le retira la regla antes de los 40 años.			
5.	Muchas mujeres disfrutan más de las relaciones sexuales a partir de la menopausia al desaparecer el riesgo de embarazo.			
6.	Cuando los hijos se independizan, muchas mujeres piensan que su función en la vida se ha terminado.			
7.	Hay mujeres que viven la desaparición definitiva de la regla como una liberación.			
8.	Es perjudicial para la salud mantener relaciones sexuales durante la menopausia.			
9.	El climaterio es una etapa de la vida de la mujer que engloba a la menopausia.			
10.	La marcha de los hijos del hogar y la llegada de los nietos no influye en la vivencia de la menopausia.			
11.	La mayoría de las mujeres a partir de la menopausia se sienten más incomprendidas.			
12.	La osteoporosis consiste en un aumento de la superficie del hueso.			
13.	Es recomendable tomar más calcio durante la menopausia, sobre todo, si con anterioridad se ha tomado poca cantidad.			
14.	Los medicamentos son imprescindibles para tratar los problemas de sueño que aparecen durante la menopausia.			
15.	Todas las mujeres presentan los mismos síntomas durante la menopausia.			
16.	Los sofocos y sudores que suceden durante la menopausia son achacables al nerviosismo de las mujeres.			
17.	La fibra, necesaria para una alimentación adecuada, se encuentra principalmente en la leche y sus derivados.			
18.	La sequedad vaginal es un síntoma que puede aparecer en la menopausia.			
19.	Durante la menopausia los ovarios reducen la producción de estrógenos.			
20.	Comentar los cambios de la menopausia y conocer sus causas ayuda a tener una actitud positiva ante la misma.			

21.	Al retirarse la regla, la mujer no necesita tomar alimentos ricos en hierro.			
22.	Cuando la realización del coito provoca molestias debería evitarse la actividad sexual.			
23.	Las mujeres que han tenido una menopausia precoz están más protegidas contra las enfermedades del corazón y de la circulación.			
24.	El tratamiento hormonal es poco recomendable en la mujer con menopausia precoz.			
25.	Todos los tratamientos hormonales se presentan en forma de parches.			
26.	Las mujeres con una personalidad formada afrontan mejor la menopausia.			
27.	La mujer durante la menopausia debe tomar menos agua para evitar la subida de tensión arterial.			
28.	Nuestra sociedad considera a la mujer menopaúsica algo neurótica.			
29.	La disminución de los estrógenos hace que la vagina pierda parte de su elasticidad.			
30.	La osteoporosis aparece con igual frecuencia en hombres y mujeres de edad avanzada.			
31.	El tipo de vida que haya tenido la mujer en etapas anteriores influye en la vivencia de la menopausia.			
32.	A partir de la menopausia la mujer necesita una dieta rica en calorías.			
33.	No se debe reducir la cantidad de azúcar que se toma durante la menopausia porque es buena para los problemas de huesos.			
34.	A partir de la menopausia la mujer deja de tener la regla, pero sigue teniendo la ovulación.			
35.	La menopausia quirúrgica o artificial es aquella que aparece a partir de la ligadura de trompas.			
36.	La mujer debe realizar ejercicios intensos que le ayude en poco tiempo a mejorar los problemas que aparecen en la menopausia.			
37.	La vivencia del climaterio, o etapa que rodea a la menopausia, es igual en todos los países y culturas.			
38.	La retirada de la regla a los 50 años se considera una menopausia tardía.			
39.	Las mujeres tienen más riesgo de fractura de hueso a partir de la menopausia.			
40.	El proceso de adaptación al climaterio es más difícil cuando coincide con cambios familiares y laborales importantes.			
41.	Los tratamientos no hormonales, tienen la función de regular el nivel de estrógenos en el organismo en la etapa menopaúsica de la mujer.			
42.	El método anticonceptivo elegido deber ser el mismo a lo largo de toda la etapa fértil de la mujer.			
43.	La mujer menopaúsica es una mujer incompleta.			
44.	Durante el período que precede a la menopausia no cambia la duración habitual del ciclo menstrual.			

45.	La actividad sexual puede acelerar los cambios que aparecen en los órganos genitales durante la menopausia.			
46.	La disminución de estrógenos durante la menopausia favorece la circulación sanguínea.			
47.	Las tareas que realiza habitualmente el ama de casa son un buen ejercicio para mejorar algunos de los problemas de huesos que pueden aparecer.			
48.	Muchas mujeres temen que la menopausia las haga menos atractivas sexualmente.			
49.	La gimnasia de mantenimiento y los paseos al aire libre son los únicos ejercicios recomendados durante la menopausia.			
50.	Las mujeres con tratamiento hormonal están obligadas a acudir a revisiones médicas periódicamente.			
51.	Mantener actividades fuera del hogar, ayuda a vivir mejor la llegada de la menopausia.			
52.	Todas las mujeres pueden ponerse los parches de estrógenos.			
53.	El que en nuestro entorno se relacione la menopausia con la vejez hace que se viva peor esta etapa.			
54.	La disminución de estrógenos que se producen con la menopausia protege a la mujer de las enfermedades cardiovasculares.			
55.	Las mujeres delgadas suelen tener menos molestias relacionadas con la menopausia.			
56.	Sólo cuando aparecen hemorragias es necesario ir al médico después de la menopausia.			

Muchas gracias por haber respondido el cuestionario. Para finalizar, sería de gran ayuda que respondiese a la siguiente pregunta acerca de las principales fuentes de las que ha obtenido la información. Puede marcar **MÁS DE UNA RESPUESTA**.

¿Cuál o cuáles son las principales fuentes de las que ha obtenido la información?	
Medios de Comunicación e Internet	
Amigos o familiares	
Fuentes Médicas (Matronas, Centros de Atención Primaria, enfermeras)	
Nunca he recibido información	
No recuerdo de dónde la he obtenido	

Muchas gracias por su colaboración

5.4 Anexo – Plantilla de corrección

Test de Conocimientos sobre el climaterio <i>Plantilla de Corrección</i>		Respuestas
1.	Se dice que una mujer tiene la menopausia cuando lleva seis meses sin tener la regla.	F
2.	El ejercicio físico durante la menopausia provoca un desgaste en los huesos y articulaciones.	F
3.	La relación de la mujer con su pareja, familiares, amigos, influye en el modo en que ésta acepta la menopausia.	V
4.	Se dice que una mujer tiene una menopausia prematura o precoz cuando, se le retira la regla antes de los 40 años.	V
5.	Muchas mujeres disfrutaban más de las relaciones sexuales a partir de la menopausia al desaparecer el riesgo de embarazo.	V
6.	Cuando los hijos se independizan, muchas mujeres piensan que su función en la vida se ha terminado.	V
7.	Hay mujeres que viven la desaparición definitiva de la regla como una liberación.	V
8.	Es perjudicial para la salud mantener relaciones sexuales durante la menopausia.	F
9.	El climaterio es una etapa de la vida de la mujer que engloba a la menopausia.	V
10.	La marcha de los hijos del hogar y la llegada de los nietos no influye en la vivencia de la menopausia.	F
11.	La mayoría de las mujeres a partir de la menopausia se sienten más incomprendidas.	V
12.	La osteoporosis consiste en un aumento de la superficie del hueso.	F
13.	Es recomendable tomar más calcio durante la menopausia, sobre todo, si con anterioridad se ha tomado poca cantidad.	V
14.	Los medicamentos son imprescindibles para tratar los problemas de sueño que aparecen durante la menopausia.	F
15.	Todas las mujeres presentan los mismos síntomas durante la menopausia.	F
16.	Los sofocos y sudores que suceden durante la menopausia son achacables al nerviosismo de las mujeres.	F
17.	La fibra, necesaria para una alimentación adecuada, se encuentra principalmente en la leche y sus derivados.	F
18.	La sequedad vaginal es un síntoma que puede aparecer en la menopausia.	V
19.	Durante la menopausia los ovarios reducen la producción de estrógenos.	V
20.	Comentar los cambios de la menopausia y conocer sus causas ayuda a tener una actitud positiva ante la misma.	V
21.	Al retirarse la regla, la mujer no necesita tomar alimentos ricos en hierro.	F
22.	Cuando la realización del coito provoca molestias debería evitarse la actividad sexual.	F
23.	Las mujeres que han tenido una menopausia precoz están más protegidas contra las enfermedades del corazón y de la circulación.	F
24.	El tratamiento hormonal es poco recomendable en la mujer con menopausia precoz.	F
25.	Todos los tratamientos hormonales se presentan en forma de parches.	F
26.	Las mujeres con una personalidad formada afrontan mejor la menopausia.	V
27.	La mujer durante la menopausia debe tomar menos agua para evitar la subida de tensión arterial.	F
28.	Nuestra sociedad considera a la mujer menopaúsica algo neurótica.	V
29.	La disminución de los estrógenos hace que la vagina pierda parte de su elasticidad.	V

30.	La osteoporosis aparece con igual frecuencia en hombres y mujeres de edad avanzada.	F
31.	El tipo de vida que haya tenido la mujer en etapas anteriores influye en la vivencia de la menopausia.	V
32.	A partir de la menopausia la mujer necesita una dieta rica en calorías.	F
33.	No se debe reducir la cantidad de azúcar que se toma durante la menopausia porque es buena para los problemas de huesos.	F
34.	A partir de la menopausia la mujer deja de tener la regla, pero sigue teniendo la ovulación.	F
35.	La menopausia quirúrgica o artificial es aquella que aparece a partir de la ligadura de trompas.	F
36.	La mujer debe realizar ejercicios intensos que le ayude en poco tiempo a mejorar los problemas que aparecen en la menopausia.	F
37.	La vivencia del climaterio, o etapa que rodea a la menopausia, es igual en todos los países y culturas.	F
38.	La retirada de la regla a los 50 años se considera una menopausia tardía.	F
39.	Las mujeres tienen más riesgo de fractura de hueso a partir de la menopausia.	V
40.	El proceso de adaptación al climaterio es más difícil cuando coincide con cambios familiares y laborales importantes.	V
41.	Los tratamientos no hormonales, tienen la función de regular el nivel de estrógenos en el organismo en la etapa menopaúsica de la mujer.	F
42.	El método anticonceptivo elegido deber ser el mismo a lo largo de toda la etapa fértil de la mujer.	F
43.	La mujer menopaúsica es una mujer incompleta.	F
44.	Durante el período que precede a la menopausia no cambia la duración habitual del ciclo menstrual.	F
45.	La actividad sexual puede acelerar los cambios que aparecen en los órganos genitales durante la menopausia.	F
46.	La disminución de estrógenos durante la menopausia favorece la circulación sanguínea.	F
47.	Las tareas que realiza habitualmente el ama de casa son un buen ejercicio para mejorar algunos de los problemas de huesos que pueden aparecer.	F
48.	Muchas mujeres temen que la menopausia las haga menos atractivas sexualmente.	V
49.	La gimnasia de mantenimiento y los paseos al aire libre son los únicos ejercicios recomendados durante la menopausia.	F
50.	Las mujeres con tratamiento hormonal están obligadas a acudir a revisiones médicas periódicamente.	V
51.	Mantener actividades fuera del hogar, ayuda a vivir mejor la llegada de la menopausia.	V
52.	Todas las mujeres pueden ponerse los parches de estrógenos.	F
53.	El que en nuestro entorno se relacione la menopausia con la vejez hace que se viva peor esta etapa.	V
54.	La disminución de estrógenos que se producen con la menopausia protege a la mujer de las enfermedades cardiovasculares.	F
55.	Las mujeres delgadas suelen tener menos molestias relacionadas con la menopausia.	F
56.	Sólo cuando aparecen hemorragias es necesario ir al médico después de la menopausia.	F