



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 18/07/2018. Aceptado: 10/01/2019

SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA Y CALIDAD DE VIDA. ¿ES TAN FIERO EL LEÓN COMO LO PINTAN?

**CLIMACTERIC SYMPTOMS RELATED TO QUALITY OF LIFE.
IS IT AS BAD AS IT SEEMS?**

C. Larroy¹, A. Lopez-Picado², H. Tudela³

¹Dlicenciada en Psicología. Doctora en Psicología. Directora de la Clínica Universitaria de Psicología. Directora de PsiCall UCM. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I (Psicología Clínica). Universidad Complutense de Madrid.

²Licenciada en Farmacia. Doctora en Salud Pública y Medicina Preventiva. Unidad de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos. Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC).

³Licenciada en Psicología. Master en Psicología General Sanitaria

Correspondencia: Cristina Larroy. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Psicología Clínica). Facultad de Psicología UCM. Campus Somosaguas s/n Madrid 28223. Email: clarroy@ucm.es

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2019;9:25-34.

25



RESUMEN

Se estudia la prevalencia de la sintomatología climatérica y su relación con la calidad de vida en una muestra de 81 mujeres, de entre 45 y 60 años en la ciudad de Murcia. Las sujetas completaron una entrevista socio-demográfica y clínica, cuestionarios de síntomas del climaterio (MENQOL y MRS), sintomatología psicológica (HADS) y un cuestionario de calidad de vida para mujeres de 45-64 años (CVS). El 61,84% de la muestra reporta sufrir sintomatología climatérica, con una duración media de 44,39 meses (D.T.=44,11). La sintomatología más prevalente es la física (afecta alrededor del 93% de las mujeres). La sintomatología psicológica (especialmente la ansiedad) también muestra una alta prevalencia (90-75% dependiendo del cuestionario) y severidad. Existe una relación directa y significativa entre sintomatología y mala calidad de vida, siendo la sintomatología psicosocial la mejor predictora de la misma. La percepción del climaterio como una experiencia negativa muestra una alta prevalencia y contribuye a predecir la mala calidad de vida de las mujeres.

Palabras clave: Climaterio, síntomas, prevalencia, menopausia, calidad de vida.

ABSTRACT

The study explores the prevalence of climacteric symptomatology and its relationship with the quality of life in a sample of 81 women, aged 45 to 60 years. The subjects completed a sociodemographic and clinical interview, questionnaires of symptoms of the menopause (MENQOL and MRS), psychological symptomatology (HADS) and a questionnaire of quality of life for women aged 45-64 years (CVS). Results: 61.84% of the sample reported suffering climacteric symptoms, with an average length of 44.39 months (S.D. = 44.11). The most prevalent is physics (about 93% of women affected). The psychological symptoms (anxiety especially) also show a high prevalence (75-90% depending on questionnaire) and severity. There is a direct and significant relationship between symptoms and poor quality of life, being psychosocial symptomatology the variable that best predicts this. In addition, the perception of the menopause as a negative experience is widespread in the sample and contributes to explain the bad quality of life.

Keywords: Climacteric symptoms, prevalence, menopause, quality of life.

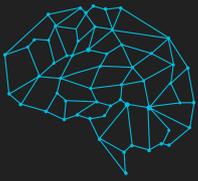
INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Síndrome Climatérico es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en el período de transición que precede y acompaña la pérdida de la capacidad reproductiva hasta llegar a una involución significativa de la función ovárica. (OMS, 1981).

El climaterio femenino se asocia a importantes cambios psicológicos, biológicos y sociales que pueden producir alteraciones en la calidad de vida e insatisfacción vital. Asimismo, existen factores biológicos, psicológicos y socioculturales que influyen en la forma y aparición de síntomas tales como

ansiedad, depresión, trastornos del sueño, problemas urogenitales, sofocos y problemas sexuales. Síntomas que no aparecen en todas las mujeres y no afectan con la misma intensidad (de Azua y Barbeito, 2015).

Entre los más frecuentes destacan los síntomas físicos y psicológicos (Perandones y Larroy, 2011). Los síntomas físicos se relacionan con la disminución de producción de esteroides y péptidos hormonales y con el proceso normal de envejecimiento (Matud, Correa, Bethencourt y del Pino, 2014). Estos síntomas, son imprecisos en cuanto a la intensidad y a la duración y dependen de la situación particular de cada



mujer. Pueden clasificarse (Jimenez, 1995) en síntomas a corto plazo (alteraciones vasomotoras y ganancia de peso), síntomas a medio plazo (alteraciones genitourinarias y atrofia cutánea) y síntomas a largo plazo, vinculados con cambios metabólicos en otros órganos afectados por la carencia hormonal (osteoporosis y cardiopatía isquémica). De todos ellos, los más importantes por prevalencia y porque son los que más molestias producen a las mujeres son los síntomas vasomotores (los famosísimos sofocos)

Mientras que los síntomas físicos constituyen experiencias muy similares, las capacidades y su afrontamiento psicológico varían (Carroble, Velasco y Gómez-Cantarino, 2015). Durante el climaterio son frecuentes las alteraciones del estado de ánimo que se pueden presentar en forma de cansancio, sentimientos de abatimiento, falta de concentración, ansiedad, alteración del deseo sexual, irritabilidad y agresividad (Larroy y Vera, 2013). Todo ello redundando en un decremento en la calidad de vida de las mujeres especialmente en la fase postmenopáusica (Nuñez-Pizarro et al, 2017) y en una negativa valoración de la experiencia. Los estudios demuestran que esta actitud y valoración negativa influyen, a su vez, en un incremento de los síntomas (Ayers, Forshaw y Hunter, 2010; Yanikeren, Tamay y Dykayak, 2012). De este modo, sintomatología, actitud negativa y mala calidad de vida quedan claramente relacionadas, aunque sus efectos pueden estar modulados por otras variables, como nivel educacional o autoconcepto (Quiroga, Larroy y González-Castro, 2017).

Los estudios de prevalencia de sintomatología menopáusica se han realizado a menudo mediante encuestas a ginecólogos, más que preguntando directamente a las mujeres, lo que puede constituir una pérdida sensible de información. Además, en estudios previos se ha prestado poca atención a la sintomatología psicológica asociada al climaterio, ya que los instrumentos al uso no indican, habitualmente, diferencias claras entre los distintos problemas (ansiedad, depresión), ni puntos de corte para dicha sintomatología, a partir de los cuales el malestar psicológico puede constituir, en realidad, un trastorno. Por ello, parece importante evaluar la sintomatología psicológica presente en el climaterio con un instrumento específicamente diseñado para ello y obteniendo la información directamente de las mujeres.

El objetivo general del presente estudio es evaluar la prevalencia y tipología de la sintomatología climatérica y cómo ésta afecta a la calidad de vida de las mujeres estudiadas.

Como objetivos específicos se presentan los siguientes:

1. Analizar la sintomatología asociada al climaterio, incidiendo en la que presenta mayor prevalencia e intensidad en la muestra.
2. Analizar cómo la sintomatología climatérica afecta a la calidad de vida de las mujeres.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado mediante el procedimiento de muestreo aleatorio incidental, en una muestra de mujeres que se encuentran en período climatérico y son habitantes de la ciudad de Murcia.

Se establecieron como criterios de inclusión, (a) que las participantes presentaran un intervalo de edad de entre 45 y 60 años y (b) adecuado conocimiento del español (debido a la variedad multicultural de la población en Murcia y al escaso conocimiento del idioma que presentan muchas de las mujeres que viven en esta ciudad). Se constituyó como criterio de exclusión el estar recibiendo terapia hormonal sustitutiva.

PARTICIPANTES

Aceptando un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5% y asumiendo una prevalencia del 5%, se estimó una muestra necesaria de 73 mujeres. El tamaño muestral se aumentó en un 10% para compensar las posibles pérdidas (81 mujeres). Se administró la batería de instrumentos a 86 mujeres de las cuales cinco fueron descartadas por estar recibiendo terapia hormonal sustitutiva. La media de edad de la muestra fue de 54,33 años, con una desviación típica de 3,50 años.

INSTRUMENTOS

Con el fin de abarcar el mayor número y variedad de síntomas posibles, para la recogida de datos se emplearon los instrumentos siguientes:

- a) Una entrevista sociodemográfica y clínica elaborada ad hoc para recoger información de datos sociodemográficos, y evaluar los criterios de inclusión y exclusión de las participantes en la muestra y las posibles variables contaminantes.
- b) Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MEN-QOL, Hilditch, et al. 1996). Instrumento autoadministrado que consta de un total de 30 ítems en formato escala tipo Likert distribuidos en cuatro dominios (síntomas vasomotores, psicosociales, físicos y sexuales). La puntuación de cada ítem oscila entre 0 (síntoma no presente en el último mes) y 8 (presente y muy molesto). Alpha 0,85. Mayor puntuación



indica sintomatología más intensa. No existe punto de corte.

- c) *Menopause Rating Scale* (MRS, Heinemann, Potthoff, y Schneider, 2003) está compuesta por once síntomas, agrupados en tres dominios: somático-vegetativo, psicológico y urogenital. Cada síntoma es autoevaluado en una escala tipo Likert en función de su intensidad con un puntaje de 0 a 4. Sus propiedades psicométricas han sido revisadas recientemente (Lange, 2017). Alpha, 0,86. No existen puntos de corte.
- d) *Hospitalary Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983) es un instrumento para la detección de ansiedad y depresión, habitualmente utilizado en estudios de prevalencia. Se compone de 14 ítems (que se puntúan de 0 a 3), que se dividen en dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión). La adaptación a muestras españolas muestran buenas propiedades psicométricas: Alpha 0,82 (Terol-Cantero, Cabrero-Perona, y Martín-Aragón, 2015). Se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones iguales o superiores a 11 son casos, en cada una de las subescalas
- e) *Cuestionario de Valoración de Calidad de Vida en Mujeres de 45 a 64 años* (CVS, Sánchez- Cánovas, 1999). Consta de 22 ítems, evaluados mediante una escala tipo Likert de 1 a 5 y recoge información sobre conocimiento y actitud hacia el climaterio, ansiedad, depresión, sexualidad, apoyo social y apoyo familiar. Es un instrumento que mide específicamente la calidad de vida en el climaterio, a mayor puntuación, menor calidad de vida (Alpha 0,89).

PROCEDIMIENTO

Las mujeres fueron reclutadas a través de muestreo incidental, en diversas zonas de la ciudad de Murcia, por parte de psicólogas entrenadas. Todas ellas firmaron un consentimiento informado y completaron una entrevista clínica y sociodemográfica y los cuestionarios, bajo la supervisión y ayuda de una psicóloga. El procedimiento había sido previamente probado en un estudio piloto con 20 participantes.

ANÁLISIS DE DATOS

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada mediante las frecuencias y porcentaje en el caso de las variables cualitativas y con medias y desviaciones estándar en caso de variables cuantitativas. Se realizó un análisis correlacional para determinar la relación entre las subescalas de los cuestionarios, y entre sintomatología y calidad de vida; así como un análisis de regresión lineal múltiple, para establecer

Table 1. Características sociodemográficas de las mujeres participantes

Variable sociodemográfica		N (%)
Estado civil	Casadas	57 (70,38)
	Separadas/divorciadas	12 (14,81)
	Solteras	7 (8,64)
	Viudas	5 (6,17)
Edad	Media (D.T)	54,33 (3,50)
Número de hijos	Media (D.T)	1,94 (0,93)
Situación laboral	Funcionarias sector publico	60 (74,08)
	Cuenta propia	14 (17,28)
	Desempleada	7 (8,64)
Nivel socioeconómico	Alto	3 (3,85)
	Medio-alto	10 (12,82)
	Medio	56 (71,79)
	Medio-bajo	9 (11,54)
Nivel de estudios	Universitarios	3 (3,70)
	Secundarios	36 (44,44)
	Técnico	1 (1,23)
	Primarios	3 (3,70)
	Sin estudio	1 (1,23)
Conocimiento climaterio	1 Mucho	17 (20,99)
	2 Bastante	46 (56,79)
	3 Algo	14 (17,28)
	4 Poco	1 (1,24)
	5 Nada	3 (3,70)

las variables (clínicas y sociodemográficas) predictoras de la calidad de vida. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 24.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La investigación se ajusta al protocolo de Helsinki en cuanto a consentimiento informado y protección y confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la tabla 1. La mayoría eran mujeres casadas

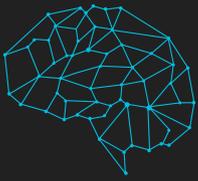


Table 2. Porcentajes de mujeres en las subescalas de MENQOL, MRS y HADS en función de su intensidad

	NO PRESENTE	INTENSIDAD BAJA	INTENSIDAD MODERADA	INTENSIDAD ALTA
MENQOL				
Vasomotor	26,25	15,00	32,50	26,25
Psicosocial	25,00	32,00	22,50	17,50
Físico	7,50	18,75	40,00	33,75
Sexual	18,75	27,50	38,75	15,00
MRS				
Somático	3,74	47,46	38,80	10,00
Psicológico	9,88	58,00	19,82	12,30
Urogenital	12,50	53,50	22,50	7,50
HADS				
Ansiedad	35,80	27,20	21,00*	16,00*
Depresión	60,51	25,92	11,13*	2,54*

*Superan el punto de corte del cuestionario.

(70,38%) con hijos (8,6%) y una edad media de 54,33 ± 3,50 años. El 70,37% de las mujeres había recibido un diagnóstico por su estado menstrual. De estas, el 40,35% estaban en periodo premenopáusico, el 54,38% en periodo posmenopáusico, y el 5,26% presentaban posmenopausia quirúrgica. La media de meses de amenorrea fue de 47,2 (D.T.=49,2). Del total de mujeres, el 61,84% refirió molestias climatéricas. La media, en meses, de presencia de molestias climatéricas fue de 44,4 meses (D.T. = 44,1) (Tabla 1).

Respecto al análisis de las respuestas a los instrumentos seleccionados, en la tabla 2 se recoge el porcentaje de mujeres que puntúa en cada subescala, en función de la intensidad de los síntomas (Tabla 2).

Respecto a las subescalas de los cuestionarios, se encontró lo siguiente:

- En el MENQOL, los síntomas más frecuentes fueron los síntomas físicos, dándose en el 92,50% de la muestra; en segundo lugar, los síntomas de tipo sexual, con el 81,25% de la muestra; los síntomas psicosociales aparecen en el 75% de las mujeres; y, con menor frecuencia, aparecen los síntomas vasomotores, que afectan al 73,75% de la muestra total.
- Los resultados del MRS son ligeramente distintos. Los trastornos somáticos aparecen en el 96,26% de las mujeres; los síntomas psicosociales aparecen en el 90,12% de las mujeres y los síntomas urogenitales, en el 87,65%.

- Los datos del HADS-A mostraron niveles de ansiedad ligera, no clínica en el 27,20% de las mujeres; moderada en el 21%; y alta en el 16%. El 37% de las mujeres de la muestra superó el punto de corte especificado por el cuestionario para el probable trastorno de ansiedad.
- Respecto al HADS-D, el 13,67% de las mujeres superó el punto de corte especificado por el cuestionario para el probable trastorno de depresión, siendo las puntuaciones moderadas en un 11,13% y muy intensa en un 2,54% de la muestra.
- El CVS revela que el 30,86% de mujeres valoraba el climatario negativamente (y el 16,05%, muy negativamente), y que el 40,74% refería niveles medios y altos de ansiedad y/o depresión. El 91,35% percibía un alto apoyo familiar y el 67,90%, un alto apoyo social. El 12,25% informó de problemas sexuales y de pareja.

Se analizó también la prevalencia de los síntomas específicos, así como la intensidad de aquellos más frecuentes. Los resultados se recogen en la tabla 3.

Con objeto de establecer la relación entre sintomatología climatérica y calidad de vida, así como la existente entre los distintos cuestionarios que miden sintomatología, se realizó un análisis correlacional entre las subescalas de MENQOL, MRS y CVS (ver tabla 4). Los resultados muestran correlaciones estadísticamente significativas (algunas de $r=,73$, con tamaño del efecto alto), entre las subescalas de los cuestio-

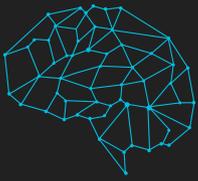


Table 3. Porcentaje de mujeres en los síntomas más prevalentes

CUESTIONARIO/ ÍTEM	SÍNTOMAS	PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA (%) (A)	INTENSIDAD DE SINTOMATOLOGÍA DE MODERADA A GRAVE (%) (B)
HADS1		90,13	28,39
HADS 7*	Me siento tenso, nervioso	87,65	29,62
MRS 3	Puedo sentirme relajado*	82,71	61,73
	Trastornos del sueño		
MRS 11	Molestias musculares y de las articulaciones	82,71	59,25
HADS 8	Me siento lento	82,50	22,50
MRS 7	Cansancio físico y mental	81,48	48,14
HADS 11	Me siento inquieto	80,00	32,50
MENQOL 19	Sequedad en la piel	77,02	29,72
MENQOL 12	Dolores articulares	76,00	36,00
MENQOL 13	Agotamiento físico	72,36	26,31
HADS 5	Lleno de preocupaciones	71,60	44,44
MENQOL11	Flatulencias	69,30	
MRS 1	Sofocos	68,70	52,50
MENQOL 20	Aumento de peso	67,10	31,57
MENQOL 14	Dificultad para dormir	65,38	30,76
MENQOL 1	Sofocos	61,80	31,20

a) Porcentaje de mujeres que refieren síntomas climatéricos

b) Porcentaje de mujeres que referían síntomas de moderados a graves

*Este ítem se puntúa de forma inversa

narios y con las del CVS, lo que establece la relación entre sintomatología y calidad de vida (Tabla 4).

A la vista de estos resultados, se realizó un análisis de regresión lineal por el método Intro, en el que se tomó como variable criterio la puntuación total del CVS y como variables predictoras las subescalas de MENQOL y MRS (separando los cuestionarios), las variables sociodemográficas (edad, nivel socioeconómico, situación laboral y nivel de estudios) y el conocimiento sobre el climaterio. También se realizó un análisis de regresión lineal con la variable Valoración Emocional del climaterio, dado que son variables que en otros estudios, han demostrado influir en la calidad de vida (Ayers, Forshaw y Hunter, 2010). Los resultados, que se recogen en la tabla 5, indican lo siguiente:

- El MENQOL predice la (mala) calidad de vida (R^2 ajustado = ,41), siendo la subescala psicosocial la de mayor peso ($\beta = 0,39$; $t=3,34$ $p < 0,001$) y, en menor medida, la edad, que mantiene una relación negativa con la calidad de vida ($\beta = - 0,18$; $t=2,06$ $p < 0,05$).
- El MRS predice la (mala) calidad de vida (R^2 ajustado = ,61) siendo la subescala psicosocial la que presenta un mayor peso predictivo ($\beta = 0,6$; $t=6,55$ $p < 0,001$) y, en menor medida, la subescala somática ($\beta = 0,18$; $t=2,15$ $p < 0,05$).
- La valoración emocional que se hace del climaterio predice la (mala) calidad de vida (R^2 ajustado = ,25; $\beta = 0,51$, $t=5,36$ $p < 0,001$).

Ni las variables sociodemográficas ni el conocimiento sobre la menopausia parecen tener, en esta muestra, ningún valor predictivo (Tabla 5).



Table 4. Correlaciones entre las subescalas de MENQOL, MRS y CVS,

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 MQOLVas	r												
2 MQOL Psi	r	0,405**											
3 MQOL Fís	r	0,609**	0,660**										
4 MQOLSex	r	0,293**	0,318**	0,423**									
5 MRS Som	r	0,693**	0,431**	0,518**	0,255**								
6 MRS Psi	r	0,418**	0,645**	0,559**	0,321**	0,523**							
7 MRS Ug	r	0,308**	0,249*	0,418**	0,555**	0,424**	0,537**						
8 CVS Emo	r	0,325**	0,409**	0,456**	0,277*	0,467**	0,519**	0,511**					
9 CVS A/D	r	0,485***	0,557**	0,551**	0,181	0,706**	0,739**	0,434**	0,504**				
10 CVS Sex	r	0,045	0,202	0,172	0,499**	0,063	0,316**	0,379**	0,193	0,167			
11 CVS Soc	r	0,311**	0,591**	0,441**	0,200**	0,438**	0,641**	0,352**	0,471**	0,650**	0,328**		
12 CVS Fam	r	0,154	0,410**	0,404**	0,121	0,236*	0,528**	0,164***	0,332**	0,470**	0,369**	0,556**	

* $p < 0,05$ (bilateral) ** $p < 0,01$ (bilateral) *** $p < 0,001$ (bilateral).

DISCUSIÓN

El hecho de que el climaterio constituya un proceso natural no implica que todas las mujeres presenten los mismos síntomas o lo perciban de igual manera. Los síntomas que refieren las mujeres en esta época son diversos y la intensidad es muy distinta de una mujer a otra e incluso puede cambiar a lo largo de este periodo de transición. Los síntomas más habitualmente recogidos por la bibliografía son los sofocos y la sudoración, el insomnio, la sequedad vaginal, la reducción de la libido, la irritabilidad y la inestabilidad emocional entre otros. En este sentido los resultados de este estudio coinciden con los de otros muchos (de Azua y Barbeito, 2015; Larroy y Robles, 2016; Quiroga, Larroy y González-Castro, 2017) y revelan una alta prevalencia de la sintomatología climaterica, tanto si se evalúa esta con MRS como si se evalúa con MENQOL (aunque los porcentajes recogidos por los cuestionarios varían, incluso en síntomas redactados exactamente igual, véase el caso de los ítems MENQOL1 y MRS1)

Aunque el tipo de sintomatología (medida como subescala de MENQOL y MRS) de mayor prevalencia en la muestra es la física/somática (trastornos del sueño, dolores de huesos y/o articulares, sofocos, flatulencias, etc.), los dos síntomas más frecuentes son los que corresponden a los ítem 1 y 7 del HADS (síntomas de ansiedad). Además, un porcentaje elevado de mujeres superan los puntos de corte del HADS

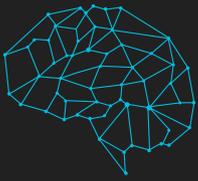
Table 5. Modelo de regresión múltiple para CVS, según cuestionarios de sintomatología climaterica, datos sociodemográficos y valoración del climaterio.

	B	T	SIG.	R2 Ajustado
1				,38
MENQOL Vasomotor	0,01	11,07	0,85	,397
MENQOL Psicosocial	0,39	3,08	,003	
MENQOL Físico	0,21	1,51	,134	
MENQOL Sexual	0,10	1,04	,299	
2*				,41
MENQOL Vasomotor	0,08	0,70	,486	
MENQOL Psicosocial	0,39	3,34	,001	
MENQOL Físico	0,20	1,49	,140	
MENQOL Sexual	0,08	0,81	,420	
Edad	-0,19	-2,06	,043	
1**				,61
MRS Somático	0,18	2,15	,034	
MRS Psicosocial	0,600	6,55	,000	
MRS Urogenital	0,13	1,47	,145	
1				,25
Valoración Emocional	0,516	5,32	,00	

*Variables excluidas: Nivel Estudios, Nivel socioeconómico, Situación Laboral y Conocimiento climaterio

** Variables excluidas: Nivel Estudios, Nivel socioeconómico, Situación Laboral, Edad y Conocimiento climaterio

para ansiedad y depresión, en niveles superiores a los de la población general, según los datos de la encuesta europea de salud en España (INE, 2014). Estos resultados se obser-



van tanto en el cuestionario específico (HADS) como en las subescalas psicosociales de MENQOL y MRS, lo que refleja sin duda, la importancia del malestar psicológico asociado a la etapa climatérica. Sin embargo, MENQOL y MRS no son adecuados para determinar el tipo de sintomatología psicológica específica que afecta a la mujer, por lo que deberían utilizarse como elemento de screening, para la posible derivación al psicólogo de las mujeres con altas puntuaciones en dichas subescalas

Los resultados de MRS y MENQOL coinciden en señalar que las mujeres de la muestra citan como muy molestos los síntomas físicos y vasomotores (en el MRS corresponden a los síntomas somáticos) y señalan los síntomas urogenitales como muy frecuentes, pero de intensidad leve.

En general, se aprecia una alta prevalencia de síntomas de todo tipo (físico, somático, psicológico y urogenital). Como consecuencia, la calidad de vida de las mujeres climatéricas podría verse afectada negativamente, principalmente a nivel psicosocial, incidiendo ello en el inicio o agravamiento de síntomas de ansiedad y depresión, tal y como recogen también otros estudios (Ramos, 2010; Larroy y Gutiérrez, 2011; Larroy, Marín y Gutierrez, 2015). Por ejemplo, se han relacionado los sofocos con problemas para mantener un sueño reparador, afectando al funcionamiento diario de la mujer. Los síntomas urogenitales predisponen a infecciones e incontinencia urinaria en diversos grados, lo que supone un gran problema personal y social a la mujer que las padece y los cambios físicos, como el aumento de peso, predisponen a enfermedades cardiovasculares además de su influencia negativa en la autoestima (Villaverde et al., 2015). Los resultados de nuestro estudio, que muestran una correlación directa y significativa, principalmente entre sintomatología psicosocial climatérica y calidad de vida, apoyan la hipótesis de que la sintomatología climatérica redundaría en una peor calidad de vida para estas mujeres. Posiblemente ello explique por qué un porcentaje tan elevado de mujeres tiene una visión negativa o muy negativa de esta etapa vital.

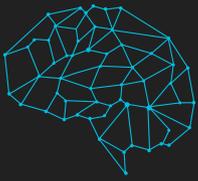
Las altas correlaciones significativas entre algunas subescalas de los distintos instrumentos permiten la posibilidad de emplear cualquiera ellos para medir la sintomatología climatérica. En este sentido, a pesar de que el MENQOL proporciona una valoración más amplia en comparación con el MRS, este último podría ser de utilidad como elemento de screening en el área ginecológica, por su brevedad y facilidad de cumplimentación. Además, los resultados del análisis de

regresión indican que explica un porcentaje de la varianza de la calidad de vida mayor que el MENQOL, lo que redundaría en una mayor recomendación de su uso. Queda por resolver la cuestión de por qué ítems redactados igual o de forma similar arrojan resultados distintos dependiendo del cuestionario utilizado, lo que se abordará en un próximo trabajo.

Las variables que permiten establecer por qué determinadas mujeres viven mejor o peor este periodo están aún por determinar, aunque se conoce que el estatus socioeconómico y el nivel de estudios suelen influir positivamente (cuanto más elevados son ambos, mejor vivencia de la experiencia climatérica). Sin embargo, estos resultados son aún controvertidos y pueden estar mediados por otros factores, como el autoconcepto (Quiroga, Larroy y González, 2017). De hecho los resultados de este trabajo no han podido replicar estos hallazgos, debido, quizá, al elevado nivel educacional que mostraban las mujeres de la muestra (casi la mitad eran universitarias y solo el 3,7% tenía estudios primarios) y al nivel socioeconómico de la misma (solo el 11,7% presentaba un nivel medio-bajo, y ninguna reportó tener bajos ingresos). Lo que sí se ha encontrado es que las variables psicosociales son las que mejor predicen la calidad de vida. De nuevo, se resalta la importancia de considerar estas variables en el abordaje multidisciplinar del climaterio, y la importancia de contar con un psicólogo en el equipo de salud que atiende a estas mujeres.

Este es un estudio piloto y, como tal, presenta algunas limitaciones. La primera se refiere al reclutamiento de la muestra, ya que se halló cierta dificultad para conseguir una muestra heterogénea, debido a que muchas mujeres rehusaban hablar de sus síntomas y vivencias climatéricas. El desconocimiento sobre el período climatérico puede haber influido también, tal y como señalan los datos de la SEGO (2006). Aunque en este trabajo un porcentaje alto de mujeres referían conocer los cambios relacionados con el climaterio, aún se observan reticencias y reparos para hablar del tema en público. Por ello, disminuir la percepción del climaterio como un proceso considerablemente negativo y afianzar la idea de que es un proceso natural y normal, se hace imprescindible para generar una visión positiva, fomentar el conocimiento y mejorar las expectativas vivenciales de este período vital.

Las participantes de este estudio se concentraron con mayor frecuencia en un intervalo de edad de 51 a 60 años, siendo significativamente menor el número de mujeres de entre 45 a 50 años. Además, presentaban un estatus socioe-



conómico y educativo que no se corresponde con el normativo, siendo más elevado, lo que puede estar influyendo en los resultados (algunos estudios indican que a mayor nivel de estatus socioeconómico y/o educativo, menor sintomatología). Esta puede ser una de las razones que expliquen el alto porcentaje de mujeres que refieren conocer los cambios relacionados con el climaterio. Por tanto, es posible que estos resultados muestren una situación menos negativa y problemática de lo que realmente está presente en la sociedad española actual.

Como conclusiones y principales aportaciones de este estudio se pueden señalar las siguientes:

- La alta prevalencia (e intensidad) de los síntomas climatericos;
- La alta prevalencia de síntomas específicamente psicológicos (ansiedad y depresión), que, para un porcentaje elevado de la muestra, indican trastorno, según puntuaciones del HADS;
- La importante influencia de esos síntomas, sobre todo los psicosociales, en la calidad de vida de las mujeres estudiadas;
- La importancia de las variables psicosociales y de la valoración emocional de climaterio, como predictores de la calidad de vida.

Una última aportación, a la vista de los resultados, y aunque no se contara entre los objetivos del estudio, es la recomendación del uso del MRS como instrumento de screening, por su brevedad, facilidad de corrección y buena explicación de la varianza de la calidad de vida.

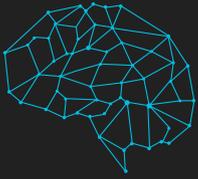
Los resultados señalan la necesidad de contar con un psicólogo en los equipos multidisciplinares que abordan la evaluación y, en su caso, intervención, de la sintomatología de las mujeres en climaterio, así como el establecimiento de programas multidisciplinares para la intervención preventiva, temprana y paliativa de la sintomatología asociada al climaterio, en caso de que este redunde en una mala calidad de vida de las mujeres que pasan por esa etapa vital.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de interés

BIBLIOGRAFÍA

- Ayers, B.; Forshaw, M. y Hunter, M.S. (2010) The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: A systematic review. *Maturitas*, 65(1), 28–36.
- Carrobes, A., Velasco, M. y Gómez-Cantarino, S. (2015). El concepto social de climaterio en población rural y urbana. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5, 145-151. doi: 10.1989/ejihpe.v5i2.107
- De Azua, S. R., y Barbeito, S. (2015). Psychological symptoms and treatment of menopause. In M. Sáenz- Herrero, M. Sáenz-Herrero (Eds.), *Psychopathology in Women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (pp.511-523). Cham, Switzerland: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-05870-2_22
- Heinemann, L., Potthoff, P. y Schneider, H. (2003) International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 28-34. doi: 10.1186/1477-7525-1-28
- Hilditch J.R., Lewis J., Peter A., van Maris B., Ross A., Franssen E, et al. (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24(3), 161–175.
- Instituto Nacional de Estadística (2014) Encuesta Europea de Salud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
- Jiménez, M. P. (1995). *Menopausia. Educación para la Salud*. Eunsa: Pamplona
- Lange, L. (2017). MRS - Menopause Rating Scale. *Menopause-rating-scale.info*. Obtenido el 9 de enero de 2017, de <http://www.menopause-ratingscale.info/psychometric.htm>
- Larroy, C., y Gutiérrez, S. (2011). Cognitive-behavioral intervention among women with slight menopausal symptoms: a pilot study. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 344-355. doi:10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.31
- Larroy, C. y Robles, J. (2016) Psychological symptoms of menopausal women in the state of Madrid: a study of prevalence. *International Journal of Psychology*, 51, 701. doi: 10.1002/ijop.12325
- Larroy, C. y Vera, R. (2013) Cognitive-behavioral declining in menopause. En C. Hollins Martin, R. Watson, V. Preedy (Eds.) *Handbook of Nutrition and diet in menopause*. New York, Springer. doi: 10.1007/978-1-62703-373-2_26
- Larroy, C. Marín, C. y Gutierrez, S. (2015) The effects of Cognitive-Behavioral techniques on hot flushes, depression and anxiety related to menopause in Spanish women. *Wulfenia Journal*, 22,31-43
- Matud, M., Correa, M., Bethencourt, J. y del Pino, M. (2014). Relevancia del estatus menopáusico en las diferencias en salud mental entre mujeres y hombres. *Anales de Psicología*, 30 (3), 927- 936. doi.org/10.6018/analesps.30.3.172191
- Nuñez-Pizarro, J.L., Gonzalez-Luna, A., Mezones-Holguín E. et al. (2017) Association between anxiety and severe quality-of-life impairment in postmenopausal women: analysis of a multicenter Latin American cross-sectional study. *Menopause* 24(6), 645-652. doi: 10.1097/GME.0000000000000813.
- Organización Mundial de la Salud OMS (1981); "Investigación sobre la menopausia". Serie de informes técnicos nº 670. Ginebra: OMS. Disponible: whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_670_spa.pdf
- Perandones, M. y Larroy G. (2011) Intervención grupal para la mejora de la respuesta sexual y la calidad de vida de mujeres en climaterio: un estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (3), 159-168.
- Quiroga, A., Larroy, C., y González-Castro, P. (2017). Climacteric symptoms and their relation to feminine self-concept. *Climacteric*, 20(3), 274-279. doi.org/10.1080/13697137.2017.1310192
- Ramos, M., B. (2010). Aspectos Psicológicos de la Menopausia. *Medicina y Salud*. Universidad autónoma de México. Disponible en: www.medicinay-salud.unam.mx/temas/2010/08_ago_2k10.pdf



19. Sánchez-Cánovas, J.; Marín, R.M., Salas, M.D., Pastor, E., Zorroza, J., López, M. (1999): Valoración de la calidad de vida en mujeres climatéricas y su relación con factores somáticos. Análisis del cambio. Memoria de Investigación (no publicada). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expediente N° 48/97
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO (2006). La menopausia en España. Calidad de vida y tratamientos. Madrid: EPES.
21. Terol-Cantero, C.; Cabrero-Perona, V. y Martín-Aragón, M. (2015) Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. Anales de psicología, 31 (2), 494- 503. doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701
22. Villaverde, C., Ramírez, J., Olmedo, M. M., Sánchez, M. A., Argente del Castillo, M. A. y Ruiz, A. (2015). Overweight obesity and cardiovascular risk in menopausal transition. *Nutrición Hospitalaria*, 32 (4), 1603-1608. doi:10.3305/nh.2015.32.4.9380
23. Yanikkerem, E.; Koltan, S.O.; Tamay, A.G., Dikayak, Ş. (2012) Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*, 15(6), 552-62. doi: 10.3109/13697137.2011.637651.
24. Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x