

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO DE EDUCACIÓN



**UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA**

**HÁBITOS DE EDUCACIÓN SANITARIA EN EL
BIENESTAR DE LAS MUJERES DURANTE EL
CLIMATERIO**

Tesis doctoral

DOCTORANDA

María del Mar Crisol Martínez

DIRECTORA

María del Mar Campos Fernández-Fígares

OCTUBRE, 2022

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO DE EDUCACIÓN

**HÁBITOS DE EDUCACIÓN SANITARIA EN EL
BIENESTAR DE LAS MUJERES DURANTE EL
CLIMATERIO**

**HABITS OF HEALTH EDUCATION IN THE WELL-BEING
OF WOMEN DURING CLIMATERIUM**

Tesis doctoral

DOCTORANDA

María del Mar Crisol Martínez

DIRECTORA

María del Mar Campos Fernández-Fígares

OCTUBRE, 2022

AGRADECIMIENTOS

A mí tutora, Mar Campos Fernández-Fígares. Tus consejos siempre han sido útiles para mí.

A mi hermano Lalo por su paciencia y tesón por estar siempre a mi lado, y sobre todo por su apoyo incondicional durante este largo trayecto.

A mi hija Mar, lo mejor que me ha dado la vida y a mi marido Javier por ser mi compañero de viaje.

A mis padres, por haberme dado la vida. Sin ella, no estaría escribiendo estas líneas. En especial, a mi madre por haber sido una persona llena de optimismo y coraje. Sé que estarás muy contenta de este logro.

A mis mujeres participantes, por su empatía, por su dedicación plena en este estudio y por su confianza en mí.

A mis amigas, por tanta ayuda prestada.

A Elena por ser mi directora de grupo de investigación.

A la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Almería.

A Eugenia, por tu gran ayuda desinteresada.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN: MARCO TEÓRICO	1
1.1. Presentación y antecedentes	2
1.2. Hipótesis y justificación	5
1.3. Objetivos	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. Metodología	8
CAPÍTULO 2: EL CLIMATERIO	13
2.1. El climaterio y sus fases	14
2.2. Cambios y sintomatología asociada al climaterio	19
2.2.1. Introducción general al climaterio.....	19
2.2.2. Mecanismos subyacentes: cambios hormonales	21
2.2.3. Sintomatología asociada a la menopausia y escala MRS (<i>Menopause Rating Scale</i>).....	31
2.2.3.1. Síntomas somato-vegetativos	33
2.2.3.2. Síntomas psicológicos	36
2.2.3.3. Síntomas urogenitales	38
2.3. Hábitos de vida	40
2.3.1. Actividad física y ejercicio físico	40
2.3.2. Sustancias tóxicas.....	43
2.3.2.1. Tabaco.....	43
2.3.2.2. Alcohol.....	44
2.3.2.3. Drogas y automedicación	45
2.3.3. Obesidad	46
2.3.4. Alimentación y dieta mediterránea	47
2.4. Factores socioeconómicos	50

2.5. La educación sobre el climaterio	51
CAPÍTULO 3: INFLUENCIA DE HÁBITOS DE SALUD EN EL BIENESTAR EN ETAPA CLIMATÉRICA EN MUJERES DE ALMERÍA.....	54
3.1. Introducción	55
3.2. Métodos	56
3.2.1. Diseño y población	56
3.2.2. Cuestionarios para la toma de datos.....	56
3.2.3. Análisis estadísticos	57
3.3. Resultados.....	58
3.4. Discusión	61
CAPÍTULO 4: PROGRAMACIÓN DIDÁCTICA: EDUCACIÓN SANITARIA EN MENOPAUSIA DIRIGIDA A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS	66
4.1. Descripción de la programación	67
4.1.1. Justificación.....	67
4.1.2. Tiempo de la programación y perfil de los aprendices	68
4.1.3. Conocimientos previos requeridos por parte del alumnado	70
4.1.4. Objetivos didácticos	70
4.1.5. Contenidos	71
4.1.6. Secuencia de actividades.....	72
4.2 Metodología	72
4.2.1. Un módulo teórico (1 hora).....	73
4.2.2. Esquema de la actividad vista en el módulo teórico.....	78
4.2.3. Una presentación grabada en power point (1 hora)	81
4.2.4. Cuaderno de aprendizaje de cada actividad (1 hora).....	91
4.2.5. Cuestionario de autoevaluación (1 hora).....	94
4.3. Recursos materiales	95
4.4. Organización de espacio y tiempo (60 horas).....	95
4.5. Evaluación final	98

4.6. Caso práctico	98
4.7. Evaluación.....	98
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	101
5.1. Discusión	102
5.2. Limitaciones del estudio	105
5.3. Futuras líneas de investigación.....	105
CAPÍTULO 6: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
CAPÍTULO 7: ANEXOS	133
7.1. Anexo 1: Cuestionario factores de inclusion y exclusion	134
7.2. Anexo 2: Cuestionario variables sociodemográficas, factores de inclusión y exclusión	135
7.3. Anexo 3: Test de adherencia de la dieta mediterránea.....	136
7.4. Anexo 4: Cuestionario extraído de STRAW (Stages of Reproductive Aging)	137
7.5. Anexo 5: Cuestionario Menopause Rating Scale (MRS)	138

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolución de esperanza de vida al nacimiento de las mujeres en España (Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE)	2
Figura 2. Etapas de desarrollo de la mujer comenzando con la primera menarquía, pasando por la edad adulta y concluyéndose al llegar la menopausia (Elaboración propia)	3
Figura 3. Periodos del climaterio (Lugones-Botell, 1997).....	15
Figura 4. Tipos de menopausia: Menopausia natural o espontánea, menopausia artificial o quirúrgica o inducida, menopausia precoz o temprana, menopausia tardía (Elaboración propia).....	16
Figura 5. Causas de insuficiencia ovárica prematura (Elaboración propia).....	17
Figura 6. Menopausia por tratamiento oncológico (Elaboración propia)	19
Figura 7. Perfil hormonal en menopausia (elaboración propia).....	23
Figura 8. Hormonas que abarcan la menopausia (adaptación de Torres-Jiménez et al.,2008)	26
Figura 9. Eje hipotálamo-hipófisis-ovario Torres-Jiménez et al., 2008.....	27
Figura 10. Variaciones endocrinas en la transición menopáusica temprana....	29
Figura 11. Variaciones endocrinas en la transición menopáusica tardía.....	30
Figura 12. Variaciones endocrinas en la postmenopausia	31
Figura 13. Cuestionario de evaluación de la escala Menopause Rating Scale (MRS) traducida al castellano. Fuente: Aedo et al. (2006).....	32
Figura 14. Nueva pirámide de la dieta mediterránea ambientalmente sostenible Fuente: Serra-Majem et al. (2018).	49
Figura 15. Esquema del Módulo teórico de la Actividad 6: “Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria” (elaboración propia).	80
Figura 16. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 1) (elaboración propia)	81

Figura 17. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 2) (elaboración propia)	82
Figura 18. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 3) (elaboración propia)	83
Figura 19. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 4) (elaboración propia)	83
Figura 20. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 5) (elaboración propia)	84
Figura 21. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 6) (elaboración propia)	86
Figura 22. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 7) (elaboración propia)	87
Figura 23. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 8) (elaboración propia)	88
Figura 24. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 9) (elaboración propia)	89
Figura 25. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 10) (elaboración propia)	90
Figura 26. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 11) (elaboración propia)	91
Figura 27. Cuaderno de aprendizaje de la Actividad 6 (elaboración propia)	92
Figura 28. Cuestionario de autoevaluación de la Actividad 6 (elaboración propia)	95
Figura 29. Cuestionario de variables sociodemográficas, factores de inclusión y exclusión	135
Figura 30. Cuestionario de KIDMED (adherencia a la dieta mediterránea) (Durá- Travé et al., 2011)	136
Figura 31. Cuestionario extraído de STRAW (Stages of Reproductive Aging)137	
Figura 32. Cuestionario Menopause Rating Scale (Fuente: Caicedo et al., 2010; Aedo et al. 2006).....	138

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la población estudio, así como de los grupos de mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas, y diferencias estadísticas (valor P) entre ambos grupos.	59
Tabla 2. Hábitos de vida de la población estudio, así como de los grupos de mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas, y diferencias estadísticas (valor P) entre ambos grupos.	60
Tabla 3. Etapa climatérica y sintomatología de la población estudio, así como de los grupos de mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas, y diferencias estadísticas (valor P) entre ambos grupos.	60
Tabla 4. Modelos de regresión lineal para explicar las relaciones entre MRS totales, somático-vegetativos, psicológicos y urogenitales y las variables predictoras.....	61
Tabla 5. Fechario de Educación sanitaria en menopausia dirigido a farmacéuticos comunitarios. (elaboración propia).....	69

ABREVIATURAS

AEEM	Asociación Española de Estudio de la Menopausia
AMH	Hormona Antimulleriana
DM	Dieta Mediterránea
DM	Dieta Mediterránea
FSH	Hormona Folículoestimulante
GnRH	Hormona Liberadora de Gonadotropina
HDL	Lipoproteína de alta densidad (Colesterol bueno)
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
KIDMED	Evaluación del Índice de Calidad de la Dieta Mediterránea
LDL	Lipoproteína de baja densidad (Colesterol malo)
LH	Hormona Luteinizante
MRS	Menopause Rating Scale / Escala de Evolución Menopáusica
NAMS	The North American Menopause Society
OMS	Organización Mundial de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SOGIBA	Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires
STRAW	Stages of Reproductive Aging Workshop
WHO	World Health Organization
COF	Colegio Oficial de Farmacéuticos

RESUMEN

En esta tesis se ha evaluado la sintomatología climatérica, hábitos saludables y variables sociodemográficas de una muestra poblacional de mujeres entre 45 y 60 años de Almería (España), y se ha analizado qué variables influyen en la aparición de síntomas climatéricos. Para ello se contó con 130 mujeres participantes que tuvieron que completar unos cuestionarios, obteniendo datos sociodemográficos, y hábitos de salud, así como síntomas climatéricos. Estos últimos se evaluaron con el cuestionario MRS (Menopause Rating Scale).

Los resultados principales obtenidos fueron que las mujeres postmenopáusicas presentaron mayor edad, mayor Índice de Masa Corporal (IMC) y frecuencia de no tener pareja estable. Se observó una sintomatología total mayor (moderada), asociada a una mayor prevalencia de síntomas somático-vegetativos y urogenitales en mujeres postmenopáusicas. La adherencia a la dieta mediterránea y el ejercicio físico estuvieron asociados a una reducción de la sintomatología somático-vegetativa y psicológica, respectivamente.

La conclusión principal de este estudio ha sido que establecer hábitos de vida saludables como el ejercicio y la dieta mediterránea pueden disminuir la sintomatología menopáusica y mejorar la calidad de vida de mujeres en esta fase.

Estos resultados justifican la necesidad de promover la formación en hábitos de educación sanitaria dirigida a mujeres climatéricas, para prevenir y paliar la sintomatología. En este sentido, esta tesis incorpora un programa educativo dirigido a farmacéuticos comunitarios sobre hábitos de educación sanitaria en mujer menopáusica. Como conclusión de esta tesis es necesario subrayar la necesidad de divulgar y formar a mujeres en educación sanitaria, para que puedan entender y encarar el climaterio y su sintomatología con naturalidad, mejorando así su bienestar durante la menopausia.

Palabras clave: Menopausia, dieta mediterránea, ejercicio, educación sanitaria.

ABSTRACT

In this PhD thesis, I have evaluated the climacteric symptoms, healthy habits, and sociodemographic variables of a population sample of women from Almeria (Spain), between 45 and 60 years old. Also, I have assessed the variables that influence the appearance of climacteric symptoms. In order to do this, 130 participating women completed a number of questionnaires from which I obtained sociodemographic data, and healthy habits, as well as climacteric symptoms. The latter were evaluated with the MRS (Menopause Rating Scale) questionnaire.

The main results obtained were that postmenopausal women presented older age, higher Body Mass Index (BMI) and higher frequency of not being in a stable relationship. Greater (moderate) total symptomatology was observed, due to a higher number of somatic-vegetative and urogenital symptoms observed in postmenopausal women. Adherence to the Mediterranean diet and physical exercise were associated with less severe somatic-vegetative and psychological symptoms, respectively. The main conclusion of this study was that establishing healthy lifestyle habits such as practicing regular exercise and dietary habits based on the Mediterranean diet can reduce menopausal symptoms and improve the quality of life of climacteric women.

These results justify the need to promote educational programs in healthy habits for climacteric women, to help them preventing and alleviating symptoms. In this sense, this thesis incorporates an educational program aimed at community pharmacists on health education habits in menopausal women. As a conclusion of this thesis, it is important to highlight the need to train women to better understand the climacteric and its associated symptoms, using health educational programs, thus improving their well-being during the menopause.

Keywords: Menopause, Mediterranean diet, exercise, health education.

CAPÍTULO 1:

INTRODUCCIÓN: MARCO TEÓRICO

1.1. Presentación y antecedentes

Los avances científicos y las mejoras en la sociedad han influido en un aumento continuado de la esperanza de la vida humana a lo largo del siglo XXI, particularmente en los países más desarrollados, como en el caso de España (Figura 1). Es por ello, el denominarse a este siglo como “Siglo de la Tercera Edad” (Castán-Vázquez et al., 2001).

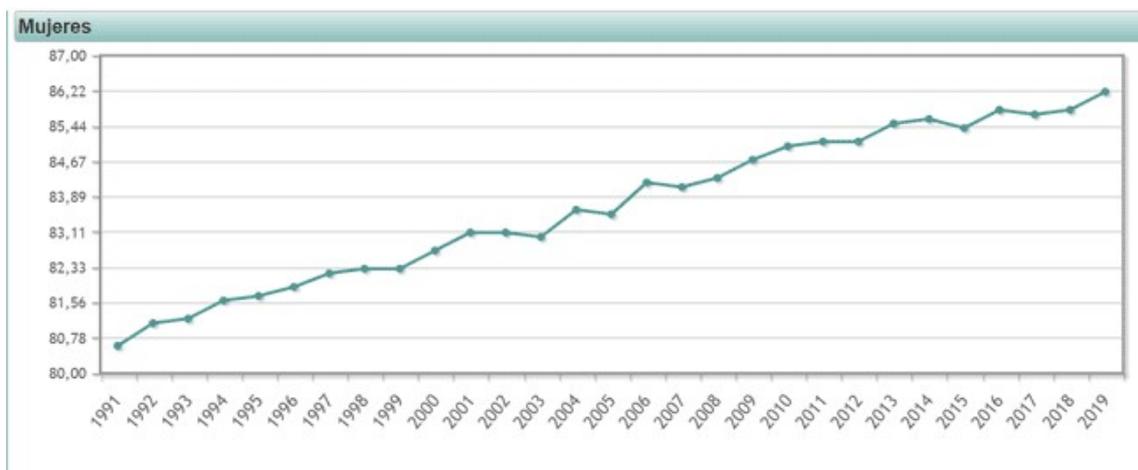


Figura 1. Evolución de esperanza de vida al nacimiento de las mujeres en España (Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE))

En el mundo actual, la mujer tiene una esperanza de vida próxima de 80 años. El rango de edad de inicio de la menopausia en España se sitúa próximo a los 50 o 51 años. Esto quiere decir que la mujer permanece 30 años en la etapa de la postmenopausia (Bennett et al., 2016). Debido al aumento de esperanza de vida de la mujer y la edad a la que se presenta la menopausia, se estima que en el año 2030 existan más de 1200 millones de mujeres mayores de 50 años en la población mundial, que se encuentren en la etapa de la menopausia (Banco Mundial, 1993).

La vida de la mujer transcurre a lo largo de varias etapas de desarrollo, encontrándose dentro de ellas la infancia, la adolescencia y juventud, la edad adulta, y finalmente el climaterio, hasta llegar a la senectud (Figura 2). Dentro de estas fases, si nos enfocamos en las que ocurren dentro de la vida reproductiva de la mujer, se iniciaría con la primera menarquía hasta la instauración de la menopausia.



Figura 2. Etapas de desarrollo de la mujer comenzando con la primera menarquía, pasando por la edad adulta y concluyéndose al llegar la menopausia (Elaboración propia)

Las fases más importantes del ciclo de una mujer son la menopausia y el climaterio. Es importante diferenciar el concepto climaterio de menopausia. La OMS define la menopausia como el “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas”. La menopausia viene acompañada de manifestaciones hormonales debidas al descenso de estrógenos en el ovario, que se traducen en sintomatología. El climaterio se define como el periodo que transcurre de la etapa reproductiva a la no reproductiva (Nogué-Uriel et al., 2021).

Aún, en el siglo XXI en nuestra comunidad, se tiende a relacionar la menopausia con un desequilibrio o trance, afectando en los ámbitos cotidianos de la mujer (Llanos-Tejada et al., 2004). Se ha desvinculado el concepto de menopausia con el término de envejecimiento, identificando esta etapa de una forma más constructiva, sin connotaciones negativas (Martínez-Benlloch et al., 1988). El climaterio no es el final. Como decía Shakespeare “la edad no puede marchitarlas, ni sus costumbres ya anticuadas, la hagan que pierdan su infinita versatilidad” (Lugones-Botell et al., 2001).

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Moreno et al., 2008). De forma general, las mujeres durante el climaterio están influenciadas por variables relacionadas con cambios a nivel social y biológico, que repercuten en su salud y bienestar (Lugones-Botell et al., 2001).

Tanto el climaterio como la menopausia presentan alteraciones a nivel orgánico y psicológico. Estos cambios y alteraciones vienen originados por la decrepitud de los ovarios y el descenso de hormonas estrogénas durante la menopausia (Gutiérrez et al., 1999) (Dueñas-Fuentes et al., 2000).

Numerosos estudios señalan que los hábitos de vida y rutinas diarias, particularmente aquellos ligados a la salud y alimentación, pueden influir de forma significativa en la manifestación de síntomas asociados al climaterio (e.g. García-Moñino, 2017; Goberna-Tricas, 2002).

Por lo tanto, es importante discernir y estudiar a fondo aquellos hábitos saludables que pueden potencialmente fomentar el bienestar y la salud de las mujeres que atraviesan esta etapa. Así mismo, el uso de herramientas educativas puede favorecer la permeabilidad de la información relacionada con

los hábitos saludables entre grupos de mujeres, reforzando así su difusión y acogida, y mejorando potencialmente el alcance y número de mujeres beneficiadas.

1.2. Hipótesis y justificación

En resumen, según lo expuesto anteriormente, existen una serie de síntomas asociados a la menopausia, que pueden llegar a mermar significativamente la salud y el bienestar de las mujeres durante este periodo. La sintomatología se ve afectada por una gran cantidad de variables en distintos niveles, desde lo social a lo biológico. La literatura científica señala que aquellos ligados a hábitos de vida, factores socioeconómicos, ejercicio físico, consumo de sustancias tóxicas, obesidad, y alimentación, están entre las variables más importantes. Sin embargo, pocos estudios han analizado la interrelación entre la sintomatología del climaterio y las variables que la afectan. Se propone un estudio participativo, con mujeres en edad mediana, usando herramientas como cuestionarios y entrevistas personales, para así obtener de manera rápida y eficaz, información relevante, no solamente para caracterizar a la población de estudio, sino para poder evaluar las interrelaciones entre variables asociadas a la sintomatología climática. A través de estos métodos, este estudio plantea llegar a discernir cuales son las variables más importantes que podrían fomentarse para así mejorar la sintomatología, y por tanto el bienestar y la salud, de las mujeres durante el climaterio.

Las mujeres en edad climática requieren atención profesional y acceso a información que les permita obtener recursos y herramientas dirigidas a fomentar su salud y bienestar. En este sentido, el presente estudio propone, en base a las conclusiones obtenidas a través de los cuestionarios y entrevistas, elaborar un programa de educación enfocado a fomentar la salud y el bienestar de las mujeres climáticas. Dicho programa enfatizaría, sobre todo, la promoción de hábitos de vida saludables que incidieran de manera más significativa en la

prevención de problemas de salud. El objetivo de este programa de atención al climaterio sería principalmente generar en la mujer actitudes y comportamientos saludables y a capacitarla para realizar prácticas de autocuidados y de mejora de la salud.

Uno de los profesionales sanitarios al que tiene fácil acceso la población es el/la farmacéutico/a comunitario/a. Debido a que la mujer es una de las usuarias más asiduas de la farmacia comunitaria, es necesario que los/as farmacéuticos/as estén formados activamente sobre la menopausia en farmacia comunitaria. Debido a que este estudio se realizó en Almería, desde el Colegio Oficial de Farmacéuticos almeriense, se impartió una formación titulada “La menopausia en la farmacia comunitaria” el 26 de noviembre de 2021, impartida por nuestra doctoranda y farmacéutica formadora del COF de Almería, Mar Crisol y en colaboración con el COF de Baleares. Esta formación tuvo el objetivo de enseñar a los/as farmacéuticos/as la sintomatología vinculada al climaterio y qué podemos hacer ante ello para cubrir las necesidades que requiere nuestra paciente. Con esta formación también se pretendía que el/la farmacéutico/a comunitario/a esté preparado/a para hacer las indicaciones farmacéuticas oportunas que puedan mejorar los síntomas de la mujer, adaptadas a cada caso. De esta manera el profesional sanitario sabrá en un momento dado, cuándo es necesario derivar al especialista. De esta manera el/la farmacéutico/a puede realizar un seguimiento y asesoramiento farmacéutico con tratamientos farmacológicos que no necesiten prescripción médica (<https://diariofarma.com/2021/11/26/el-papel-de-la-farmacia-en-la-atencion-a-la-menopausia>). En el Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla (RICOFSE) actualmente está formando a los farmacéuticos adheridos a la plataforma de formación Hermes Campus Virtual, como son los COF de Almería, COF de Jaén, COF de Sevilla, entre otros con el Curso online de “Menopausia: actualización asistencial para Farmacéuticos Comunitarios” (<https://www.farmaceuticosdesevilla.es/curso/curso-online-menopausia-actualizacion-asistencial-para-farmaceuticos-comunitarios/>).

Con todo lo anteriormente expuesto, es necesario impartir programas didácticos enfocados a la menopausia para farmacéuticos comunitarios. De esta manera pueden aprender a conocer la sintomatología, las etapas que consta el climaterio, las posibles derivaciones al médico, los hábitos de vida saludable que debe llevar la mujer durante el climaterio, como son la alimentación basada en la dieta mediterránea, el ejercicio físico, así como la deshabituación tabáquica y la no ingesta de otras sustancias tóxicas, como son el alcohol u otras drogas.

Por otro lado, no debemos dejar de lado a la propia protagonista de este estudio y es la mujer climatérica. Debido a la posible sintomatología que pueda padecer y conocer cómo cuidarse durante el climaterio con hábitos de vida saludable, es muy necesario impartir formación de hábitos de educación sanitaria a la mujer durante el climaterio. Por todo ello, en esta tesis, se incluye una unidad didáctica dirigida a la mujer con menopausia artificial en cáncer de mama.

Esta tesis se ciñe al marco geográfico de la provincia de Almería, donde existe poca información acerca de los hábitos saludables en mujeres durante el climaterio, por lo que la información que se extrajera del mismo sería valiosa y vinculante. De hecho, el estudio realizado por Ortega-Ruíz (2012), que se enfocaba en el bienestar psicológico de mujeres en la provincia de Almería, enfatizaba la necesidad de continuar investigando acciones enfocadas el bienestar y la salud en mujeres almerienses.

Con todos los antecedentes expuestos, hemos planteado el presente proyecto de investigación, dirigido a las mujeres durante el climaterio, para profundizar en las variables que fomenten la prevención de la sintomatología asociada a esta etapa.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Investigar la sintomatología asociada al climaterio en mujeres climatéricas en Almería, así como los hábitos de vida saludables asociados al bienestar y la salud, y desarrollar dos programas de educación basado en ellos.

1.3.2. Objetivos específicos

i) Analizar y describir la muestra poblacional de mujeres participantes en el estudio en base a una serie de parámetros sociales y biológicos (e.g. hábitos de salud, síntomas climatéricos) recogidos a través de cuestionarios.

ii) Indicar cuáles son los hábitos de vida saludables que, individual o colectivamente están más asociados a mayor bienestar (i.e. baja sintomatología propia del climaterio).

iii) Desarrollar un programa de educación sanitaria enfocado a farmacéuticos comunitarios para poder actualizar conocimientos sobre la menopausia y sobre las posibles indicaciones farmacéuticas y educación sanitaria que puedan realizar a sus pacientes.

1.4. Metodología

El tipo de estudio sería observacional, transversal y prospectivo. El primer paso de este estudio será la obtención de una población adecuada para llevar a cabo el mismo. Se realizó un anuncio público a la participación voluntaria de mujeres

de mediana edad en el mismo, a través de carteles y anuncios situados en varios centros en la ciudad de Almería. Se utilizaron centros frecuentados regularmente por mujeres de mediana edad, como el gimnasio Ego Sport, el Centro de la Mujer (perteneciente al Ayuntamiento de Almería), y la Universidad de Almería. En concreto, el anuncio estuvo abierto específicamente a mujeres de edad entre 45 y 60 años, que vivan en Almería y que no se les haya diagnosticado depresión.

En la primera cita, a cada una de las mujeres voluntarias se les explicó en qué iba a consistir el estudio, el objetivo del mismo, los procedimientos que se iban a emplear, posibles beneficios y que es lo que se esperaba de cada una de ellas, como participantes de este estudio. A continuación, se les dio en mano, o bien se les envió, un cuestionario acerca de los factores de inclusión y exclusión del estudio. Este fue el primer filtro para ver qué mujeres cumplen con los requisitos del estudio. Los factores de inclusión para este estudio fueron: mujeres de 45-60 años, que vivan en Almería, y que no presenten depresión en el inicio del estudio.

Los factores de exclusión fueron: mujeres embarazadas; que hayan sido diagnosticadas de depresión; que tengan prescrito tratamiento de fármacos antidepresivos o tratamiento hormonal sustitutivo o cualquier tratamiento farmacológico, así como tratamiento de isoflavonas; que presenten una enfermedad grave; que presenten trastornos de masticación o deglución; consumo de drogas ilegales; abuso de alcohol; alergia o hipersensibilidad a determinados alimentos pertenecientes a dieta mediterránea; que hayan participado en ensayos clínicos en el último año; analfabetismo; infección o inflamación aguda en los últimos tres meses del inicio del estudio; sin autonomía; sin dirección postal; sin teléfono; imposibilidad de acudir a reuniones o citas para participar en el estudio; histerectomía.

Una vez hecho y entregado el primer cuestionario donde se incluían los factores de exclusión los cuestionarios, se les comunicó que se les enviaría por correo ordinario, o bien, por email, el consentimiento informado que tendrían que

rellenar y entregar solo aquellas mujeres que estén de acuerdo en participar en el estudio personalmente. En dicho documento se tomaron las direcciones postales, números de teléfonos, así como emails de las mujeres que se presentaron como voluntarias a participar en el estudio con objeto de confirmar los grupos del estudio y fecha de inicio del mismo. Todo lo dicho anteriormente fue el primer paso de este estudio que se desarrolló durante 2015 y mitad de 2016, aproximadamente. Este procedimiento fue aprobado por la Comisión de Bioética de Investigación Humana de la Universidad de Almería. De forma paralela a la consecución de la muestra poblacional, se realizó una revisión bibliográfica que luego será incluida en la tesis, como un capítulo introductorio.

El segundo paso de esta tesis fue la colección de datos sobre las participantes (aquellas voluntarias que entregaron el consentimiento informado), en base a varios cuestionarios:

Cuestionario de variables sociodemográficas (e.g. edad, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, número de hijos, talla y peso). Con los datos de talla y peso se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), para determinar el nivel de obesidad (Navarro-Despaigne et al., 2017). Así mismo, se incluyeron en este cuestionario preguntas para determinar los hábitos de vida de cada participante (e.g. consumo de alcohol, tabaquismo, horas semanales destinadas a la actividad física).

Cuestionario de etapas de la edad reproductiva (“Stages of Reproductive Aging Workshop”, o STRAW), para evaluar la etapa del climaterio en la que se encuentra cada mujer (Soules et al., 2001).

Cuestionario “Menopause Rating Scale (MRS)” con objeto de evaluar la severidad de los síntomas relacionados con la menopausia, que se agrupan en somático-vegetativos, psicológicos, y urogenitales (Schneider et al., 2000).

Cuestionario KIDMED, que permite saber la adhesión de la dieta de cada participante a la dieta mediterránea (García-Meseguer et al., 2014).

Una vez recopilados los datos a través de los cuestionarios, se procedió a analizarlos estadísticamente. Primeramente, se caracterizaron de forma individual cada una de las variables obtenidas a través de los cuestionarios en base a parámetros de estadística descriptiva (e.g. media y error estándar). Seguidamente, se procedió a explorar los valores de dichas variables en base a los grupos definidos a priori (mujeres pre- y postmenopáusicas, siguiendo la categorización del cuestionario STRAW). Además, se utilizó el análisis de correlación (e.g. coeficiente de Spearman) para estudiar posibles relaciones entre variables, y las pruebas t de Student y U de Mann-Whitney-Wilcoxon para determinar diferencias significativas en algunas de las variables entre los dos grupos de mujeres predefinidos. De esta manera, se caracterizó la población de estudio, y se pudo evaluar y sacar las primeras conclusiones para la tesis.

En una segunda fase de análisis estadístico, se utilizaron métodos de regresión logística para analizar la relación entre las categorías resultantes del cuestionario MRS y el resto de las variables (no correlacionadas) obtenidas en los cuestionarios. De esta manera, se evaluaron las variables asociadas más significativamente al bienestar durante el climaterio (i.e. baja puntuación en el MRS).

Por último, y en base a los resultados obtenidos anteriormente, se elaborará un programa educativo enfocado a fomentar la información sobre la sintomatología del climaterio, dirigido a mujeres que quieran formarse durante el climaterio.

CAPÍTULO 2:

EL CLIMATERIO

2.1. El climaterio y sus fases

El climaterio es un período en la vida de la mujer que se acompaña de síntomas clínicos y cambios hormonales, en el cual se incluye la menopausia, que indica el final del período reproductor (Lugones-Botell et al., 2001). El climaterio es el paso desde la edad adulta hacia la vejez, y tiene un inicio y una duración variable. Capote et al. (2011) sitúan la duración del climaterio en 30 años, desde los 35 a los 65 años. En cambio, Salvador et al. (2008) y Villamuza (2017) sugieren que la menopausia se desarrolla en torno a un rango de edad de entre 45 y 55 años. No obstante, la edad en la que aparece la menopausia varía notoriamente por factores socioeconómicos y genéticos (WHO, 1999), y en España se suele dar en torno a los 51 años (AEEM, 2010).

Dentro del climaterio existen varias fases, cuya duración es variable (Figura 3) La primera sería la premenopausia (Figura 3), que es la etapa que precede a la fase principal del climaterio, la menopausia (Figura 3). A continuación, y de forma solapada ocurre una segunda etapa transitoria, situada entre la premenopausia y la menopausia, llamada perimenopausia (Figura 3). Es justamente en la perimenopausia cuando comienzan a notarse la presencia de las manifestaciones que ocurren durante el climaterio, estrechamente relacionadas con los cambios graduales en los ciclos ovulatorios. Mientras que durante la premenopausia la mujer mantiene ciclos menstruales regulares, la perimenopausia se caracteriza por ciclos menstruales que son irregulares (Ramos et al., 2008). Además, la perimenopausia viene caracterizada por la variación en los días que engloban el ciclo menstrual. En esta etapa existe un aumento del flujo menstrual. Esto permite facilitar el diagnóstico de la perimenopausia (Ramos et al., 2008).

Preclimaterio

Posclimaterio

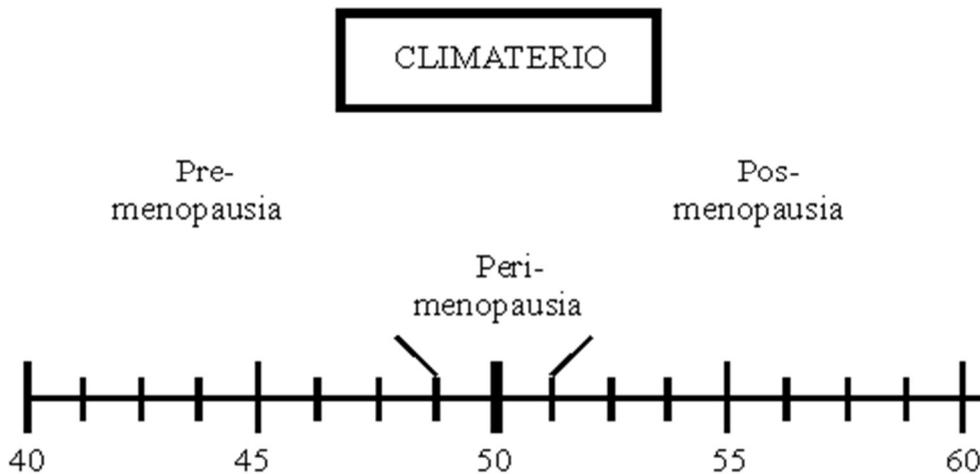


Figura 3. Periodos del climaterio (Lugones-Botell, 1997)

La menopausia (Figura 3) sería la siguiente fase, que se corrobora de manera retrospectiva, es decir, cuando han transcurrido doce meses seguidos sin menstruación. Esta fase de menopausia se desarrolla desde la última menstruación y abarca hasta los 12 meses que vienen después. En esta fase es donde se detectan signos a nivel endocrino, biológico y clínico (Hilario et al., 2015). Conforme se acerca la menopausia, aumentan los niveles de la hormona luteinizante (LH), observándose una disminución de la hormona folículoestimulante (FSH) y de estrógenos. (Valiensi et al., 2019).

La OMS sugiere que la menopausia es la interrupción de la menstruación durante 12 meses seguidos de amenorrea, sin otro motivo patológico o a nivel psicológico (Capote et al., 2011). A este proceso se le llama menopausia natural o espontánea (Figura 4) (Nuñez et al., 2012), y suele ocurrir a la edad cercana a los 50 años. La desaparición de la regla es resultado de la baja actividad ovárica folicular (Ruiz-Rodriguez et al., 2020).

Menopausia. Tipos.



Figura 4. Tipos de menopausia: Menopausia natural o espontánea, menopausia artificial o quirúrgica o inducida, menopausia precoz o temprana, menopausia tardía (Elaboración propia)

Por tanto, podemos considerar que la menopausia no es una patología, sino una etapa de transición acompañada de diversos cambios fisiológicos. La edad de la mujer en el que ocurre este proceso varía de 45 a 52 años. Se dice que es precoz (Figura 4), cuando sucede previo a los 35-40 años y cuando es posterior, entre los 55-56 años, se encuentra dentro de lo anormal. El retraso o adelanto de la menopausia puede deberse a un número de variables como, por ejemplo, raza, clima, así como obesidad, toma de anticonceptivos orales, o consumo de alcohol y tabaco (Hilario et al., 2016). Villamuza et al. (2017) sugieren que la edad en que aparece la menopausia puede ser también afectada por el modelo familiar. Esto quiere decir que suele coincidir la edad de aparición de la menopausia en hijas con la de sus madres.

Otros autores como Nombela et al. (2004) nos sugieren dos términos semejantes como son la menopausia temprana (Figura 4), si es anterior a los 46 y menopausia tardía (Figura 4) posterior a los 52 años. Mientras que Pa Rez et al. (2011) sugieren menopausia prematura (Figura 4) cuando ocurre antes de los 40 años. En esta menopausia temprana o prematura también denominada precoz (Figura 4), además de producirse una insuficiencia ovárica antes de tiempo por el descenso de los niveles de hormonas sexuales denominadas estrógenos, ocurre que los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) son altos, concretamente mayores de 40 UI/L.

Aibar-Almazán et al. (2018) sugieren que esta insuficiencia ovárica prematura puede ir anexada por una serie de factores como son las mutaciones genéticas, la aparición de enfermedades de tipo autoinmunes y por causas iatrogénicas (Figura 5).

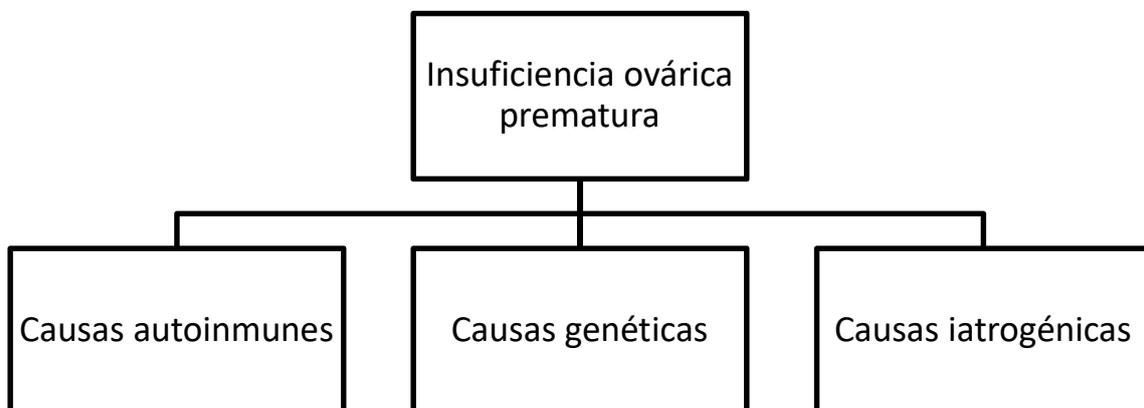


Figura 5. Causas de insuficiencia ovárica prematura (Elaboración propia)

Sordia-Hernández, 2011 informa que la edad de la instauración de la menopausia viene determinada por el número de folículos existentes en el ovario. En la vida intrauterina es cuando se llega a tener el número máximo de folículos en el ovario. A partir de la vida intrauterina, se produce el descenso del

número de folículos que van a ocurrir durante la etapa reproductiva. Hay que decir que este descenso del número de folículos ováricos puede estar determinada por la predisposición familiar, por los tratamientos oncológicos como hemos mencionado anteriormente junto con la aparición de enfermedades autoinmunes, por el tabaquismo, por infecciones, así como inflamación en uno o los dos ovarios denominada ooforitis o bien, ovaritis.

Se denomina menopausia inducida cuando va referida a la menopausia artificial, es decir, cuando se ha originado por la cirugía de ambos ovarios o lo que se denomina ooforectomía, o bien, ooforectomía con o sin histerectomía, que es la retirada del útero. Pero también puede haberse originado por haber recibido tratamiento de quimioterapia o radioterapia (Dorador-González et al., 2021). Dentro de la menopausia inducida por quimioterapia existe un fallo ovárico temprano o precoz dando lugar a una amenorrea durante 4 meses como mínimo, registrándose valores altos de la hormona folículoestimulante (FSH) por encima de los 40 UI/L y niveles de estradiol por debajo de 10 pg/ml (De Vos et al., 2010). La amenorrea después de un tratamiento oncológico, no se considera un indicador por sí sola, de la menopausia. Debe darse esta amenorrea cuando la mujer se está administrando el tratamiento oncológico o a continuación (Coulam et al., 1986).

Couto-Núñez et al., 2012 sugieren que cuando exista un tratamiento oncológico en la mujer, para que se considere la instauración de la menopausia, han de cumplirse varios factores (Figura 6), como son la extirpación de los dos ovarios llamada ooforectomía bilateral. Otro criterio es que las mujeres sean mayores de 60 años, o bien que, si ocurre en mujeres menores de dicha edad, haya sucedido la amenorrea en un plazo de 12 meses consecutivos sin haberse administrado tratamientos como la quimioterapia, tratamiento supresor ovárico o tratamiento hormonal. Además, debe existir unos determinados niveles de hormonas específicas, como son la hormona foliculoestimulante alto, niveles de estradiol bajo y, sobre todo, un nivel de hormona antimulleriana (AMH) muy imperceptible (De Vos et al., 2010).

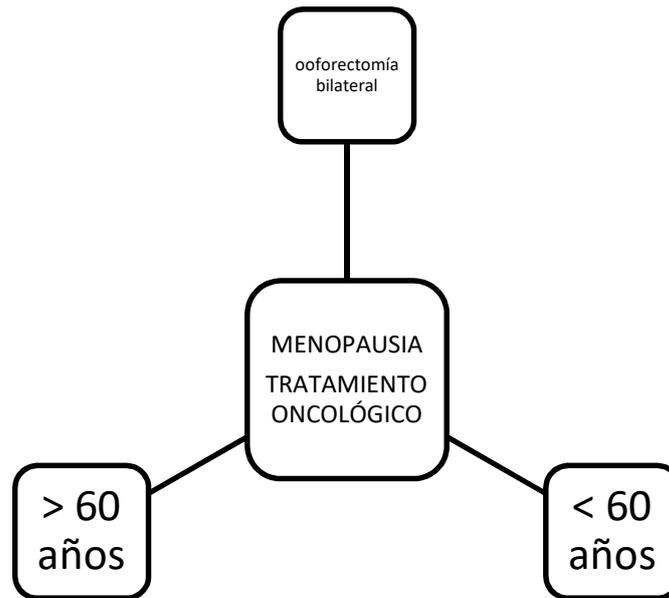


Figura 6. Menopausia por tratamiento oncológico (Elaboración propia)

Y por último vendría la etapa posmenopáusica (Figura 3). hasta la llegada de la senectud (Yagüe et al., 2011). Como su nombre indica, la postmenopausia va referida a los años que van después de la última menstruación (Capote et al., 2011). Iniciándose después de los 12 meses consecutivos, sin menstruar y sin importar el tipo de menopausia (Dorador-González et al., 2021). En la postmenopausia existe una disminución de estrógenos y ocurren paralelamente algunas alteraciones ocasionadas por la edad y a esta deficiencia de estrógenos se debe el riesgo de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis (Salvador et al., 2008).

2.2. Cambios y sintomatología asociada al climaterio

2.2.1. Introducción general al climaterio

El periodo de transición que se desarrolla durante el climaterio viene acompañado de una serie de cambios fisiológicos. Dichos cambios, suelen

producir una inestabilidad del equilibrio funcional, que puede traducirse en desviaciones patológicas, comúnmente denominadas como “síndrome climatérico” (Lugones-Botell et al., 2001).

Núñez et al. (2012) denominan a este síndrome climatérico como las señales y sintomatología que se hacen visibles antes de y como continuación de la menopausia. También es definido síndrome climatérico como una serie de manifestaciones y señales que preceden y suceden después de la menopausia debido a la disminución de la función ovárica. La duración desde que suceden los cambios en los ciclos menstruales y la venida de la menopausia oscila en cuatro años, pudiendo variar en cada mujer (Bonilla-Marín et al., 2012).

La Organización Panamericana de la Salud en 2007 nos da resultados de un estudio a mujeres con ámbito socioeconómico bajo, en el que sobresale el sentimiento de malestar, impedimento a la concentración, cefaleas y sofocos o bochornos.

Paredes Pérez define el climaterio como la fase de transición, en la que cesa la menstruación al igual que la función reproductiva y en la que existen variaciones a nivel psicológico. Todo ello debido al descenso de la función ovárica (Capote et al., 2011), siendo consecuencia del bajo funcionamiento endocrino del ovario, referido mayoritariamente a los estrógenos (Quintana et al., 2008).

A continuación de la menopausia, a largo plazo, la mujer puede padecer enfermedades como cardiovasculares y la osteoporosis, entre otras, aunque también debemos incluir la diabetes e hipertensión (Navarro et al., 2007).

Al existir una disminución de los estrógenos, la mujer queda desprotegida, apareciendo un riesgo cardiovascular. Uno de los cambios más visibles en

análisis de sangre de la mujer durante la menopausia, es la elevación del nivel de colesterol en sangre, superando la cifra de 200 mg/dL a la vez que puede verse aumentado el colesterol LDL y disminuido el colesterol HDL. Esto contribuye a que el infarto de miocardio sea una causa alta de mortalidad de la mujer en esta etapa (Martín-Azaña et al., 2008)

Rojas et al., 2003 y Artiles et. Al., 2002 estudian la aparición de incontinencia urinaria provocado por la pérdida de continencia de las estructuras que contienen la vejiga. Ello provoca un aumento en el número de veces que la mujer debe orinar.

2.2.2. Mecanismos subyacentes: cambios hormonales

Cancho et al. (2019) informan que una de las glándulas primordiales de la vida fértil de la mujer es el ovario. Su función principal es la producción de óvulos y llega a su fin provocando un descenso de probabilidad de embarazos, por el descenso de fertilidad. Desde comienzos de la vida embrionaria hasta la llegada de la menopausia, se van consumiendo ovocitos del ovario. En la perimenopausia se han estudiado procesos endocrinos, que dan lugar a desajustes del ciclo menstrual, ocurriendo sangrados irregulares en cantidad como en duración. Hay que tener en cuenta, que aún en esta etapa es posible el embarazo.

El descenso de estrógenos es debido a bajas oscilaciones hormonales. Una vez establecida la menopausia, no debe haber presencia de folículos ováricos. Sin embargo, puede hallarse uno que tenga capacidad de sintetizar una dosis mínima hormonal, a pesar de poder producirse la ovulación. Este déficit de estrógenos no tiene capacidad de producir la menstruación. (Cancho et al., 2019).

La menopausia produce cambios a nivel de ovario repercutiendo en una división más apresurada de los folículos ováricos hasta quedar sin ninguno (Hernández et al., 2018). Los folículos ováricos durante la menopausia natural sufren una atresia que origina unos cambios hormonales en la mujer. Por un lado, existen cambios hormonales a nivel de los estrógenos y de la inhibina B, resultado un descenso de sus niveles. Y, por otro lado, la FSH y la LH se ven incrementadas, al comenzar la menopausia (SOGIBA, 2018; Ayala-Peralta, 2020). Los andrógenos permutan a estrógenos del tejido adiposo. En la postmenopausia, la transformación de estrona es procedida del estradiol (Cancho et al., 2019)

No solamente existen cambios hormonales en el climaterio, también afecta esta etapa a otros niveles como son a nivel óseo y cardiovascular, sin dejar de lado los factores socioculturales, factores económicos y de tipo psicoafectivo (Yanes et al., 2004). Además de los cambios en ovarios, existe también en el eje hipotálamo-hipofisario. Como consecuencia ocurre la ausencia de ciclos reproductivos debido al fallo ovárico (Quintana et al., 2008).

La disminución de estrógenos debido a la falla ovárica desemboca con el tiempo en sintomatología a nivel osteomuscular, cardiovascular, genitourinario, neuropsiquiátrica y en mayor medida a nivel vasomotor. En un periodo mayor puede producirse osteoporosis y enfermedades cardíacas (Salvador et al., 2008).

En los ovarios es donde se producen las hormonas sexuales, como son los estrógenos y progesterona. Son importantes en la fase reproductiva de la mujer. Cuando empiezan a fallar los ovarios, suelen ocurrir alteraciones en la menstruación (Capote et al., 2011). Estas menstruaciones irregulares son debido a los cambios en el endometrio (Hernández et al., 2018).

Por tanto, el perfil hormonal que existe en la etapa de la menopausia (Figura 7) son la presencia elevada de FSH, bajo nivel de estradiol y la casi nula o baja presencia de inhibina B y hormona antimülleriana (AMH) (SOGIBA, 2018; Ayala-Peralta et al., 2020).

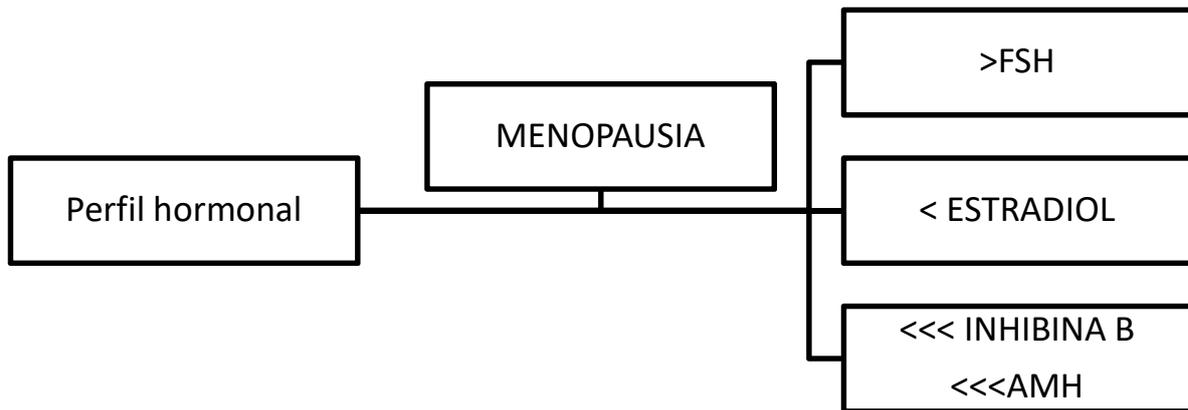


Figura 7. Perfil hormonal en menopausia (elaboración propia)

Ya desde el comienzo del climaterio (perimenopausia), algunos síntomas pueden aparecer y pueden prevalecer hasta después de la menopausia (Pimenta et al., 2012). De hecho, la perimenopausia es el momento de mayor vulnerabilidad en las mujeres a desarrollar síntomas depresivos. Esto se debe a la relación entre los estrógenos y la serotonina, uno de los neurotransmisores primarios asociados con la regulación del estado de ánimo (Gibbs et al., 2013). Entre los más comunes, la mujer climatérica (o menopaúsica) suele padecer sofocos, dolor en las articulaciones, trastornos del sueño, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, fatiga y disminución de la libido (García-Moñino, 2017). A nivel cutáneo, destacamos la aparición de arrugas y pérdida de vello en algunas zonas como puede ser en pubis y axila. Cabe destacar la caída de cabello durante esta etapa de la vida (Fernández-Hernández, 2011). Esta manifestación

de falta de estrógenos en la piel origina una disminución de la producción de colágeno desfavoreciendo la hidratación de la misma. Todo ello ocasiona que la piel tenga un aspecto más frágil, con la consecuente aparición de las arrugas, haciéndose más visible alrededor de la boca, ojos y en el cuello. Esto contribuye a una pérdida de elasticidad en la piel, por envejecimiento (Hernández et al., 2018). Estos cambios influyen en la autoimagen de la mujer que puede desencadenar en alteraciones emocionales y baja autoestima (Capote et al., 2011).

Durante el transcurso a la menopausia, la mujer que ha rebasado los 40 años, presenta un descenso de estradiol y de inhibina (Carvajal-Lohr et al., 2016). Palmer-Pérez et al. (2019) informan que, durante la menopausia, el estrógeno más abundante es la estrona, mientras que el estradiol lo es en fase reproductiva. Conforme avancen los años en la vida de la mujer, tanto el número como la calidad de los folículos ováricos van a ir decreciendo hasta llegar a un hipoestrogenismo debido a la falla ovárica (Carvajal-Lohr et al., 2016)

Este hipoestrogenismo es la causa principal de la ganancia ponderal en menopausia, pudiendo dar lugar a obesidad. Además del hipoestrogenismo como factor que impulsa el aumento de peso, hay que tener en cuenta que, en esta etapa, existe una disminución del gasto energético y un aumento de la ingesta de alimentos (De Paz et al., 2006). El hipoestrogenismo también actúa como un desencadenante en enfermedades crónicas, a la vez que origina una desprotección en menopausia frente a enfermedades cardiovasculares e incluso a el cáncer (Palmer-Pérez et al., 2019).

Los niveles de estrógenos y progesterona se reducen en la menopausia, como hemos visto anteriormente. El envejecimiento ovárico repercute en la finalización de la etapa reproductiva. Además, incide en la producción de inhibina, andrógenos, progesterona y estrógenos. Los niveles bajos de esteroides sexuales ocasionan cambios a nivel de tejido estrógeno-dependiente, efecto

metabólico, hematológico y cardiovascular. Por tanto, la disminución de hormonas ováricas influye en el eje hipotálamo-hipofisario (Hernández et al., 2006). Estos cambios producidos a nivel del hipotálamo-hipofisario, dan lugar a una pérdida de ciclos reproductivos por el fallo ovárico (Lugones et al., 1997).

El ovario durante el climaterio es un ovario sin ciclo, al no producirse la maduración de los folículos. No existen estrógenos ni inhibina, tampoco progesterona pero en cambio existe un aumento de la LH. En el ovario durante el climaterio por tanto, deja de formarse estradiol y progesterona para formar testosterona y androstendiona. La ausencia de feedback estrogénico a través del hipotálamo hace que se dispare la hipófisis, aumentando la LH, como hemos mencionado y la FSH. Los niveles de la hormona folículoestimulante (FSH) de 30 UI/L es el límite que define la pérdida de la función ovárica (Hernández et al., 2006; Hernández et al., 2018). Esto es una señal de envejecimiento en la función reproductiva, El aumento de FSH y de LH caracterizan el estradiol hipergonadotrópico, que es característico de la postmenopausia (Lugones et al., 1997).

Las mujeres menopáusicas obesas presentan una exposición a estrógenos considerable. Esto se debe a la fabricación extraglandular de estrógenos que se originan a partir de precursores androgénicos en suprarrenales, en tejido adiposo. Las mujeres obesas postmenopáusicas tienen mayor probabilidad de sufrir cáncer de mama, pero en cambio tienen menor pérdida de masa ósea (Hernández et al., 2006).

Para concluir este apartado sobre los cambios hormonales en menopausia, es necesario identificar qué hormonas participan en cada fase del climaterio y en qué niveles oscilan. En premenopausia temprana además de lo que se ha mencionado anteriormente, los valores de inhibina B disminuyen, la FSH alcanza valores mayores de 10 UI/mL, aumentando el estradiol y dando lugar a polimenorreas. En la perimenopausia inicial, disminuye la inhibina A y estrógenos y el valor de la FSH puede oscilar entre 10 a 30 mUI/mL y se

producen oligomenorreas. En la perimenopausia, un año antes, los estrógenos disminuyen y la FSH aumenta, produciendo ciclos menstruales mayores de tres meses. En la perimenopausia avanzada, se produce hipoestrogenismo y la FSH es mayor de 40 mUI/mL, produciéndose amenorrea más de un año, llegando a la menopausia (Pa Rez et al., 2011).

Cuando comienza la menopausia, los niveles de la hormona encargada de regular la producción de la hormona foliculoestimulante (FSH) llamada inhibina (Figura 8), son bajos. Esto contribuye a que los niveles de estradiol tengan un pequeño descenso. En este punto es cuando los ciclos menstruales son de menor duración (Torres-Jiménez et al., 2018).

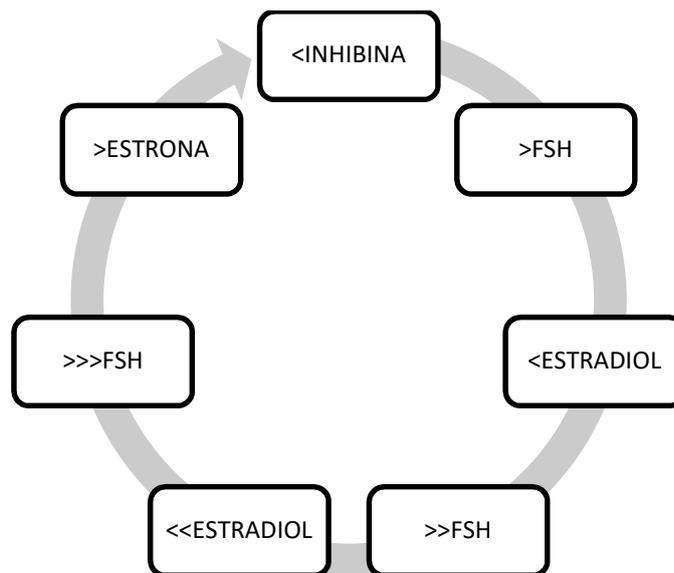


Figura 8. Hormonas que abarcan la menopausia (adaptación de Torres-Jiménez et al., 2008)

Debido a la bajada casi imperceptible de los niveles de estradiol, incrementan los niveles de la hormona foliculoestimulante (FSH) ocasionado por el estrechamiento de los folículos ováricos, produciendo un descenso de la síntesis de hormonas sexuales de estrógenos, en concreto del estradiol. Esto provoca una retroalimentación negativa a nivel hipotalámico (Figura 9), liberando de esta

manera la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). De esta manera, la adenohipófisis se percata y libera hormona foliculoestimulante (FSH). (Torres-Jiménez et al., 2008).

La hormona luteinizante (LH) y la hormona foliculoestimulante (FSH) son liberadas por la hipófisis (Figura 9). Esto provoca la estimulación de los folículos ováricos, produciéndose estrógenos y progestágenos. Estos son liberados a la sangre, para que lleguen al órgano diana (Torres-Jiménez et al., 2008).

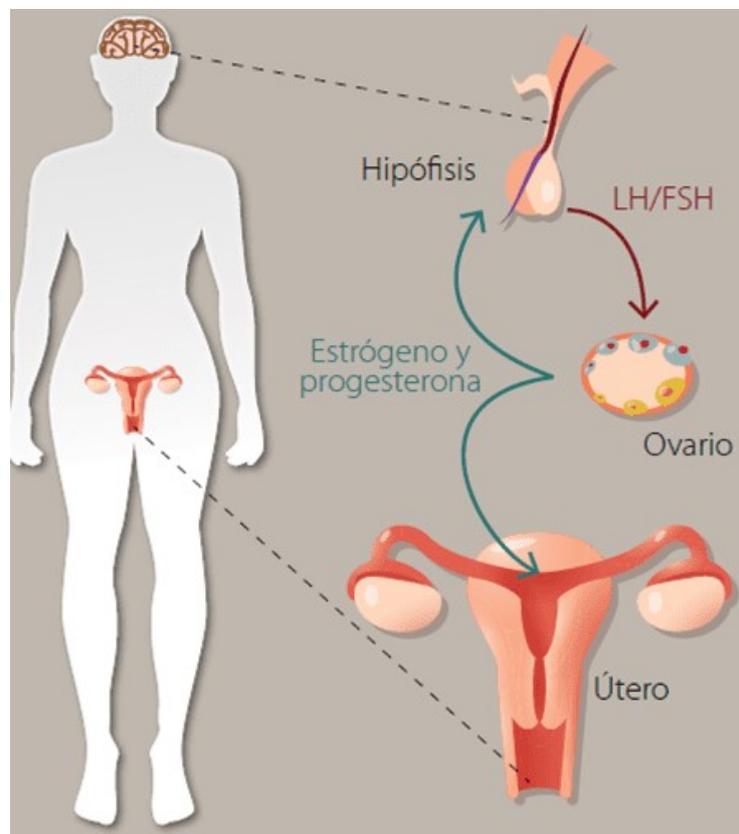


Figura 9. Eje hipotálamo-hipófisis-ovario Torres-Jiménez et al., 2008.

Las mujeres menopáusicas obesas presentan una exposición a estrógenos considerable. Esto se debe a la fabricación extraglandular de estrógenos que se originan a partir de precursores androgénicos en suprarrenales en tejido adiposo. Las mujeres obesas postmenopáusicas tienen mayor probabilidad de sufrir

cáncer de mama, pero en cambio tienen menor pérdida de masa ósea (Hernández et al., 2006).

En premenopausia temprana además disminuye la inhibina B, la FSH es mayor de 10 UI/mL y aumenta el estradiol, produciendo polimenorreas. En la perimenopausia inicial, disminuye la inhibina A y estrógenos y el valor de la FSH (Hormonas folículoestimulante) es de 10 a 30 mUI/mL y se producen oligomenorreas. En la perimenopausia avanzada, un año antes, los estrógenos disminuyen y la FSH aumenta, produciendo ciclos menstruales mayores de tres meses. En la perimenopausia avanzada, se produce hipoestrogenemia y la FSH es mayor de 40 mUI/mL, produciéndose amenorrea más de un año, llegando a la menopausia (Pa Rez et al., 2011).

Los identificadores que pueden ayudar a diagnosticar la menopausia es la edad de la mujer y las características de su sangrado menstrual. La transición menopáusica temprana se caracteriza por presentar irregularidades en el sangrado menstrual, como son sangrados ocasionales. Además, se puede producir inflamación o sensación de hinchazón y/o sensibilidad muy pronunciada a nivel de las mamas. Los niveles de inhibina B, AMH y progesterona son bajos y la LH normal, aumentando la FSH (Figura 10) (Morato et al., 2006; Torres-Giménez et al., 2018)

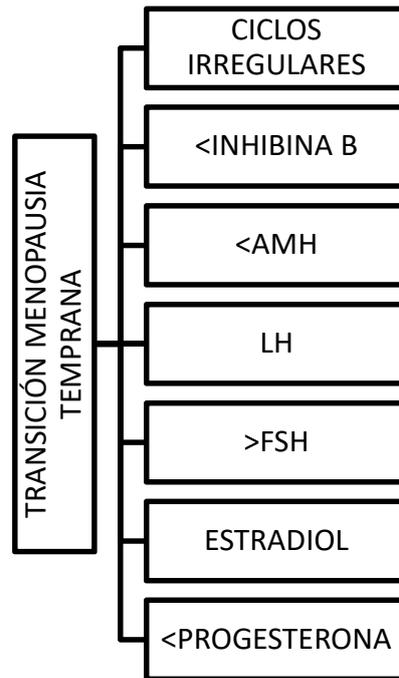


Figura 10. Variaciones endocrinas en la transición menopáusica temprana

La fase tardía de la transición menopáusica (Figura 11) se caracteriza por mayores irregularidades en sangrado menstrual, donde la inhibina B y el estradiol son variables; la progesterona y la AMH son bajas, la LH es normal y la FSH es alta. Esta etapa presenta agotados los folículos ováricos (Torres-Giménez et al., 2018).

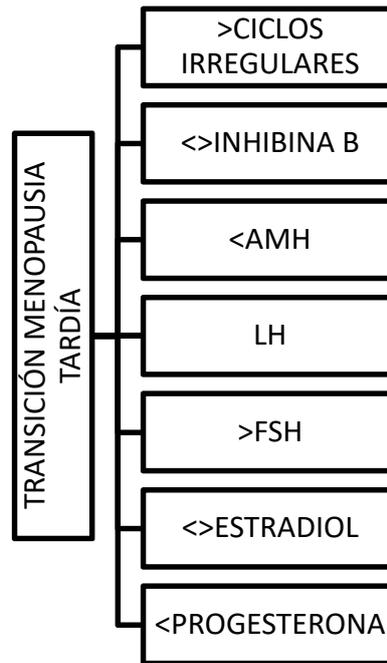


Figura 11. Variaciones endocrinas en la transición menopáusica tardía

En la etapa de postmenopausia (Figura 12) no existe periodos menstruales, los folículos permanecen agotados y hay un aumento de andrógenos por estimulación de la LH y la FSH se mantiene alta. La LH sigue manteniéndose en valores normales junto con la progesterona baja, mientras que el estradiol aparece en niveles muy bajos.

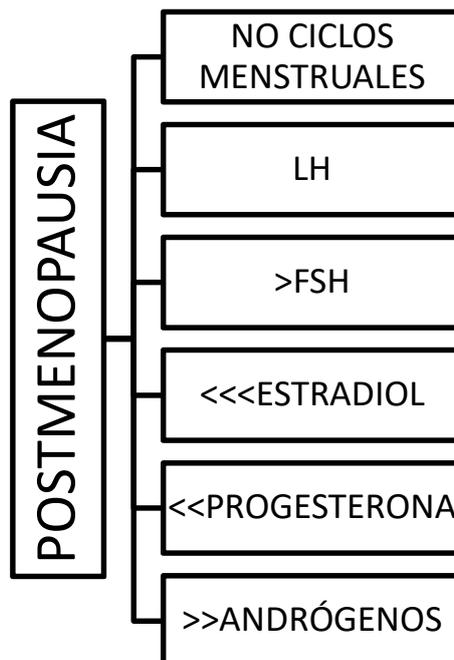


Figura 12. Variaciones endocrinas en la postmenopausia

2.2.3. Sintomatología asociada a la menopausia y escala MRS (*Menopause Rating Scale*)

El cese del funcionamiento ovárico que ocurre al llegar la menopausia, pueden dar lugar a ciertos síntomas que se engloban en tres categorías, como son los síntomas somato-vegetativos, los síntomas psicológicos y los síntomas urogenitales (Ortega et al., 2022). Estos síntomas van recogidos en una herramienta llamada Menopause Rating Scale (MRS) (Figura 13). La escala MRS es un recurso que mide el alcance de los síntomas concernientes a la menopausia. Esta herramienta, elaborada como un cuestionario, está constituida por 11 manifestaciones clínicas, englobadas en las tres categorías nombradas en el párrafo anterior (Fuentes-Solís et al., 2020). La escala MRS permite a las mujeres valorar el nivel de molestia para cada uno de los 11 síntomas que aparecen en la escala MRS (Figura 13).

<p>Con el objeto de conocer sus molestias climáticas le solicitamos responder el siguiente cuestionario marcando el casillero correspondiente. ¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?</p>	
<p>Tipo de molestia. (Marque la casilla pertinente de cada molestia con una "X". Ejemplo, marque en casilla 0 cuando "no tiene molestia" y en la casilla 1 a la 4 según como sienta la intensidad de la molestia).</p>	¿Cómo son sus molestias?
	<p>No siente molestia Siente molestia leve Siente molestia moderada Siente molestia importante Siente demasiada molestia</p>
	<p> 0  1  2  3  4</p>
1. Bochornos, sudoración, calores.	
2. Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho).	
3. Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).	
4. Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).	
5. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir).	
6. Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).	
7. Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).	
8. Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse).	
9. Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menos satisfacción sexual).	
10. Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina).	
11. Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales).	

Figura 13. Cuestionario de evaluación de la escala Menopause Rating Scale (MRS) traducida al castellano. Fuente: Aedo et al. (2006).

Varios estudios informan sobre la sintomatología asociada a cada categoría dentro de la escala MRS (Figura 13). La categoría somato-vegetativa incluye síntomas como bochornos, sudoración y calores; molestias al corazón como palpitaciones, opresión en el pecho y sentir latidos en el corazón; dificultades en el sueño como insomnio o dormir poco, así como molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos). La categoría psicológica engloba estado de ánimo depresivo, como es sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar y sin ganas de vivir; irritabilidad (sentirse tensa,

explota fácil, sentirse rabiosa); ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico); cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse. Por último, la categoría urogenital, como son los problemas sexuales (menos ganas de sexo, menos ganas de relacione sexuales, menos satisfacción sexual); problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina); sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales) (Figura 13) (Caicedo et al., 2010; Fuentes-Solís et al., 2020).

En el cuestionario de la escala MRS, la categoría somato-vegetativa comprende los ítems 1-4; la categoría psicológica comprende los ítems 5-8 y la categoría urogenital comprende los ítems 9-11) (Figura 13). El valor que puede darle la paciente a cada ítem va desde 0 a 4, indicando, de manera progresiva, molestias ocasionadas en cada uno de los síntomas: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderada), 3 (severa) y 4 (muy severa). La puntuación de cada categoría es el resultado de la suma de los ítems que la comprenden. Posteriormente, la suma de las tres categorías será lo que determine el resultado total de la escala MRS de cada mujer climatérica (Fuentes-Solís et al., 2020).

2.2.3.1. Síntomas somato-vegetativos

Los síntomas somato-vegetativos son cuatro (Figura 13), como se ha comentado en el apartado anterior. En el cuestionario de la escala MRS, Acedo (2006) los describe de la siguiente forma: (i) Bochornos, sudoración y calores; (ii) molestias del corazón (cambios inusuales en el latido del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho); (iii) problemas de sueño (insomnio, duerme poco); (iv) molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).

Los bochornos son debidos al déficit de estrógenos al actuar sobre la hipófisis (Ruiz-Rodríguez et al., 2020). Es uno de los signos más comunes de la pérdida de producción hormonal en ovarios. Tanto los bochornos como la sudoración nocturna pueden originarse antes de la desaparición de la menstruación, sobre todo los días antes de que aparezca la regla (Capote et al., 2011).

Estos bochornos y sudoración nocturna son debidos a un desequilibrio en la función de unas estructuras del sistema nervioso que regulan la temperatura y vasos sanguíneos, Es por ello, el llamarles a los bochornos y a la sudoración nocturna, síntomas vasomotores (Capote et al., 2011).

Capote et al. (2011) informan que los bochornos no son graves, pero sin embargo si son molestos e incómodos, hasta tal punto de disminuir la calidad de vida de la mujer. Esto repercute en sus ámbitos, tanto social, como laboral y personal. La duración del bochorno puede oscilar entre 30 segundos y 5 minutos. Se origina como un golpe de calor, sobre todo en tórax, cara y cuero cabelludo. Va acompañado de enrojecimiento de la piel, iniciándose una sudoración que termina en escalofrío. Los bochornos pueden ir acompañados de otros síntomas como taquicardia y palpitaciones. Ruiz-Rodríguez et al. (2020) sugieren que dependiendo de la intensidad, puede aparecer también sensación de pánico.

Los bochornos también pueden aparecer con irritabilidad, depresión, dolores articulares, insomnio, fatiga, vértigo y pérdida de la libido, influyendo en la calidad de vida de la mujer. Por tanto, se está investigando si los bochornos son los que originan estos síntomas mencionados. Existen unos factores que influyen en la aparición de bochornos como la edad de la menarquía, el historial de ciclos irregulares, consumo de alcohol y tabaco; ejercicio y obesidad (Ruiz-Rodríguez et al., 2020).

Los síntomas vasomotores se producen debido al descenso de estrógenos que provocan la inestabilidad de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) con aumento de serotonina y sus receptores hipertérmicos del centro termorregulador que originan golpes de calor. Este descenso de estrógenos también provoca la producción a nivel del hipotálamo de opiodes, sobre todo beta-endorfinas y noradrenalina, produciendo o dando una desestabilización del centro termorregulador. Esto unido a una regulación del tono vascular periférico conlleva a una sudoración nocturna junto a palpitaciones y ansiedad, Por tanto, los síntomas vasomotores como son los bochornos y sudores nocturnos pueden desencadenar irritabilidad, trastornos del sueño y baja calidad de vida. Este conjunto de síntomas vasomotores es sufrido por el 60-80% de mujeres durante la menopausia (Anzoategui et al., 2015).

Los bochornos son un trastorno en la termorregulación central por la disminución de estrógenos que provoca a nivel hipotálamo-hipófisis, la alteración de distintos neurotransmisores hipotalámicos, como las catecolaminas, endorfinas y dopamina que estimulan, en primer lugar, el centro termorregulador. Esto hace que exista un aumento de la temperatura corporal, acompañada de una vasodilatación y sudoración. Y, en segundo lugar, activan las neuronas del núcleo, productor de gonadotropinas que es la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropinas, lo que aumenta la LH (Ruiz-Rodríguez et al., 2020).

Los bochornos son detectables con el envejecimiento ovárico que corresponde a la etapa de perimenopausia. De las mujeres postmenopáusicas, el 90% va a sufrir bochornos severos, que originarán insomnio, desencadenando alteraciones del estado de ánimo y depresión (Ruiz-Rodríguez et al., 2020).

La Sociedad Norteamericana de la Menopausia (NAMS, 2017) sugiere en un estudio realizado en Estados Unidos, que los síntomas vasomotores pueden mantenerse en el tiempo casi 8 años y se ha estudiado su asociación con el

riesgo cardiovascular, pérdida de hueso y deterioro cognitivo (NAMS, 2017; Ruiz-Rodríguez et al., 2020).

2.2.3.2. Síntomas psicológicos

Así mismo, durante el climaterio se suelen producir síntomas relacionados con malestar físico y/o psicológico, estrés, baja autoestima, insatisfacción personal y aislamiento emocional (Pérez-Roncero et al., 2013).

Los síntomas psicológicos que pueden desarrollarse en el climaterio son cuatro (Figura 13), como se ha comentado en el apartado anterior. En el cuestionario de la escala MRS, Acedo (2006) los describe de la siguiente forma: (i) Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir); (ii) Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante); (iii) Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico); (iv) Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, maña memoria, le cuesta concentrarse).

La depresión durante el climaterio está definida como un problema importante de salud, con mayor incidencia en mujeres en un rango de edad desde los 40 a los 58 años de edad (Tapia et al., 2002).

Durante la perimenopausia, la mujer es más vulnerable a desarrollar depresión (Sesma-Pardo et al., 2013). La mujer que haya tenido trastorno depresivo después del parto o en la fase premenstrual, tiene mayor probabilidad de que aparezcan síntomas depresivos en menopausia (Porqueras, 2012). Cole et al. (2003) sugieren que existen otras causas que puedan elevar la posibilidad de que aparezcan síntomas depresivos, como son la presencia de insomnio en la mujer menopáusica, así como la incapacidad física.

La vulnerabilidad que puede presentar la mujer durante esta etapa, puede agravarse cuando coinciden con el síndrome del nido vacío, es decir, con la marcha de los hijos cuando se van a estudiar fuera de casa o comienzan su primer trabajo. En esta edad de la mujer, los padres se hacen mayores y esto conlleva a la aparición de enfermedades y el posterior cuidado de sus progenitores. Incluso puede ser que llegue alguna enfermedad en la mujer. Hay que decir, que esta etapa está protagonizada por una disminución de la libido, que veremos en el siguiente apartado de síntomas urogenitales. Todo esto puede acontecer como un aspecto negativo en la mujer. Es decir, no solamente hablamos de la menopausia como un cambio fisiológico sino como un cambio emocional. (Martín et al., 2014).

Algunos estudios sugieren que, durante la menopausia, si la mujer padece sofocos o bochornos por la noche, como son los sudores nocturnos, hace que influyan en el descanso nocturno y esto contribuye a que la mujer acumule cansancio, notándose de manera muy visible en su estado de humor. Es por ello, que a veces se sienta irritabilidad o llanto fácil. Aunque también los síntomas emocionales pueden referirse a la ansiedad ocasionada por alteraciones metabólicas comunes en esta etapa de la mujer, originadas tanto del neurotransmisor serotonina como de su precursor que es el triptófano, encargados de mantener un buen estado de ánimo (Lugones, 1997)

Jadresic et al. (2009) sugieren que la depresión en menopausia puede deberse por varias causas. El primer motivo es por el descenso de estrógenos asociado a la depresión. Los neurotransmisores como la dopamina, serotonina y noradrenalina están en sus niveles óptimos debido a los estrógenos, sin embargo, cuando existe depresión, estos niveles de neurotransmisores disminuyen. A nivel cerebral, como es la hipófisis, la corteza, el sistema límbico y el hipotálamo contienen neuronas cuyos receptores son propios de los estrógenos. Con ello, se podría decir que las hormonas sexuales llamadas

estrógenos podrían intervenir de manera directa sobre el nivel anímico de la mujer durante la menopausia (McEwen et al., 1979).

McKinlay et al. (1987) estudian que la depresión es frecuente en casos de menopausia quirúrgica. Esto puede ser debido a una disminución abrupta de estrógenos. Arpels et al. (1996) informan que las alteraciones a nivel anímico y de memoria, durante la menopausia puede estar vinculado directamente con el cerebro por estar sujeto a niveles de estrógenos.

La manifestación de estos y otros síntomas, así como su severidad, están influidas por un alto número de factores. Entre ellos, algunos de los más importantes están relacionados con los hábitos en la vida de la mujer, tales como la actividad física, la alimentación y la obesidad, y el consumo de sustancias tóxicas, como alcohol y tabaco (Goberna-Tricas, 2002).

2.2.3.3. Síntomas urogenitales

Los síntomas urogenitales son cuatro (Figura 13), como se ha comentado en el apartado anterior. En el cuestionario de la escala MRS, Acedo (2006) los describe de la siguiente forma: (i) Problemas sexuales (menos ganas de practicar relaciones sexuales; menos frecuencia de relaciones sexuales; menos satisfacción sexual); (ii) Problemas con orina (problema al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina) (iii) sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales) (Aedo et al., 2016).

La transición a la menopausia, como se ha visto ya, viene acusada por un descenso de estrógenos. Esto produce una bajada de lactobacilos vaginales,

alteración del pH vaginal, incrementándolo, así como, disminución de secreciones fluidas vaginales (Ayala-Peralta et al, 2017).

Refiriéndonos al flujo vaginal en menopausia, hay que decir que es de consistencia escasa y caracterizado por ser de un tono amarillento. Este signo es debido, como hemos dicho en el anterior párrafo, a la bajada de estrógenos que concluyen en esta fase de la mujer. Esta disminución de hormonas tiene que ver con un adelgazamiento del grosor del epitelio vaginal, resultando una mucosa vaginal más expuesta a sufrir posibles síntomas como irritación, así como picor (Dennerstein et al., 2000). Todo ello confluye en una menor lubricación vaginal en menopausia.

Como consecuencia de la disminución de estrógenos en menopausia, también ocurre una modificación en el pH vaginal, como se ha comentado en el párrafo anterior, transformándose en un pH alcalino. Este cambio de pH refuerza que la vagina sea más vulnerable al desarrollo de infecciones urinarias (Rekers et al., 1999), por la exposición a patógenos y la alteración de la microbiota vaginal, siendo más susceptible de sufrir inflamación (Ayala-Peralta, 2017).

En cuanto a la vida sexual de la mujer en menopausia, puede existir un rechazo a tener relaciones sexuales como consecuencia de sufrir dispareunia, mientras que otras mujeres indican una falta de deseo sexual por la disminución de la libido (Stuenkel et al., 2015).

El tracto urinario desarrolla cambios a nivel anatómico y fisiológico. Estos cambios son debidos al descenso de estrógenos en la menopausia. Estas variaciones originan una disfunción al orinar, como son la incontinencia urinaria, aumentando la frecuencia de orinar y también disuria y/o nicturia (Ayala-Peralta et al., 2017).

2.3. Hábitos de vida

La manifestación de síntomas climatéricos, así como su severidad, están influidas por un alto número de factores. Entre ellos, algunos de los más importantes están relacionados con los hábitos en la vida de la mujer, tales como por ejemplo la actividad física, la alimentación y la obesidad, y el consumo de sustancias tóxicas, como alcohol y tabaco, entre otros (Goberna-Tricas, 2002).

2.3.1. Actividad física y ejercicio físico

En general, durante todas las etapas de la vida, es muy recomendable mantener un nivel adecuado de actividad física, ya que esta tiene efectos muy positivos para la salud.

El desplazamiento generado por los músculos provocando gasto de energía es el concepto definido de actividad física (González&Rivas, 2018; Medina-López et al., 2021). Dicha actividad tiene un aporte muy favorecedor tanto en sistema metabólico y sistema hormonal, entre otros. Por ello, es importante saber qué aporte tiene en la etapa fisiológica de la mujer como es el climaterio, para así sacar el mayor provecho (González&Rivas; Medina-López et al., 2021).

Para que la actividad física se traduzca en ejercicio físico debe reunir varios requisitos, como son que la actividad se realice de manera redundante, organizada y que sea programada (Avilés et al., 2022).

Medina-López et al. (2021) nos sugieren que existe una diferencia de rendimiento a nivel físico en el hombre y en la mujer. Esto es debido a las modificaciones a nivel hormonal que ocurre en la mujer alrededor de los 50 años.

La inactividad física, según la Organización Mundial de la Salud produce 3,2 millones de fallecimientos al año (WHO, 2010; González&Rivas et al., 2018).

Avilés-Martínez et al., 2022 sugieren que el ejercicio físico posee numerosos beneficios sobre el equilibrio, a nivel muscular, así como en reflejos, en la memoria, en prevención de enfermedades cardiovasculares, prevención de caídas, entre otras. Todo ello repercute en una mejora en la calidad de vida de la mujer, no solamente a nivel físico, sino que también contribuye a nivel emocional.

De hecho, las personas que realizan actividad física tienen tres veces menos riesgo de padecer enfermedades coronarias, en comparación con las personas sedentarias, y además suelen presentar una mejor ratio de masa muscular y tejido graso (Sánchez-Cánovas, 1996). Así mismo, un gran número de estudios señalan la relación del aumento de masa ósea con la práctica del ejercicio físico (e.g. Dilsen et al., 1991; Zylstra & Hopkins, 1989). El ejercicio físico también contribuye al bienestar psicológico, ya que mejora la funcionalidad, la autoestima, y la actividad física (Flores-Álvarez & Chulvi-Alabort, 1997). En este sentido, es interesante señalar que en mujeres menopáusicas, la actividad física alta (>2 horas/día) se relaciona con un alto consumo de verdura, legumbres y hortalizas, mientras que la baja actividad (<2 horas/día) se asocia a un alto consumo de alcohol (Úbeda et al., 2007). La práctica del ejercicio físico promueve la secreción de endorfinas, lo que se asocia a un aumento del umbral de dolor (Pedrajas-Navas & Molino-González, 2008). Además, Sánchez-Cánovas (1996) expuso que los programas de ejercicio físico fomentan que las personas de mediana edad disminuyan el consumo de fármacos tales como antidepresivos y ansiolíticos.

En mujeres de mediana edad, el ejercicio físico es recomendable, ya que promueve efectos hemodinámicos positivos, disminuye la frecuencia cardíaca en reposo y el tono simpático, previniendo o reduciendo problemas relacionados con la hipertensión (Goberna-Tricas, 2002). Varios estudios han señalado los beneficios que el ejercicio genera de forma particular en mujeres durante el climaterio. Por ejemplo, Kim et al. (2014) observaron que la práctica regular de ejercicio físico contribuye a preservar masa muscular, incrementar la flexibilidad de las articulaciones, reducir síntomas somáticos, y en general, puede contribuir a generar una sensación de bienestar durante el climaterio. Un estudio prospectivo realizado con mujeres rurales señaló que un entrenamiento de 60 minutos, practicado tres veces por semana, redujo algunos síntomas climatéricos, y en general contribuyó a mejorar la calidad de vida de las participantes en el estudio (Dabrowska et al., 2016). Otro estudio similar, realizado con mujeres de la ciudad de Linköping (Suecia), sugirió que la práctica repetida semanalmente de un programa de entrenamiento físico redujo notablemente la aparición de sofocos y sudoración excesiva en mujeres menopáusicas (Hammar et al., 1990). El ejercicio físico se debe realizar de forma moderada, regular, y continuada a lo largo del tiempo. Es aconsejable practicarlo al menos dos o tres veces a la semana, en sesiones de aproximadamente 30 minutos. No se recomienda realizar ejercicios muy intensos, procurando mantener pulsaciones por debajo de 120-130 por minuto (Danforth, 2000).

Torres-Pascual et al., 2018 sugiere que el ejercicio físico durante la menopausia aporta beneficios fortaleciendo los músculos, ayuda a la estabilidad de la mujer durante este periodo, incidiendo en la prevención de caídas y, por consiguiente, fracturas óseas como es la de cadera. Además, la actividad física puede llegar a paliar el posible insomnio que esté presente en la mujer, aportando un mayor descanso nocturno, beneficiando así el estado de ánimo de la mujer. Sin embargo, la magnitud o la potencia con la que se ejerza la actividad física en menopausia puede llegar a desarrollar una menopausia antes de tiempo, como es la precoz, si la magnitud del ejercicio físico es de un nivel alto, mientras que la mujer que lo realice de manera leve, puede concluir en una menopausia más tarde de la natural, es decir, una menopausia tardía.

A largo plazo, la mujer menopáusica puede desarrollar enfermedades como la osteoporosis al llegar la postmenopausia. Por ello Gutiérrez et al. (2004), señalan lo importante que es una dieta que aporte en la alimentación tanto vitamina D como lácteos, por su aporte en calcio. Por tanto, debe ir vinculada la dieta al ejercicio físico para potenciar así su prevención a la aparición de osteoporosis, preservando la masa ósea de la mujer durante esta etapa. Merino (Laporta-Merino, 2019) indica que el ejercicio osteogénico es primordial, si queremos beneficiar la densidad mineral ósea de la mujer en menopausia.

La disminución de masa ósea junto con el desgaste microestructural que se llega a producir en el tejido óseo, predisponen a la mujer a exponerse a fracturación óseas, por existir una debilidad en el hueso a esta edad (Gómez-Calcerrada et al., 2006).

2.3.2. Sustancias tóxicas

El consumo de sustancias denominadas “tóxicas” (e.g. alcohol, tabaco, drogas) pueden provocar efectos negativos especialmente en mujeres de mediana edad, como la aceleración del envejecimiento y el inicio de la menopausia, así como el aumento de las patologías y sintomatologías asociadas (García-Moñino, 2017). Por lo tanto, el consumo de sustancias tóxicas se debe siempre evitar, particularmente durante el climaterio.

2.3.2.1. Tabaco

El consumo de tabaco en España entre mujeres está extendido, dándose, en el año 2017, en un 35,8% de las mujeres de entre 15 y 64 años (EDADES, 2018). Los datos de otra encuesta realizada el mismo año sobre consumo y exposición

al tabaco señalan que un 30% de las mujeres españolas entre 45 y 54 fuman a diario, siendo este rango de edad el que alcanza el máximo valor de todos (INE, 2020). El efecto perjudicial del tabaco está ampliamente documentado, ya que contiene más de 4.000 sustancias químicas, de los cuales 40 tienen una alta toxicidad (Goberna-Tricas, 2002). El tabaco puede originar una serie de efectos negativos en la salud de los fumadores, como por ejemplo, hipoxia en el cerebro y el aparato cardiovascular, y su consumo se asocia al cáncer de boca, pulmón, vejiga urinaria, laringe y esófago (Caballero-Gordo, 1997).

En mujeres de mediana edad, el tabaco puede acelerar el inicio de la menopausia, y este efecto es proporcional al consumo. Además, puede producir más síntomas asociados al climaterio (Caballero-Gordo, 1997). Algunos estudios señalan que el tabaquismo aumenta el metabolismo de estrógenos, lo que favorece el desgaste óseo y osteoporosis, que en última instancia produce una pérdida de masa ósea y efectos negativos para la columna vertebral y el radio distal (García-Moñino, 2017). Además, el consumo de tabaco se asocia al de otros hábitos no saludables. Por ejemplo, un estudio realizado en España en mujeres menopáusicas asociaba altos niveles de tabaquismo a una mayor ingesta de bebidas alcohólicas, y, por el contrario, no consumir tabaco con mejores hábitos alimentarios (Úbeda et al., 2007).

2.3.2.2. Alcohol

Una encuesta realizada en España en 2017 indica que el 69,2% de las mujeres de entre 15 y 64 años consumen alcohol, siendo la cerveza (48,2%), el vino (26,1%) y los combinados (17,4%) las bebidas alcohólicas más populares (EDADES, 2018). El consumo de alcohol en España, sobre todo de cerveza y vino, está muy extendido, y en parte se ha popularizado y fomentado por motivos culturales y sociales.

Los efectos de la ingesta de alcohol afectan proporcionalmente más a las mujeres que a los hombres, debido a la mayor capacidad de absorción y eliminación más lenta del mismo en mujeres (Caballero-Gordo, 1997). Además, el alcohol en sangre se distribuye más lentamente en los tejidos de la mujer, debido al mayor contenido de lípidos en relación al contenido de agua, en comparación con el hombre; además, esta proporción aumenta gradualmente con la edad (Caballero-Gordo, 1997).

Es interesante resaltar que algunos estudios indican que el consumo bajo o moderado de vino puede tener efectos beneficiosos para la salud. Por ejemplo, Edwards et al. (1997) asocian algunos compuestos fenólicos presentes en el vino a la prevención de enfermedades cardiovasculares. No obstante, este estudio enfatiza que el consumo excesivo de vino puede suponer una pérdida de dichos efectos positivos.

De forma general, el consumo diario de alcohol no debe superar los 30-60 ml, ya que, a partir de este rango, los factores de riesgo superan a los beneficiosos (Generalitat Valenciana, 1992).

2.3.2.3. Drogas y automedicación

El consumo de drogas ilegales en mujeres en edad climatérica suele ser bajo, y generalmente está asociado a mujeres más jóvenes, así como al tabaquismo, la malnutrición, y las enfermedades de transmisión sexual (Caballero-Gordo, 1997). Aunque sus efectos no han sido suficientemente investigados, se considera que el consumo de drogas acelera el inicio de la menopausia.

Particularmente durante el climaterio, existen fármacos de prescripción necesarios para la salud, pero algunos pueden tener efectos colaterales muy

significativos. Además, se ha observado que la automedicación puede tener efectos negativos para mujeres de edad mediana. Determinados fármacos, como los antiácidos con aluminio, los antidepresivos, los antihipertensivos, los diuréticos y los sedantes ansiolíticos, pueden acentuar la osteopenia (Goberna-Tricas, 2002). Otros medicamentos como los tranquilizantes y las benzodiacepinas, disminuyen el deseo sexual (García-Moñino, 2017). Así mismo, el calcio farmacológico tomado en exceso puede originar hipercalcemias y nefrolitiasis (Goberna-Tricas, 2002).

2.3.3. Obesidad

El climaterio es la etapa en la que las mujeres presentan la prevalencia de obesidad más elevada. Las causas son múltiples, unas asociadas directamente al hipoestrogenismo, y otras a cambios fisiológicos y edad, que indirectamente fomentan un aumento de la ingesta, y una disminución del gasto energético (Pavón-de-Paz et al., 2006). En otras ocasiones, la mujer consume mayor cantidad de calorías por padecer ansiedad o estrés (Fernández-Hernández, 2011).

Cabe mencionar que, en España, de acuerdo a la Asociación Española de Estudio de la Menopausia (AEEM), una de cada cuatro mujeres postmenopaúsicas es obesa (AEEM, 2011). Al cese de la menstruación que caracteriza a la menopausia, le suceden una serie de cambios hormonales, algunos de los cuales están asociados a aumentos de peso y grasa corporal (Toth et al., 2000), así como a cambios en la composición corporal (Sánchez-Cánovas, 1996). Por ejemplo, los estrógenos afectan a la distribución de grasa corporal en caderas y mamas, y favorecen el flujo sanguíneo de arterias coronarias y la sensibilidad a la insulina (Navarro y Cardona, 2007).

El hipoestrogenismo moviliza el tejido adiposo hacia la zona troncal del cuerpo, y origina la pérdida gradual de protección frente a complicaciones arterioescleróticas (Wang et al., 1994). El aumento de grasa en la zona abdominal conlleva que puedan aparecer enfermedades metabólicas. La grasa abdominal, por tanto, también afectan a las relaciones sexuales de la mujer y a su calidad de vida (Rico et al., 2017). A este tipo de obesidad abdominal se la denomina obesidad tipo androide (Fernández-Hernández et al., 2011). Todos estos cambios aumentan el nivel de riesgo cardiovascular en mujeres postmenopáusicas, hasta equipararlo comparativamente al de los hombres, siendo este nivel hasta cinco veces menor durante la etapa reproductora (AEEM, 2010).

Esta es la principal razón por la que la OMS señala que las enfermedades cardiovasculares provocan el 45% de la mortalidad en mujeres mayores de 60 años (OMS, 2009). Además del riesgo en enfermedades cardiovasculares, se incrementa el riesgo en diabetes tipo II. Esto es debido a la relación que hay entre el índice de masa corporal (IMC) con la aparición de diabetes (Riobó et al., 2003)

Sin embargo, hay que señalar que la obesidad suele asociarse a otros factores de riesgo, como de tipo genético, y a un mayor consumo de grasas, tabaquismo, y altos niveles de estrés, así como a la falta de actividad física (Medialdea et al. 2015). Algunos estudios indican que la baja o nula actividad física es uno de los principales factores de riesgo para la salud, principalmente asociados a la aparición de cáncer (e.g. mama, colorrectal) y cardiopatía isquémica (Bener & Falah, 2014). Estos resultados indican que los riesgos para la salud se podrían disminuir implementando medidas para prevenir y reducir la obesidad.

2.3.4. Alimentación y dieta mediterránea

Una alimentación equilibrada mantenida desde la infancia contribuye a un estado óptimo de salud al llegar al climaterio. Una dieta adecuada durante esta etapa puede prevenir el desarrollo de problemas como la obesidad, la osteoporosis, y los problemas digestivos (Goberna-Tricas, 2002).

Así mismo, los hábitos alimentarios saludables son buenos para mantener la salud mental (Parletta et al., 2013). No obstante, un estudio realizado en España acerca de la alimentación en mujeres de mediana edad señala que las participantes (un 79% presentaba la menopausia) consumían proteínas, colesterol y calorías en exceso, lo que podría tener consecuencias negativas para su salud (Úbeda et al., 2007).

En 2010, la UNESCO declaró el modelo de dieta mediterránea (DM) como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad (Pérez-López et al., 2013). La dieta mediterránea se distingue por ser “un conjunto de habilidades, conocimientos, prácticas y tradiciones que van desde el paisaje hasta la mesa” (Varela-Moreiras et al., 2010; Ruiz-Cabello et al., 2017).

La dieta mediterránea aporta a los organismos nutrientes en cantidades idóneas y se está estudiando en la prevención de enfermedades cardiovasculares, así como diabetes, enfermedades degenerativas e incluso los beneficios que pueda aportar a la prevención del cáncer. Carbajal-Ortega et al. 2001, contemplan la dieta mediterránea como una alimentación conveniente y sana por la amplia gama de nutrientes que ofrecen, realizando los éstos una óptima contribución en calorías para la salud.

Esta dieta se basa principalmente en la ingesta de legumbres, hortalizas, verduras, frutas, cereales, frutos secos, aceite de oliva, pescado, huevos y productos lácteos y en menor medida, consumo de carnes y grasas (Villalón et al., 2012) (Figura 14). Existen nutrientes importantes para la función cerebral,

asociados con la dieta mediterránea, como son los antioxidantes (Parletta et al., 2013).



Figura 14. Nueva pirámide de la dieta mediterránea ambientalmente sostenible
Fuente: Serra-Majem et al. (2018).

Si algo hay que destacar dentro de la dieta mediterránea, es uno de los alimentos fundamentales como es el aceite de oliva, constituido por ácido oleico y compuestos fenólicos. Debido a la presencia en el aceite de oliva de antioxidantes, se ha podido verificar los numerosos beneficios que tiene en la salud, como son en la tensión arterial y en la inflamación, entre otros (Márquez-Sandoval et al., 2008).

Es importante puntualizar que, en la Pirámide de la Dieta Mediterránea (Figura 14), además de incluir las raciones de alimentos recomendados a consumir, se debe tener en cuenta la realización de actividad física diaria, adaptada a las circunstancias de cada persona, el tiempo de descanso reparador, así como

destacar el hecho de sentarse alrededor de una mesa, no solamente para consumir alimentos sino como un momento para convivir.

En este sentido, Grao-Cruces et al. (2013) interrelaciona un mayor nivel de satisfacción personal a una mayor adherencia a la dieta mediterránea, así como a un bajo nivel de sedentarismo. Algunos estudios afirman que la dieta mediterránea tiene un papel potencialmente protector durante el climaterio, con respecto a la prevención de sintomatologías fisiológicas y psicológicas (e.g. McMillan et al., 2011; Oliveira, et al., 2014). Teniendo en cuenta las bondades que la dieta mediterránea puede representar para fomentar el bienestar y la salud de las mujeres en la menopausia, sería interesante estudiar las posibles relaciones entre la sintomatología propia del climaterio y los niveles de adherencia a la dieta mediterránea.

2.4. Factores socioeconómicos

La llegada al climaterio se produce de forma gradual y naturalmente, con el paso de los años. Sin embargo, para algunas mujeres, la valoración personal sobre su etapa climatérica puede alterar su bienestar y estilo de vida, lo que puede en última instancia dar paso a cierto nivel de insatisfacción vital (García-Moñino, 2017). En este sentido, algunos estudios señalan que la percepción de la menopausia está determinada en gran parte por dos factores socioeconómicos: la situación laboral y el nivel de estudios, y a medida que aumenta el nivel de ambos, mayor es la satisfacción vital (e.g. Dennerstein et al., 2000; Zegers-Prado et al., 2009). Adicionalmente, Castillo-Carniglia et al. (2012) relacionan la insatisfacción y pérdida de bienestar en mujeres durante el climaterio a bajos niveles socioeconómicos. Siguiendo estos resultados, García-Viniegras et al. (2003) aseguran que, durante las últimas décadas, existe una relación significativa entre el nivel de satisfacción en el trabajo y en la vida, y que, de forma similar, el desempleo se asocia a un bajo nivel de bienestar emocional.

2.5. La educación sobre el climaterio

Como se ha mencionado anteriormente, el climaterio constituye una etapa donde se producen cambios significativos a nivel físico, psicológico y social en la mujer. En algunos casos, algunos de estos cambios pueden ir asociados a un deterioro de la salud y el bienestar de la mujer. Este hecho, unido a la alta esperanza de vida que las mujeres alcanzan en los países occidentales, pone en relevancia la necesidad de fomentar la divulgación de información para mejorar la salud de este grupo poblacional.

Los programas de educación pueden promocionar hábitos de vida saludables que permitan mantener o mejorar la salud de estas mujeres. Una mujer con la información adecuada para afrontar el climaterio, está más cualificada para ocuparse de su autocuidado, y estará más preparada para establecer medidas para vivir de forma saludable los cambios provocados por la menopausia.

Bisognin et al. (2015) observaron que en general, las participantes de su estudio realizado en Brasil, disponían de poca información acerca del climaterio, y que la adquisición de conocimiento se realizaba principalmente a través de otras mujeres que ya lo habían experimentado. Estos estudios ratifican la necesidad de informar adecuadamente a las mujeres acerca del climaterio.

Sin embargo, Aguiló (2001) encontró en su estudio realizado en España, que el 50% de las mujeres encuestadas sentían que no tenían suficiente información sobre el climaterio, y que un 26% se sentían “mal informadas”. Así mismo, el 78% de las participantes del estudio anterior señalaron que sus familiares y amigos eran la fuente principal de información, y además un 98% reivindicaban la importancia de realizar campañas de información para prevenir o afrontar problemas asociados al climaterio.

Numerosos estudios han demostrado que la educación sanitaria es un elemento clave en la promoción de la salud en el climaterio. Por ejemplo, Pérez-Fernández et al. (2014) realizaron un estudio en Ourense y resaltaron la eficacia de la educación sanitaria en esta etapa, al encontrar que las mujeres que habían recibido una sesión educativa aumentaron su actividad física, la ingesta de calcio, y su exposición al sol. Otro estudio de intervención educativa realizado con mujeres perimenopáusicas en riesgo cardiovascular realizado en Galicia, encontró resultados positivos asociados a la adquisición de hábitos saludables como el ejercicio físico en las participantes (Soto-Rodríguez et al., 2017).

Por lo tanto, la educación sanitaria durante el climaterio es un elemento fundamental en la promoción de la salud. Temas como una alimentación equilibrada, la actividad física, evitar el consumo de sustancias tóxicas, o utilizar los servicios específicos de salud son algunos de los elementos básicos de la educación sanitaria para esta etapa (Goberna-Tricas, 2002).

CAPÍTULO 3:

INFLUENCIA DE HÁBITOS DE SALUD EN EL BIENESTAR EN ETAPA CLIMATÉRICA EN MUJERES DE ALMERÍA

Este capítulo ha sido publicado en la revista *Índex de Enfermería*:

Crisol-Martínez, M.M., Barceló-Mercader, M., García-Rubiño, M.E., & Crisol-Martínez, E. (2022). La dieta mediterránea y el ejercicio físico mejoran el bienestar durante la menopausia en mujeres de Almería (España). *Index de Enfermería*, e13470-e13470.

3.1. Introducción

La menopausia es el proceso que supone el final del periodo reproductor en la mujer, durante el cual se producen una serie de cambios físicos, hormonales, y emocionales, ligados al envejecimiento ovárico y pérdida gradual de su función (Rindner et al., 2017). Durante este periodo de transición se suceden una serie de cambios fisiológicos que suelen producir una inestabilidad del equilibrio funcional, desencadenando desviaciones patológicas comúnmente denominadas como “síndrome climatérico” (Lugones-Botell et al., 2001). Además de irregularidades en el ciclo menstrual, pueden desarrollarse síntomas de carácter somático-vegetativo, urogenital, y psicológico, que impactan significativamente en la calidad de vida de la mujer (Buckler et al., 2005). La sintomatología menopáusica se puede estimar mediante la escala MRS (*Menopause Rating Scale*), un cuestionario de autoevaluación que otorga un valor numérico a cada síntoma menopáusico (Heinemann LAJ et al., 2003). Esta herramienta permite estimar de forma práctica, rápida y eficaz, la calidad de vida de la mujer en distintas fases de la menopausia (Schneider et al., 2000).

La manifestación de síntomas menopáusicos, así como su severidad, están influidos por un alto número de variables a nivel biológico, social y psicológico, que repercuten en su salud y bienestar (Lugones-Botell et al. 2001; Pérez-Roncero et al., 2013). Además de variables sociodemográficas, varios estudios señalan que los hábitos de vida y rutinas diarias, particularmente aquellos ligados a la salud y alimentación, pueden influir de forma significativa en la manifestación de síntomas asociados al climaterio (García-Moñino et al., 2017; Goberna-Tricas et al., 2002). Por lo tanto, es importante discernir y estudiar a fondo las variables que potencialmente fomenten el bienestar y la salud de las mujeres que atraviesan esta etapa. Además, algunos síntomas pueden aparecer a lo largo del climaterio, y prevalecer hasta después de la menopausia (Pimenta et al., 2012). En este sentido, es importante contrastar síntomas y posibles variables relacionadas entre distintas fases de menopausia. El objetivo de este estudio, realizado en Almería (España), es detectar diferencias en variables

sociodemográficas y de hábitos de vida entre mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas, e identificar qué variables están asociadas a la sintomatología menopáusica.

3.2. Métodos

3.2.1. Diseño y población

Se realizó un estudio observacional de cohorte transversal. Primeramente, se procedió a obtener una población adecuada para llevar a cabo el mismo. Se realizó un anuncio público a la participación voluntaria de mujeres de mediana edad en el mismo, a través de carteles y anuncios situados en varios centros en la ciudad de Almería, frecuentados regularmente por mujeres de mediana edad (e.g. gimnasios, Centro de la Mujer, Universidad de Almería). En concreto, los criterios de inclusión al estudio se restringieron a mujeres de entre 45 y 60 años, residentes en la provincia de Almería, y que no tuviesen diagnosticado depresión. Los anuncios estuvieron colgados desde 2015 a mediados de 2016, aproximadamente. En total, se obtuvo una población de 130 mujeres participantes. Cada participante fue individualmente informada sobre las características y objetivos del estudio, y firmó voluntariamente un consentimiento de participación. Así mismo, el estudio fue aprobado por la Comisión de Bioética de Investigación Humana de la Universidad de Almería.

3.2.2. Cuestionarios para la toma de datos

Se realizó una colección de datos sobre cada una de las participantes. Se utilizó un cuestionario sobre variables sociodemográficas: edad, nivel de estudios (primarios, secundarios o universitarios), situación laboral (trabaja o no trabaja), nivel profesional, definido en base a primer y segundo tercil de ingresos mensuales (bajo: < 910 €; medio: 910-1880 €; alto: >1880 €), lugar de residencia

(urbano o rural) estado civil (con o sin pareja estable), número de hijos, talla y peso. Con los datos de talla y peso se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), para determinar el nivel de obesidad (Navarro-Despaigne et al., 2017). Así mismo, se incluyeron en este cuestionario preguntas para determinar los hábitos de vida de cada participante (e.g. consumo de alcohol, tabaquismo, horas semanales destinadas a la actividad física). Además, se realizó el cuestionario KIDMED, que permite saber la adherencia de cada participante a la dieta mediterránea (García-Messeguer et al., 2014). Se utilizó la escala STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop), para dividir a las participantes en dos grupos, premenopáusicas ('Pre') y postmenopáusicas ('Post'), siendo estas últimas aquellas que llevaban al menos un año desde la última menstruación (García-Moñino et al., 2017; Soules et al., 2001). También se realizó el cuestionario de la escala de la valoración de la menopausia "Menopause Rating Scale (MRS)" (adaptado al castellano) con objeto de evaluar la severidad de los síntomas relacionados con la menopausia, agrupados en tres subescalas de síntomas: somático-vegetativos, psicológicos, y urogenitales (Heinemann et al., 2003).

3.2.3. Análisis estadísticos

Se analizaron diferencias significativas entre ambos grupos de mujeres ('Pre' y 'Post') para cada una de las variables. Para las variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student. Para aquellas variables que no seguían una distribución normal, así como para las variables categóricas, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney -Wilcoxon. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar y las variables categóricas, en frecuencia y porcentaje.

Se calcularon modelos de regresión lineales para identificar aquellas variables que mejor predijeran los síntomas de la menopausia (MRS) somático-vegetativos, psicológicos, urogenitales y totales. Para integrar las variables categóricas con más de dos categorías en los modelos, se crearon variables dummy dicotómicas. Para evitar problemas de colinealidad, todas las variables altamente correlacionadas entre si ($R^2 \geq 0,7$ Spearman) se eliminaron, dejando

solo una ('edad', en lugar de 'STRAW' y 'peso'; 'fumar' (dicotómica) en lugar de 'número de cigarrillos'; 'alcohol' (dicotómica) en lugar de 'número de copas'). En todos los análisis, los supuestos de normalidad y homocedasticidad se comprobaron para cada variable con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y el estadístico de Levene, respectivamente. Para los análisis, se fijó un nivel de significancia (α) de 0,05. Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS v. 22.

3.3. Resultados

Con relación a las variables sociodemográficas, las mujeres posmenopáusicas obtuvieron valores significativamente más altos que las premenopáusicas de edad ($P = 0,001$) e IMC ($P = 0,04$) (Tabla 1). Así mismo, en el grupo de mujeres postmenopáusicas se observó un porcentaje significativamente mayor sin pareja estable, en comparación con el de las premenopáusicas ($P = 0,013$) (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la población estudio, así como de los grupos de mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas, y diferencias estadísticas (valor P) entre ambos grupos.

Variable	Población total (n = 130)	Premenopáusicas (n = 83)	Postmenopáusicas (n = 47)	Valor P
Edad	49,95 ± 4,23	47,67 ± 2,57	53,96 ± 3,57	0,001
Peso	64,5 ± 9,21	63,44 ± 9,1	66,36 ± 9,2	0,083
Talla	163,77 ± 5,78	164,02 ± 5,89	163,32 ± 5,59	0,506
IMC	24,08 ± 3,41	23,62 ± 3,34	24,9 ± 3,41	0,04
Nivel de estudios				0,836
Primarios	2 (1,54)	1 (1,2)	1 (2,13)	
Secundarios	30 (23,08)	19 (22,89)	11 (23,40)	
Universitarios	98 (75,38)	63 (75,90)	35 (74,47)	
Situación laboral				0,971
Trabaja	116 (89,23)	74 (89,16)	42 (89,36)	
No trabaja	14 (10,77)	9 (10,84)	5 (10,64)	
Nivel profesional				0,147
bajo	2 (1,54)	1 (1,20)	1 (2,13)	
medio	65 (50,00)	46 (55,42)	19 (40,43)	
alto	63 (48,46)	36 (43,37)	27 (57,45)	
Lugar de residencia				0,227
Rural	14 (10,77)	11 (13,25)	3 (6,38)	
Urbano	116 (89,23)	72 (86,75)	44 (93,62)	
Estado civil				0,013
Sin pareja	31 (23,85)	14 (16,87)	17 (36,17)	
Con pareja	99 (76,15)	69 (83,13)	30 (63,83)	
Número de hijos	1,68 ± 0,96	1,67 ± 0,92	1,7 ± 1,04	0,877

No se observaron diferencias significativas en ninguna de las variables relacionadas con hábitos de vida (Tabla 2). Las mujeres posmenopáusicas se encontraban en una etapa climaterica (STRAW) significativamente mayor que las menopáusicas ($P = 0,001$). Además, las mujeres postmenopáusicas mostraron una severidad significativamente mayor, según la escala MRS, en los síntomas totales ($P = 0,001$), somático-vegetativos ($P = 0,001$), y urogenitales ($P = 0,003$), en comparación con las mujeres premenopáusicas (Tabla 3).

Tabla 2. Hábitos de vida de la población estudio, así como de los grupos de mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas, y diferencias estadísticas (valor P) entre ambos grupos.

Variable	Población total (n = 130)	Premenopáusicas (n = 83)	Postmenopáusicas (n = 47)	Valor P
Ejercicio físico semanal (horas)	3,08 ± 2,79	3,06 ± 2,65	3,13 ± 3,04	0,895
Consumen alcohol				0,266
Sí	69 (53,08)	41 (49,40)	28 (59,57)	
No	61 (46,92)	42 (50,60)	19 (40,43)	
Nº bebidas semanales	2,19 ± 3,1	2,01 ± 3,12	2,51 ± 3,06	0,38
Fuman				0,508
Sí	29 (22,31)	17 (20,48)	12 (25,53)	
No	101 (77,69)	66 (79,52)	35 (74,47)	
Nº cigarrillos diarios	2,42 ± 5,58	2,12 ± 5,37	2,96 ± 5,95	0,413
Adherencia dieta Mediterránea	7,79 ± 1,88	7,59 ± 1,91	8,15 ± 1,79	0,104

Tabla 3. Etapa climatérica y sintomatología de la población estudio, así como de los grupos de mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas, y diferencias estadísticas (valor P) entre ambos grupos.

Variable	Población total (n = 130)	Premenopáusicas (n = 83)	Postmenopáusicas (n = 47)	Valor P
Etapa climatérica (STRAW)	2,38 ± 1,33	1,46 ± 0,63	4,00 ± 0,00	0,001
MRS totales	8,18 ± 6,11	6,80 ± 5,52	10,64 ± 6,39	0,001
MRS somático-vegetativos	3,34 ± 2,96	2,54 ± 2,54	4,74 ± 3,15	0,001
MRS psicológicos	2,64 ± 2,47	2,54 ± 2,49	2,83 ± 2,45	0,526
MRS urogenitales	2,22 ± 2,31	1,73 ± 1,98	3,06 ± 2,62	0,003

Los tres tipos de sintomatologías fueron las principales variables predictoras que explicaron el incremento en los MRS totales, somático-vegetativos, psicológicos y urogenitales (Tabla 4). Además, se observó que la edad estaba directamente relacionada con el aumento de sintomatología somático-vegetativa, pero inversamente relacionada con la sintomatología psicológica (Tabla 4). Así mismo, la adherencia a la dieta mediterránea estuvo inversamente relacionada con los MRS somático-vegetativos. El ejercicio y el estado civil (con pareja estable) estuvieron inversamente relacionadas con los MRS psicológicos. Por

último, el número de hijos se relacionó directamente como variable predictora de los MRS urogenitales (Tabla 4).

Tabla 4. Modelos de regresión lineal para explicar las relaciones entre MRS totales, somático-vegetativos, psicológicos y urogenitales y las variables predictoras.

Variable dependiente	R ² ajustada	df	Variable predictora	β (estándar)	Valor P
MRS totales	0,999	129	MRS somatoveg	0,486	<0,001
			MRS psicológicos	0,399	<0,001
			MRS urogenitales	0,381	<0,001
MRS somático-vegetativos	0,430	129	Edad	0,385	<0,001
			MRS psicológicos	0,287	<0,001
			MRS urogenitales	0,281	<0,001
			Dieta	-0,195	0,005
MRS psicológicos	0,296	129	MRS somatoveg	0,357	<0,001
			MRS urogenitales	0,290	0,001
			Edad	-0,260	0,003
			Ejercicio	-0,174	0,021
			Estado civil	-0,172	0,029
MRS urogenitales	0,302	129	MRS somatoveg	0,373	<0,001
			MRS psicológicos	0,267	0,001
			Número de hijos	0,200	0,008

3.4. Discusión

Los principales hallazgos de este estudio fueron: (i) En la población estudiada, las mujeres postmenopáusicas presentaban, en comparación con las premenopáusicas: mayor edad, mayores valores de IMC (indicativos de sobrepeso), y menor frecuencia de tener pareja estable, en su mayoría divorciadas o separadas; (ii) No se observaron diferencias significativas en ninguno de los hábitos de vida entre mujeres pre- y postmenopáusicas. Sin embargo, se observó una sintomatología total mayor en mujeres postmenopáusicas ($10,64 \pm 6,39$), siendo esta moderada (según la escala MRS), y asociada a una mayor sintomatología tanto somático-vegetativa ($4,74 \pm 3,15$)

como urogenital ($3,06 \pm 2,62$); (iii) Se observaron correlaciones positivas entre las tres subescalas de síntomas asociados a la menopausia (somático-vegetativos, urogenital y psicológicos). Además, los resultados señalan la importancia de ciertos hábitos de salud, como el ejercicio y la dieta mediterránea, en la disminución de sintomatología asociada a la menopausia.

El riesgo de aumento de peso se acentúa durante la menopausia, y viene asociado especialmente a los cambios tanto a nivel hormonal como en hábitos de vida y variables del entorno social de la mujer que se desarrollan durante este periodo (Knight et al., 2021). Durante esta etapa, se empeora el perfil lipídico, con una tendencia a acumular tejido adiposo abdominal (Moreau et al., 2012). El incremento de la grasa abdominal suele producirse durante los 3-4 años anteriores al cese de la menstruación, y se relaciona con un aumento de los niveles de hormona folículo estimulante, y una bajada en los niveles de estradiol (Mastorakos et al., 2010). La acumulación de grasa visceral es un factor de riesgo en varias patologías, ya que aumenta la probabilidad de padecer arterioesclerosis y arteriopatía coronaria (Moreau et al., 2012). El objetivo que se persigue con el tratamiento del sobrepeso y obesidad es disminuir el peso corporal, para así reducir los riesgos asociados (Elavsky et al., 2005). Numerosos estudios previos han observado que la realización de ejercicio físico regular redujo el desarrollo de obesidad y sobrepeso, particularmente en mujeres postmenopáusicas (Rico-Martín et al., 2017; Kroemeke et al., 2014).

En promedio, los valores obtenidos en las escalas y subescalas MRS son consistentes con los reportados en mujeres entre 40 y 70 años en varios países europeos (Heinemann et al., 2003). En base a los valores MRS, las mujeres postmenopáusicas presentaron sintomatología moderada tanto en la escala total, como en las subescalas somático-vegetativa y urogenital, en comparación con las mujeres premenopáusicas, cuya sintomatología fue leve en los tres casos. Nuestros resultados coinciden con los de anteriores estudios que también han observado sintomatología moderada a severa en mujeres postmenopáusicas según la escala MRS y por tanto, menor calidad de vida,

asociados a la edad, el sobrepeso, y a aspectos relacionados con la pareja en mujeres (Aso et al., 1997; Chedraui et al., 2009).

En cada uno de los modelos que explicaban cada una de las subescalas MRS, se observó la presencia de las demás subescalas como variables predictivas. Dicho de otro modo, las subescalas de sintomatología estaban parcialmente correlacionadas entre sí. Estos mismos resultados fueron reportados por Heinemann et al. 2003, quienes también observaron que las subescalas no son completamente independientes unas de otras. Por lo tanto, nuestros resultados muestran la existencia de cierto grado de interdependencia entre factores de distinta índole asociados a la menopausia. En consonancia con estos resultados, Hernández-Muñoz et al., 2019 señalaron la influencia tanto de síntomas somático-vegetativos como urogenitales en el desarrollo de depresión y otros síntomas psicológicos. De forma similar, otros autores han correlacionado la aparición de síntomas somáticos y psicológicos (Gath et al., 1990; Lee et al., 2010) y también de síntomas vasomotores (los llamados bochornos) con insomnio, cambios en el estado de ánimo y depresión (Ruiz-Rodriguez et al., 2020).

Además, en este estudio, ambos grupos de mujeres presentaron sintomatología leve en la subescala psicológica, lo que indica que no hubo empeoramiento de síntomas depresivos asociada a la edad, al contrario de lo que señalan otros autores (Dennerstein et al., 2008; Frey et al., 2008). No obstante, otros estudios han reportado conclusiones en consonancia con las que aquí hemos reportado. Por ejemplo, Stewart et al. (1992) observaron menores niveles de ansiedad y depresión en mujeres postmenopáusicas que en perimenopáusicas. Así mismo, Jaszmann et al. 1969 y Bungay et al., 1980 situaron la máxima ocurrencia de sintomatología psicológica durante el periodo inmediatamente anterior al cese de la menstruación. Nuestros resultados indican que, además de la edad, la dedicación semanal al ejercicio físico, y el estado civil fueron variables asociados a una menor sintomatología psicológica. Anteriormente, otros autores han señalado también la importancia de la actividad física como un factor implicado

en la reducción de sintomatología psicológica y la mejora del estado del ánimo y la calidad de vida de las mujeres menopáusicas (Elavsky et al., 2007; Vélez-Toral et al., 2014). Adicionalmente, nuestros resultados sugieren que la sintomatología psicológica puede deberse a una mayor o menor vulnerabilidad psicológica o fisiológica, asociada a factores individuales o de pareja en la mujer (Chedraui et al., 2009), en lugar de una relación únicamente dependiente de la etapa climática (Becker et al., 2001).

Este estudio demuestra que la adherencia a la dieta mediterránea fue un factor asociado a una disminución de la sintomatología somato-vegetativa. Los resultados se suman a las evidencias encontradas en anteriores estudios, que sugerían la dieta mediterránea como una herramienta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y el desarrollo de sintomatología vasomotora (Barrea et al., 2021a; Barrea et al., 2021b)

CAPÍTULO 4:

**PROGRAMACIÓN DIDÁCTICA:
EDUCACIÓN SANITARIA EN
MENOPAUSIA DIRIGIDA A
FARMACÉUTICOS
COMUNITARIOS**

4.1. Descripción de la programación

La programación sería un plan de intervención didáctica, titulado: Educación Sanitaria en Menopausia dirigido a farmacéuticos comunitarios.

4.1.1. Justificación

La mujer es la usuaria más frecuente que acude a la farmacia comunitaria. La razón puede ser debido a sus distintos roles en la sociedad. El más común es ser madre. Esto conlleva que deba cuidar de sí misma, para poder cuidar a los demás. La vida de la mujer, generalmente, está marcada por distintos acontecimientos relacionados hormonalmente con la salud de la mujer. Nos referimos a la primera menstruación (menarquía), embarazo, menopausia y senectud.

En este trabajo, nos centramos en el penúltimo, es decir, en la menopausia, puesto que aún es frecuente que algunas mujeres no quieran hablar de la etapa en la que se encuentran, ya sea por vergüenza o porque les cuesta asumir esta etapa. La mujer está rodeada de ciertas situaciones que pueden llegar a dificultar aún más este proceso, como es el cuidado de los padres, la marcha de los hijos a estudiar fuera de casa, etc.

Tenemos claro que la menopausia no es una enfermedad, sino una transición que conlleva cambios físicos y psicológicos.

Debido a la carga emocional que conlleva este paso en la vida de la mujer, es imprescindible que el/la farmacéutico/a comunitario/a adquiera conocimientos y recursos de la educación sanitaria en este ámbito.

Para ello, es importante que estos profesionales sepan con qué recursos cuentan, qué pautas han de seguir para obtener información de todo lo que le ocurre a la mujer que acuda a su farmacia. Ellos son expertos en medicamentos, pero también han de serlo en educación en salud.

El consejo farmacéutico es la pieza más importante, en la dispensación de medicamentos y en la indicación farmacéutica. De ahí que con nuestra propuesta de intervención educativa pongamos a su alcance una serie de directrices que le van a ayudar a cómo formular preguntas, cómo obtener información, cómo debe realizar la escucha activa, cómo debe realizar las indicaciones farmacéuticas y cómo debe dar consejos en educación sanitaria en la mujer menopáusica.

Además, pretendemos enseñarle en qué consiste el abordaje de la menopausia en farmacia comunitaria, desde el punto de vista farmacológico, no farmacológico y todo lo que engloba a la información educativa personalizada a la mujer menopáusica.

Y también se aportarán unidades referentes a las actitudes que debe presentar el farmacéutico comunitario al entrevistarse con su paciente, así como gestión de recursos importantes como es el tiempo, dentro de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales.

4.1.2. Tiempo de la programación y perfil de los aprendices

Educación sanitaria en menopausia dirigido a farmacéuticos comunitarios.

Se impartirá en la Escuela Salud de la Mujer en modalidad online. Es enseñanza no reglada. Este capítulo didáctico consta de 10 actividades. La fecha de inicio será el 1 de noviembre de 2022 y la fecha de fin el 30 de enero de 2023, con una duración total de 60 horas (Tabla 5). Estas 60 horas se distribuirían en:

10 jornadas para cada actividad de 4 horas (40 horas)

2 horas para la realización del examen final

4 horas para la realización del caso práctico

Resto de horas para la lectura de recursos bibliográficos y realización de encuesta de satisfacción del alumno/a.

Tabla 5. Fechario de Educación sanitaria en menopausia dirigido a farmacéuticos comunitarios. (elaboración propia)

Fecha de entrega	Trabajo a entregar
1 noviembre 2022	Actividad 1
8 noviembre 2022	Actividad 2
15 noviembre 2022	Actividad 3
22 noviembre 2022	Actividad 4
29 noviembre 2022	Actividad 5
5 diciembre 2022	Actividad 6
13 diciembre 2022	Actividad 7
21 diciembre 2022	Actividad 8
27 diciembre 2022	Actividad 9
3 enero 2023	Actividad 10
Del 4 al 30 enero 2023	Examen final
Del 4 al 30 enero 2023	Caso práctico
Hasta el 30 enero 2023	Recursos bibliográficos
Hasta el 30 enero 2023	Encuesta de satisfacción

4.1.3. Conocimientos previos requeridos por parte del alumnado

- Conceptos y conocimientos sobre la vida reproductiva y no reproductiva de la mujer
- Tratamientos farmacológicos dirigidos en la fase fértil y no fértil de la mujer
- Mecanismos de acción.

4.1.4. Objetivos didácticos

- 1) Entender los procesos que engloban la vida reproductiva y no reproductiva de la mujer.
- 2) Entender el concepto de menopausia y su diagnóstico retrospectivo.
- 3) Diferenciar las fases de premenopausia, perimenopausia y postmenopausia.
- 4) Estimar cuáles son los indicadores de proximidad a la menopausia.
- 5) Describir las pautas en educación sanitaria que podemos indicar a la mujer durante la menopausia.
- 6) Enumerar cuáles son las recomendaciones que tienen que darse en la mujer que presenta sofocos o bochornos, así como sudores nocturnos.
- 7) Analizar la importancia de los ejercicios de Kegel para la recuperación del suelo pélvico durante esta etapa.
- 8) Sugerir las pautas a seguir para reeducar a la mujer que presente insomnio, para que pueda conseguir un descanso óptimo.
- 9) Describir el concepto de coaching enfocado a la salud.
- 10) Identificar el objetivo de la entrevista motivacional a la mujer en menopausia.
- 11) Justificar los resultados obtenidos mediante la técnica de health coaching en menopausia.

4.1.5. Contenidos

- 1) Concepto de climaterio, así como las fases que lo integran.
- 2) Análisis de las características que engloban las fases reproductivas y no reproductivas de la mujer.
- 3) Identificación del estado en el que se encuentra la mujer, teniendo como referentes su edad y ciclo menstrual.
- 4) Justificación de la posible sintomatología que puede ocurrir durante el climaterio.
- 5) Diferenciación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales que puede llevar a cabo el farmacéutico comunitario, dirigidos a la salud de la mujer en menopausia.
- 6) Enumeración de los pasos que tiene que llevar a cabo el/la farmacéutico/a comunitario/a, en la entrevista motivacional a su paciente, con el objetivo de obtener información sobre su motivo de consulta.
- 7) Identificación de las actitudes del farmacéutico comunitario en la entrevista con su paciente, como es la empatía y la escucha activa, entre otras.
- 8) Gestión del tiempo en la farmacia comunitaria, para realizar los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales: dispensación de medicamentos, indicación farmacéutica.
- 9) Conocimiento de las posibles indicaciones farmacéuticas que pueden llevarse a cabo, en la mujer que acuda a la farmacia con algún síntoma de salud menor, en menopausia.
- 10) Información personalizada del fármaco que le haya prescrito el médico a nuestra paciente, así como en el caso de haberle realizado una indicación farmacéutica para un problema de salud menor.

4.1.6. Secuencia de actividades

- 1) Actividad 1. Introducción salud de la mujer.
- 2) Actividad 2. Concepto de climaterio. Premenopausia, perimenopausia, menopausia y postmenopausia.
- 3) Actividad 3. Criterios STRAW en menopausia.
- 4) Actividad 4. Sintomatología somato-vegetativa, psicológica y urogenital.
- 5) Actividad 5. Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales en la salud de la mujer en menopausia.
- 6) Actividad 6. Entrevista motivacional a la mujer en farmacia comunitaria.
- 7) Actividad 7. Actitudes del farmacéutico comunitario ante la mujer menopáusica.
- 8) Actividad 8. Gestión del tiempo en servicios profesionales farmacéuticos asistenciales en mujer menopáusica.
- 9) Actividad 9. Tratamiento farmacológico en menopausia.
- 10) Actividad 10. Tratamiento no farmacológico en menopausia.

4.2 Metodología

Cada actividad consta de:

- 1) Un módulo teórico (1 hora)
- 2) Esquema de la actividad vista en el módulo teórico
- 3) Una presentación grabada en power point (1 hora)
- 4) Cuaderno de aprendizaje (1 hora)
- 5) Cuestionario de autoevaluación (1 hora)

4.2.1. Un módulo teórico (1 hora)

El alumno deberá leer el módulo teórico tantas veces sea necesaria, para entender el concepto y aprendizaje. Es recomendable que haga una lectura antes de la presentación de este módulo teórico en power point; una segunda lectura para anotar las partes en que se divide este módulo; una tercera lectura donde puede detectar dudas o consultas, que más tarde anotará en su cuaderno de aprendizaje (Figura 27).

Basándonos en la Actividad 6 “Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria”, a continuación, se narra el contenido del módulo teórico de esta actividad, que se aportará al alumno/a (farmacéutico/a) en formato pdf (en recuadro y letra cursiva).

Programación didáctica “Menopausia en farmacia comunitaria, dirigida a farmacéuticos comunitarios”.

Actividad 6 “Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria”

Dentro de esta actividad 6, vamos a aprender los siguientes contenidos, como son:

- 1. El inicio de la entrevista, es decir, cómo podemos y debemos comenzar a hablar con nuestra paciente.*
- 2. En segundo lugar, vamos a aprender cómo podemos recoger la información precisa que necesitamos como farmacéuticos comunitarios. Para poder obtener información de nuestra mujer climatérica, es necesario que sepamos usar varias herramientas de comunicación, como son las preguntas abiertas y la escucha activa.*
- 3. Seguidamente veremos el tercer paso de la entrevista motivacional con nuestra paciente, me refiero a cómo dar la explicación necesaria para nuestra paciente y cómo debemos llevar a cabo la planificación. En este*

punto debemos identificar si nuestra paciente refiere un síntoma menor, o bien, todo lo contrario. En este último caso, debemos derivar al médico.

- 4. Y, por último, aprenderemos a cómo cerrar la entrevista con nuestra paciente. Aquí es necesario antes de cerrarla, saber cuáles son los resultados de la intervención que hayamos hecho. Para ello, debemos hacerle un seguimiento a nuestra paciente. Y cerraremos la entrevista concertando una cita en un tiempo estimado, para saber cómo le va su medicación prescrita, o bien, su problema de salud menor, donde le hemos indicado un medicamento farmacológico que no necesita prescripción médica, o bien, un tratamiento no farmacológico (López et al., 2017).*

Debido a lo importante que es la comunicación farmacéutico-paciente climatérica, quiero recordar la frase célebre de Carl Rogers, Psicólogo humanista que nos dice que “No olvidemos que escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación”.

A continuación, vamos a estudiar el primer paso de la entrevista motivacional con nuestra paciente climatérica. Es decir, vamos a aprender cómo se inicia la entrevista. Para ello, antes de seguir, debemos saber el concepto de entrevista motivacional.

Rivera-Mercado y colaboradores, 2008 nos informan que la entrevista motivacional es un acercamiento terapéutico que está enfocada en este caso a nuestra paciente o mujer climatérica, cuyo objetivo es llevarla a iniciar una transformación de la conducta. Este cambio es un procedimiento con distintas fases. Para que nuestra paciente inicie este procedimiento de transformación es fundamental su motivación personal. Para ello, el/la farmacéutico/a debe tener el rol de facilitador/a, es decir, dilatar la motivación de nuestra paciente, incitándola a que reflexione sobre las posibles contrariedades que puedan

surgirle, dudas, miedos y pueda ser el/la farmacéutico/a la guía para ayudarla en cuanto a cumplir su objetivo que es mejorar su salud durante el climaterio.

Las pautas para iniciar la entrevista son las siguientes (López-Coca et al., 2017):

- *Saludamos a nuestra paciente.*
- *En el caso que no la conozcamos porque no sea paciente nuestra o usuaria habitual de nuestra farmacia comunitaria, podemos preguntarle cómo se llama, para poder dirigirnos a ella. Con este sencillo gesto, vamos a poder transmitir a nuestra paciente confianza. Desde este momento, es importante que el/la farmacéutico/a se dirija siempre por su nombre a la paciente y manteniendo el contacto visual.*
- *A continuación, el/la farmacéutico/a se presenta ante su paciente, le dice su nombre y cuál es su función en esta farmacia. En este caso, es farmacéutico/a comunitario/a. Desde este momento, tanto la paciente como el/la farmacéutico/a han creado un vínculo para poder ayudar a nuestra paciente, en el caso del farmacéutico/a y ser ayudada, en el caso de nuestra paciente.*
- *Debemos de averiguar cuál es el motivo por el cual nuestra paciente ha entrado en nuestra farmacia y se ha dirigido a nosotros. Los motivos pueden ser varios: nuestra paciente trae una receta prescrita por su médico para dispensarle un medicamento; nuestra paciente nos hace una consulta sobre algún síntoma que le preocupa o sobre cómo tomarse su medicación o sobre un efecto secundario, etc. Son numerosas las consultas que nos puede hacer nuestra paciente. Debemos estar muy atentos para saber exactamente en qué podemos ayudarle.*
- *En el caso que sea necesario, podemos preguntar si trae alguna receta e incluso si nos puede enseñar algún informe del médico o especialista, así como análisis clínico o cualquier otro documento, que nos ayude a completar la información.*

El segundo punto a tratar dentro de la “Entrevista motivacional a la farmacia climatérica en farmacia comunitaria” es la recogida de información. Para ello,

debemos de utilizar dos recursos, por un lado, el uso de preguntas abiertas y, por otro lado, la escucha activa que explicaré a continuación.

- *Para detectar cuál es el motivo de consulta, hemos de realizar preguntas abiertas. Las preguntas abiertas son las que no permiten por respuesta un sí o un no. Con este tipo de preguntas, la comunicación va a ser más fluida, incluso va a incitar a nuestra paciente que pueda hablar libremente de qué le preocupa respecto a su salud. También están permitidas el uso de preguntas cerradas, pero deben estar siempre equilibradas con las preguntas abiertas. Nosotros, como farmacéuticos, debemos reconducir la conversación, para no desviarnos del tema que nos atañe y generar tantas preguntas abiertas, como necesitemos para obtener toda la información necesaria.*
- *Como farmacéuticos comunitarios, tenemos que ser buenos comunicadores. Es fundamental esta cualidad para poder ejercer en farmacia comunitaria. Para ello, no solamente es necesario hablar correctamente, dirigirnos con educación y empatía a nuestra paciente, sino que también es necesario que no interrumpamos a nuestra paciente cuando nos esté hablando. Es de vital importancia que sepamos poner en práctica la escucha activa.*

La escucha activa quiere decir estar atento/a a todo lo que me está contando mi paciente, pero no solamente a las palabras, sino a cómo lo está contando. Es necesario percibir el lenguaje no verbal. La escucha activa se podría decir que es un arte. Para ponerla en práctica, el/la farmacéutico/a debe poner todo su esfuerzo para que no se le escape nada, es decir, debe estar totalmente concentrado/a en su paciente. La calidad de la comunicación con nuestra paciente, va a depender de esta cualidad de saber escuchar activamente, sin interrumpir. Por ello, el éxito de un buen farmacéutico comunicador, va a depender de este factor y en el momento que lo logre, la paciente climatérica va a acudir siempre a este profesional para cualquier consulta sobre su salud. Debemos entender que no solamente es necesario el conocimiento, sino que también es importante las habilidades comunicativas con nuestros pacientes.

La aptitud y la actitud deben ir de la mano, en las entrevistas del farmacéutico/a comunitario/a con la paciente climatérica.

En este sentido, García-Subiela et al., 2014 sugieren la importancia del silencio en la comunicación con nuestra paciente. Estar en silencio para escuchar y a la vez mostrar que nos importa todo lo que nos está contando. Para ello, es importante reflejar que estamos relajados/as y a la vez atentos/as.

El tercer punto de la “Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria” es la Explicación y planificación que a continuación detallaremos.

López-Coca y colaboradores en 2017 nos informan que es de vital importancia que nuestra paciente reciba las explicaciones necesarias por parte del farmacéutico/a comunitario/a.

Que los farmacéuticos comunitarios nos cercioremos que ha comprendido todo lo relacionado con el uso de medicamentos, como son:

- *Para qué sirve el medicamento que le ha prescrito su médico o el tratamiento no farmacológico que le hayamos indicado, en el caso que sea un síntoma menor. Recordemos que síntoma menor es aquel que presenta nuestra paciente que no necesita diagnóstico por parte del médico, que no es grave, que no presenta fiebre, que la duración de este síntoma es relativamente corta (2-3 días desde que empieza con esta molestia), que no es consecuencia de algún medicamento que esté tomando y que nuestra paciente no presenta ninguna patología de base o tratamiento farmacológico, que indique su derivación al médico (Ocaña-Arenas et al., 2008).*
- *Cómo debe tomar el medicamento, es decir, la posología indicada por el médico, o bien, que le hayamos indicado nosotros, si se trata de un síntoma menor.*
- *Qué posibles efectos secundarios puede tener este tratamiento y qué debe hacer en el caso que aparezcan.*

En este sentido, es muy alentador para nuestra paciente, darle toda esta información tanto oral como escrita. Debemos tener en cuenta, que para que realice las indicaciones farmacéuticas o médicas y cumpla con el consejo farmacéutico que le estamos dando, es recomendable adjuntarle una hoja de medicación para que cuando llegue a casa, pueda seguir las pautas que le hemos dado, sin que exista ningún olvido. Es decir, con este paso estamos realizando una planificación común con nuestra paciente, teniendo en cuenta la opinión de ella, que pueda analizar si es viable este plan para poder llevarlo a cabo y cumpla con su tratamiento. Este punto es el más importante porque es donde la paciente se ve apoyada y ayudada por su farmacéutico/a. Aquí es donde verdaderamente se construye la relación farmacéutica/o-mujer climática (López-Coca et al., 2017).

El cuarto punto de la “Entrevista motivacional a la mujer climática en farmacia comunitaria” es el Cierre de la entrevista, que a continuación detallaremos.

En el cierre de la entrevista realizaremos un resumen de la información dada a nuestra paciente, corroborando que está de acuerdo y que lo ve viable para llevar a cabo las pautas dadas, teniendo en cuenta la opinión de la paciente en todo momento.

4.2.2. Esquema de la actividad vista en el módulo teórico

Al final de cada actividad, se le aportará al alumno un esquema de toda la actividad vista (Figura 15), de modo que pueda ver a simple vista los puntos de que consta la actividad, para que le sea más fácil memorizarlas y comprenderlas.

En el caso del esquema de la Actividad 6 “Entrevista motivacional a la mujer climática en farmacia comunitaria” o esquema de módulo teórico que a

continuación se muestra (Figura 15), se puede ver de una manera muy visual, las partes que consta la entrevista motivacional, como son el inicio de la entrevista con la mujer climatérica, la recogida de información, la explicación y planificación, así como el cierre de la entrevista.

Siguiendo en el esquema de la Actividad 6, en la parte de abajo, podemos ver qué procedimiento debe seguir el/la farmacéutico/a para llevar a cabo cada parte de la entrevista con la paciente climatérica. Para la primera parte que es el inicio de la entrevista, se procede a la presentación del farmacéutico/a ante la paciente climatérica. Para llevar a cabo la recogida de información de la entrevista, se procede con el uso de preguntas abiertas y escucha activa, por parte del farmacéutico/a comunitario/a. La explicación y planificación se lleva a cabo dando toda la información necesaria a nuestra paciente climatérica y realizando conjuntamente con ella, una planificación para llevar a cabo su objetivo de la consulta realizada. La última parte de la entrevista, dentro de nuestro esquema, es el cierre de la misma. Para ello, debemos resumir la información dada y cerciorarnos que nuestra paciente ha entendido todo y está de acuerdo.

ESQUEMA DE MÓDULO TEÓRICO

ACTIVIDAD: Actividad 6	PROGRAMACIÓN Educación Sanitaria	MENOPAUSIA Farmacéuticos comunitarios
<p>La actividad 6 que lleva por título "Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria", consta de 4 partes que se detalla a continuación:</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDAD 6</p> <p style="text-align: center;">"ENTREVISTA MOTIVACIONAL A LA MUJER CLIMATÉRICA EN FARMACIA COMUNITARIA"</p>	
PARTES DE QUE CONSTA LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL		
<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de la entrevista - Recogida de información - Explicación y planificación - Cierre de la entrevista 		
PROCEDIMIENTO		
<p>Inicio de la entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación del farmacéutico/a a nuestra paciente <p>Recogida de la información usando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preguntas abiertas - Escucha activa. <p>Explicación y planificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar toda la información necesaria a nuestra paciente - Planificación conjunta <p>Cierre de la entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resumir y cerciorarse que nuestra paciente ha entendido todo 		

Figura 15. Esquema del Módulo teórico de la Actividad 6: "Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria" (elaboración propia).

4.2.3. Una presentación grabada en power point (1 hora)

Será prioritario que a continuación, pueda ver la presentación del mismo módulo, donde podrá escuchar y ver de manera muy sintetizada la teoría, haciendo hincapié en los conceptos más importantes (Figuras 16-26). Siguiendo con la Actividad 6, a continuación, se muestran las diapositivas.



Figura 16. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 1) (elaboración propia)

La actividad 6 de la Programación didáctica “Menopausia en farmacia comunitaria, dirigida a farmacéuticos comunitarios”, se inicia con el título de la actividad denominada “Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria” (López et al., 2017) (Figura 16).



Figura 17. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 2) (elaboración propia)

Dentro de esta actividad 6, vamos a aprender los siguientes contenidos, como son el inicio de la entrevista, es decir, cómo podemos y debemos comenzar a hablar con nuestra paciente. En segundo lugar, vamos a aprender cómo podemos recoger la información precisa que necesitamos como farmacéuticos comunitarios. Para poder obtener información de nuestra mujer climatérica, es necesario que sepamos usar varias herramientas de comunicación, como son las preguntas abiertas y la escucha activa. Seguidamente veremos el tercer paso de la entrevista motivacional con nuestra paciente, me refiero a explicación y planificación. En este punto debemos identificar si nuestra paciente refiere un síntoma menor, o bien, todo lo contrario. En este último caso, debemos derivar al médico. Y, por último, aprenderemos a cómo cerrar la entrevista con nuestra paciente. Aquí es necesario antes de cerrarla, saber cuáles son los resultados de la intervención que hagamos hecho. Para ello, debemos hacerle un seguimiento a nuestra paciente. Para ello, cerraremos la entrevista concertando una cita en un tiempo estimado, para saber cómo le va su medicación prescrita, o bien, su problema de salud menor, donde le hemos indicado un medicamento farmacológico que no necesita prescripción médica, o bien, un tratamiento no farmacológico (López et al., 2017) (Figura 17).

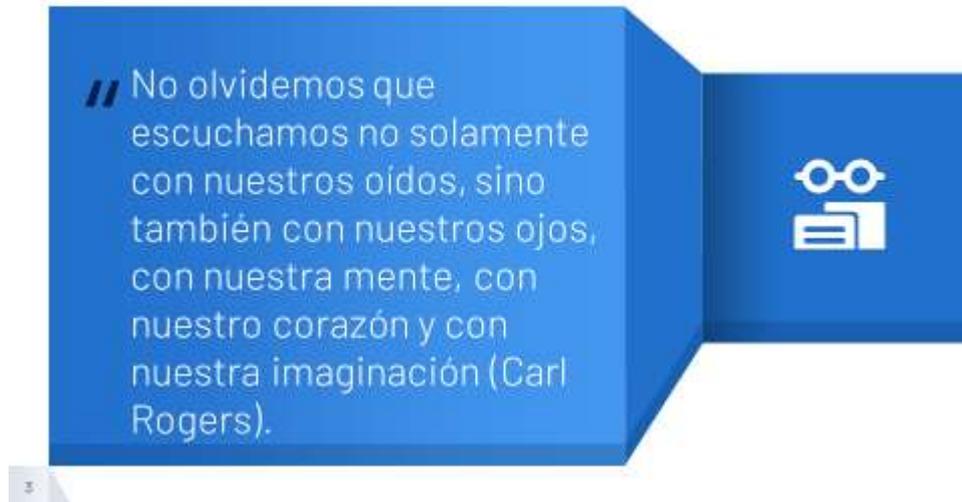


Figura 18. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 3) (elaboración propia)

Debido a lo importante que es la comunicación farmacéutico-paciente climática, quiero recordar en esta diapositiva la frase célebre de Carl Rogers, Psicólogo humanista que nos dice que “No olvidemos que escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación” (Figura 18).



Figura 19. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 4) (elaboración propia)

A continuación, vamos a estudiar el primer paso de la entrevista motivacional con nuestra paciente climatérica. Es decir, vamos a aprender cómo se inicia la entrevista (Figura 19). Para ello, antes de seguir, debemos saber el concepto de entrevista motivacional.

Rivera-Mercado y colaboradores, 2008 nos informan que la entrevista motivacional es un acercamiento terapéutico que está enfocada en este caso a nuestra paciente o mujer climatérica, cuyo objetivo es llevarla a iniciar una transformación de la conducta. Este cambio es un procedimiento con distintas fases. Para que nuestra paciente inicie este procedimiento de transformación es fundamental su motivación personal. Para ello, el/la farmacéutico/a debe tener el rol de facilitador/a, es decir, dilatar la motivación de nuestra paciente, incitándola a que reflexione sobre las posibles contrariedades que puedan surgirle, dudas, miedos y pueda ser el/la farmacéutico/a la guía para ayudarla en cuanto a cumplir su objetivo y es mejorar su salud durante el climaterio.

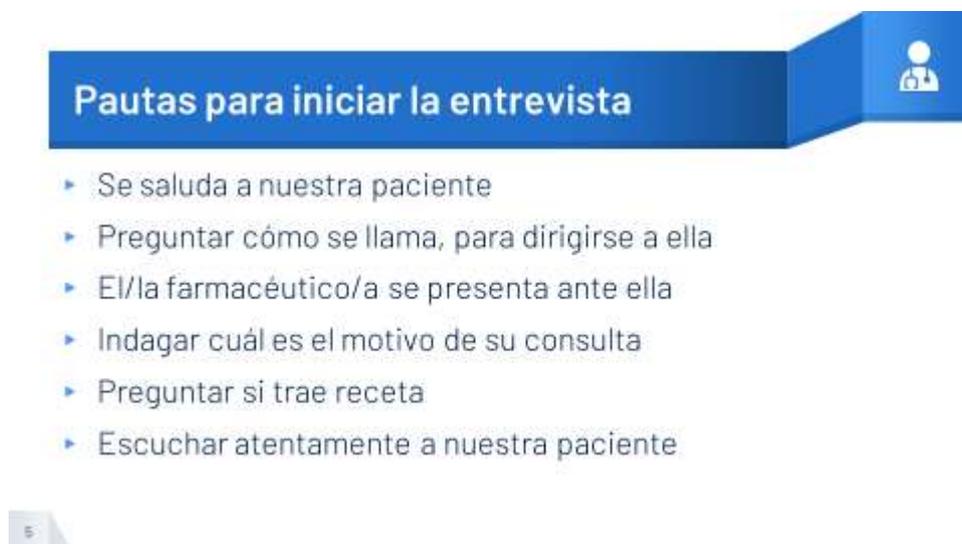


Figura 20. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 5) (elaboración propia)

Las pautas para iniciar la entrevista (Figura 20) son las siguientes (López-Coca et al., 2017):

- Saludamos a nuestra paciente.
- En el caso que no la conozcamos porque no sea paciente nuestra o usuaria habitual de nuestra farmacia comunitaria, podemos preguntarle cómo se llama, para poder dirigirnos a ella. Con este sencillo gesto, vamos a poder transmitir a nuestra paciente confianza. Desde este momento, es importante que el/la farmacéutico/a se dirija siempre por su nombre a la paciente y manteniendo el contacto visual.
- A continuación, el/la farmacéutico/a se presenta ante su paciente, le dice su nombre y cuál es su función en esta farmacia. En este caso, es farmacéutico/a comunitario/a. Desde este momento, tanto la paciente como el/la farmacéutico/a han creado un vínculo para poder ayudar a nuestra paciente, en el caso del farmacéutico/a y ser ayudada, en el caso de nuestra paciente.
- Debemos de averiguar cuál es el motivo por el cual nuestra paciente ha entrado en nuestra farmacia y se ha dirigido a nosotros. Los motivos pueden ser varios: nuestra paciente trae una receta prescrita por su médico para dispensarle un medicamento; nuestra paciente nos hace una consulta sobre algún síntoma que le preocupa o sobre cómo tomarse su medicación o sobre un efecto secundario, etc. Son numerosas las consultas que nos puede hacer nuestra paciente. Debemos estar muy atentos para saber exactamente en qué podemos ayudarle.
- En el caso que sea necesario, podemos preguntar si trae alguna receta e incluso si nos puede enseñar algún informe del médico o especialista, así como análisis clínico o cualquier otro documento, que nos ayude a completar la información.



*Figura 21. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 6)
(elaboración propia)*

El segundo punto a tratar dentro de la “Entrevista motivacional a la farmacia climatérica en farmacia comunitaria” es la recogida de información. Para ello, debemos de utilizar dos recursos, por un lado, el uso de preguntas abiertas y, por otro lado, la escucha activa que explicaré a continuación.

- Para detectar cuál es el motivo de consulta, hemos de realizar preguntas abiertas. Las preguntas abiertas son las que no permiten por respuesta un sí o un no. Con este tipo de preguntas, la comunicación va a ser más fluida, incluso va a incitar a nuestra paciente que pueda hablar libremente de qué le preocupa respecto a su salud. También están permitidas el uso de preguntas cerradas, pero deben estar siempre equilibradas con las preguntas abiertas. Nosotros, como farmacéuticos, debemos reconducir la conversación, para no desviarnos del tema que nos atañe y generar tantas preguntas abiertas, como necesitemos para obtener toda la información necesaria.
- Como farmacéuticos comunitarios, tenemos que ser buenos comunicadores. Es fundamental esta cualidad para poder ejercer en farmacia comunitaria. Para ello, no solamente es necesario hablar correctamente, dirigirnos con educación y empatía a nuestra paciente, sino que también es necesario que no interrumpamos a nuestra paciente

cuando nos esté hablando. Es de vital importancia que sepamos poner en práctica la escucha activa (Figura 22).



Figura 22. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 7) (elaboración propia)

La escucha activa (Figura 22) quiere decir estar atento/a a todo lo que me está contando mi paciente, pero no solamente a las palabras, sino a cómo lo está contando. Es necesario percibir el lenguaje no verbal. La escucha activa se podría decir que es un arte. Para ponerla en práctica, el/la farmacéutico/a debe poner todo su esfuerzo para que no se le escape nada, es decir, debe estar totalmente concentrado/a en su paciente. La calidad de la comunicación con nuestra paciente, va a depender de esta cualidad de saber escuchar activamente, sin interrumpir. Por ello, el éxito de un buen farmacéutico comunicador, va a depender de este factor y en el momento que lo logre, la paciente climatérica va a acudir siempre a este profesional para cualquier consulta sobre su salud. Debemos entender que no solamente es necesario el conocimiento, sino que también es importante las habilidades comunicativas con nuestros pacientes. La aptitud y la actitud deben ir de la mano, en las entrevistas del farmacéutico/a comunitario/a con la paciente climatérica.

En este sentido, García-Subiela et al., 2014 sugieren la importancia del silencio en la comunicación con nuestra paciente. Estar en silencio para escuchar y a la vez mostrar que nos importa todo lo que nos está contando. Para ello, es importante reflejar que estamos relajados/as y a la vez atentos/as.



Figura 23. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 8) (elaboración propia)

El tercer punto de la “Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria” es la Explicación y planificación que a continuación detallaremos (Figura 23).



- ▶ Dar información necesaria a nuestra paciente
- ▶ Planificación



*Figura 24. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 9)
(elaboración propia)*

López-Coca y colaboradores en 2017 nos informan que es de vital importancia que nuestra paciente reciba las explicaciones necesarias por parte del farmacéutico/a comunitario/a.

Que los farmacéuticos comunitarios nos cercioremos que ha comprendido todo lo relacionado con el uso de medicamentos, como son:

- Para qué sirve el medicamento que le ha prescrito su médico o el tratamiento no farmacológico que le hayamos indicado, en el caso que sea un síntoma menor. Recordemos que síntoma menor es aquel que presenta nuestra paciente que no necesita diagnóstico por parte del médico, que no es grave, que no presenta fiebre, que la duración de este síntoma es relativamente corta (2-3 días desde que empieza con esta molestia), que no es consecuencia de algún medicamento que esté tomando y que nuestra paciente no presenta ninguna patología de base o tratamiento farmacológico, que indique su derivación al médico (Ocaña-Arenas et al., 2008).
- Cómo debe tomar el medicamento, es decir, la posología indicada por el médico, o bien, que le hayamos indicado nosotros, si se trata de un síntoma menor.
- Qué posibles efectos secundarios puede tener este tratamiento y qué debe hacer en el caso que aparezcan.

En este sentido, es muy alentador para nuestra paciente, darle toda esta información tanto oral como escrita. Debemos tener en cuenta, que para que realice las indicaciones farmacéuticas o médicas y cumpla con el consejo farmacéutico que le estamos dando, es recomendable adjuntarle una hoja de medicación para que cuando llegue a casa, pueda seguir las pautas que le hemos dado, sin que exista ningún olvido. Es decir, con este paso estamos realizando una planificación común con nuestra paciente, teniendo en cuenta la opinión de ella, que pueda analizar si es viable este plan para poder llevarlo

a cabo y cumpla con su tratamiento. Este punto es el más importante porque es donde la paciente se ve apoyada y ayudada por su farmacéutico/a. Aquí es donde verdaderamente se construye la relación farmacéutica/o-mujer climatérica (López-Coca et al., 2017).

El cuarto punto de la “Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria” es el Cierre de la entrevista, que a continuación detallaremos (Figura 25).



Figura 25. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 10) (elaboración propia)

En el cierre de la entrevista realizaremos un resumen de la información dada a nuestra paciente, corroborando que está de acuerdo y que lo ve viable para llevar a cabo las pautas dadas, teniendo en cuenta la opinión de la paciente en todo momento (Figura 26).

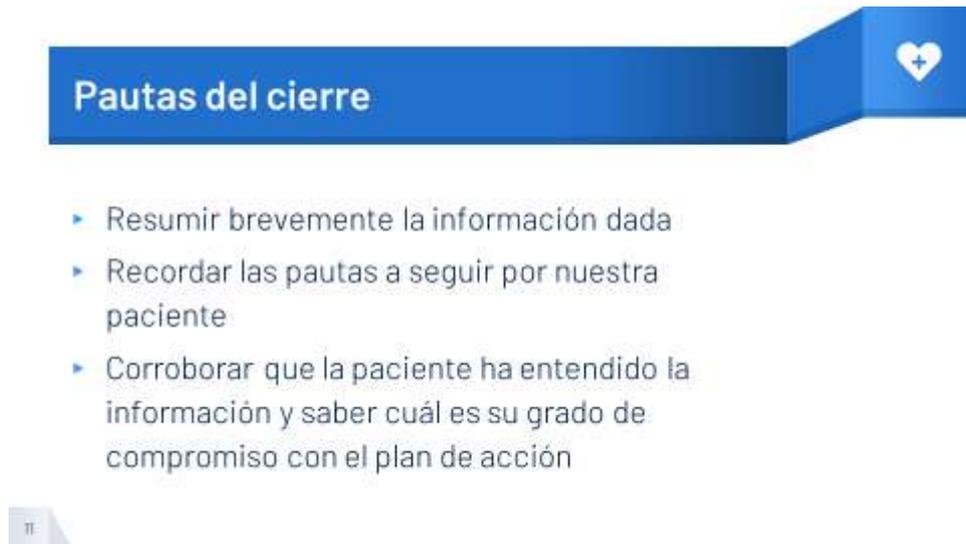


Figura 26. Presentación del módulo teórico de la actividad 6 (Diapositiva 11) (elaboración propia)

4.2.4. Cuaderno de aprendizaje de cada actividad (1 hora)

El cuaderno de aprendizaje es donde el alumno podrá trabajar los contenidos teóricos, anotando los más importantes y las dudas que tenga para preguntar posteriormente a su tutor/a (Figura 27).

CUADERNO DE APRENDIZAJE

Nombre:	ACTIVIDAD: 6	Fecha:
Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria	Cuaderno de trabajo exclusivo para tu aprendizaje	
Anota las dudas referentes sobre "Inicio de la entrevista"		
Anota tus dudas referentes a "¿Cómo recoger información de tu paciente?"	Anota tus dudas sobre "Explicación y planificación"	
Anota tus dudas de "¿Cómo cerrar la entrevista?".		
<p>¿Cuáles son tus barreras a la hora de realizar una entrevista motivacional a la mujer climatérica? ¿Cómo podrías solucionarlas?</p> <p>¿Cuáles son tus fortalezas a la hora de realizar una entrevista motivacional a la mujer climatérica? ¿Cómo las vas a poner en práctica?</p>		

Figura 27. Cuaderno de aprendizaje de la Actividad 6 (elaboración propia)

El Cuaderno de aprendizaje es una herramienta útil para el/la farmacéutico/a para identificar cuáles son los conceptos de la actividad (en este caso la Actividad 6) que no ha llegado a comprender o entender. La función de este cuaderno es tenerlo a mano, a la hora de ver la presentación de la Actividad 6 que nos va a explicar la docente/tutora. Este cuaderno facilita las dudas surgidas

de cada parte de la Actividad 6. Debemos escribirla para posteriormente, cuando haya terminado la presentación, poder preguntárselo a nuestra tutora/docente.

Antes del día de la clase online, deberás tenerlo impreso y preparado. Deberás indicar tu nombre y la fecha de la clase. Este cuaderno no tendrás que entregarlo a la tutora. Es de uso exclusivo para ti, para que aprendas y refuerces aquello que te cueste más de la actividad 6.

En el caso que estamos viendo, el Cuaderno de aprendizaje de la Actividad 6, como es la “Entrevista motivacional a la mujer climatérica en farmacia comunitaria”, vienen diferentes espacios para anotar tus dudas, dependiendo de si es la primera parte de la Actividad (Inicio de la entrevista), de la segunda parte (Recogida de información de tu paciente), de la tercera (Explicación y planificación) y de la cuarta parte correspondiente al “Cierre de la entrevista”.

Pero no solamente deberás anotar aquello que no hayas entendido, sino que también al finalizar la actividad 6, deberás reflexionar y anotar las posibles barreras que te encuentres a la hora de realizar una entrevista motivacional a la mujer climatérica y reflexionar cómo vas a solucionarlas. Es decir, apuntar dos o tres opciones que te ayuden a ponerlas en práctica para superar estas barreras en tu entrevista con tu paciente climatérica. No solamente hay que identificar lo negativo, sino también lo positivo que tú tienes, las cualidades con las que cuentas a la hora de entrevista a tu paciente climatérica e indicar cómo y cuándo las vas a poner en práctica. De esta manera, estarás fortaleciendo tus valores, que te harán tener mayor seguridad y confianza en ti mismo/a. Es decir, estarás automotivándote para así poder transmitir tu motivación a tu paciente climatérica.

Una vez realizado el cuaderno, deberás guardarlo para tener siempre a mano, en caso de dudas o que te surjan inseguridades o miedos. Será tu herramienta de trabajo para afianzarte día a día, como farmacéutico comunitario.

4.2.5. Cuestionario de autoevaluación (1 hora)

El cuaderno de autoevaluación es donde el/la alumno/a podrá poner en práctica todo lo aprendido, para saber si ha entendido o no la actividad o unidad correspondiente (Figura 28).

Actividad 6		Nombre:
HAZ EL ESQUEMA DEL MÓDULO TEÓRICO DE LA ACTIVIDAD 6		
EXPLICA CÓMO INICIARÍAS UNA ENTREVISTA CON TU PACIENTE CLIMÁTÉRICA		
DI QUÉ TIPO DE PREGUNTAS REALIZARÍAS PARA OBTENER INFORMACIÓN DE TU PACIENTE CLIMÁTÉRICA		
EN QUÉ CONSISTE LA EXPLICACIÓN Y PLANIFICACIÓN	¿QUÉ HARÍAS PARA CERRAR LA ENTREVISTA CON TU PACIENTE?	

Figura 28. Cuestionario de autoevaluación de la Actividad 6 (elaboración propia)

4.3. Recursos materiales

Los requisitos imprescindibles para realizar esta programación didáctica en modalidad online son contar con:

- 1) Conexión a internet.
- 2) Ordenador

4.4. Organización de espacio y tiempo (60 horas)

Actividad 1

Lectura de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Presentación de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Cuaderno de aprendizaje: tiempo de dedicación: 1 h

Realización de ejercicios de autoevaluación: tiempo de dedicación: 1h

Se subirá a la plataforma el día 1 del primer mes: 1 de noviembre 2022

Actividad 2

Lectura de la Actividad 2: tiempo de dedicación: 1 h

Presentación de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Cuaderno de aprendizaje: tiempo de dedicación: 1 h

Realización de ejercicios de autoevaluación: tiempo de dedicación: 1h

Se subirá a la plataforma el día 8 del primer mes: 8 de noviembre 2022

Actividad 3

Lectura de la Actividad 3: tiempo de dedicación: 1 h

Presentación de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Cuaderno de aprendizaje: tiempo de dedicación: 1 h

Realización de ejercicios de autoevaluación: tiempo de dedicación: 1h

Se subirá a la plataforma el día 15 del primer mes: 15 noviembre 2022

Actividad 4

Lectura de la Actividad 4: tiempo de dedicación: 1 h

Presentación de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Cuaderno de aprendizaje: tiempo de dedicación: 1 h

Realización de ejercicios de autoevaluación: tiempo de dedicación: 1h

Se subirá a la plataforma el día 22 del primer mes: 22 noviembre 2022

Actividad 5

Lectura de la Actividad 5: tiempo de dedicación: 1 h

Presentación de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Cuaderno de aprendizaje: tiempo de dedicación: 1 h

Realización de ejercicios de autoevaluación: tiempo de dedicación: 1h

Se subirá a la plataforma el día 29 del primer mes: 29 noviembre 2022

Actividad 6

Lectura de la Actividad 6: tiempo de dedicación: 1 h

Presentación de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Cuaderno de aprendizaje: tiempo de dedicación: 1 h

Realización de ejercicios de autoevaluación: tiempo de dedicación: 1h

Se subirá a la plataforma el día 5 del segundo mes: 5 dic 2022

Actividad 7

Lectura de la Actividad 7: tiempo de dedicación: 1 h

Presentación de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Cuaderno de aprendizaje: tiempo de dedicación: 1 h

Realización de ejercicios de autoevaluación: tiempo de dedicación: 1h

Se subirá a la plataforma el día 13 del segundo mes: 13 dic 2022

Actividad 8

Lectura de la Actividad 8: tiempo de dedicación: 1 h

Presentación de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Cuaderno de aprendizaje: tiempo de dedicación: 1 h

Realización de ejercicios de autoevaluación: tiempo de dedicación: 1h

Se subirá a la plataforma el día 20 del segundo mes: 21 dic 2022

Actividad 9

Lectura de la Actividad 9: tiempo de dedicación: 1 h

Presentación de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Cuaderno de aprendizaje: tiempo de dedicación: 1 h

Realización de ejercicios de autoevaluación: tiempo de dedicación: 1h

Se subirá a la plataforma el día 27 del segundo mes: 27 dic 2022

Actividad 10

Lectura de la Actividad 10: tiempo de dedicación: 1 h

Presentación de la Actividad 1: tiempo de dedicación: 1 h

Cuaderno de aprendizaje: tiempo de dedicación: 1 h

Realización de ejercicios de autoevaluación: tiempo dedicación: 1h

Se subirá a la plataforma el día 3 del tercer mes: 3 enero 2023.

4.5. Evaluación final

Tiempo dedicación: 2 horas

Se realizará en la plataforma del día 4 al 30 de enero de 2023

4.6. Caso práctico

Tiempo de dedicación: 4 horas

Se subirá a la plataforma del día 4 al 30 de enero de 2023

4.7. Evaluación

- 1) Realizar los cuestionarios de autoevaluación de cada actividad. El alumno debe superar el 50% de las respuestas correctas para aprobar.
- 2) Evaluación activa: Tiempo de conexión mínimo: 80% de las horas de conexión imprescindible previstas.
- 3) Superar el 80% de los controles de evaluación del aprendizaje.

- 4) Se valorará positivamente a la hora de la evaluación la participación en el foro de debate/mensajería de la plataforma.
- 5) Cumplimentar la encuesta de satisfacción del alumno.
- 6) Realizar la evaluación final: el alumno debe superar el 70% de las respuestas correctas para aprobar.
- 7) Realizar un caso práctico.
- 8) Lectura de recursos bibliográficos.

Finalización del Capítulo didáctico

Plazo final 30 enero de 2023

Encuesta de satisfacción de alumno

Plazo final 30 enero de 2023

CAPÍTULO 5:

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. Discusión

El término de la vida fértil de la mujer se denomina menopausia. Esta transición consta de 12 meses consecutivos, exentos de sangrado menstrual, sin que exista una causa patológica. La no presencia de la menstruación viene originada por el descenso de estrógenos.

No hay que confundir la menopausia con el climaterio que abarca desde la etapa reproductiva a la no reproductiva, englobando las fases de premenopausia, perimenopausia, menopausia y postmenopausia.

Durante el climaterio, existe una sintomatología que se divide en tres categorías como son la somato-vegetativa, psicológica y urogenital. Antes del diagnóstico de manera retrospectiva de la menopausia, los bochornos o sofocos junto con la aparición de sudores nocturnos son los síntomas más comunes que le ocurren a la mujer junto con la presencia de ciclos irregulares.

Esta sintomatología no es igual en todas las mujeres, pero si existen, pueden llegar a influir en la calidad de vida de la mujer, alterando sus ámbitos como son de pareja, personal, laboral y social.

Para poder determinar la calidad de vida de la mujer durante el climaterio, podemos hacer uso de una escala denominada Menopause Rating Scale (MRS). Se trata de un cuestionario que cada mujer realiza, para que pueda autoasignarse la valoración que más se asemeje a su sintomatología climatérica.

Hay que destacar que tanto los hábitos saludables, como son la alimentación y el ejercicio físico, unido a las variables sociodemográficas tienen una vinculación muy estrecha en cómo se van a expresar estos síntomas climatéricos.

Este estudio llevado a cabo en Almería (España) se ha realizado con un total de 130 participantes. El objetivo principal de esta investigación ha sido identificar las diferencias en hábitos de vida como en variables sociodemográficas entre mujeres que se encontraban en premenopausia y postmenopausia, para poder descubrir qué variables se vinculan a la sintomatología menopáusica.

Respecto a los resultados en variables sociodemográficas, destacar la existencia en mujeres postmenopáusicas:

De mayores valores significativamente más altos que en mujeres premenopáusicas.

Mayor porcentaje de mujeres sin pareja estable.

Mayor intensidad en síntomas totales somato-vegetativos y urogenitales, medidos en la escala MRS.

Se ha podido comprobar que la edad está directamente relacionada con el aumento de síntomas somato-vegetativos, pero, sin embargo, inversamente con los síntomas psicológicos.

En la postmenopausia se ha podido obtener como resultado que conforme la mujer tiene más edad, predomina un aumento del IMC y con una menor frecuencia de pareja estable, donde se agrupan las mujeres divorciadas y/o separadas. Hay que destacar que no existen diferencias significativas en cuanto a hábitos de vida saludable.

Durante la postmenopausia, la sintomatología total es mayor, categorizándola de moderada y asociada a una mayor sintomatología somato-vegetativa y urogenital.

La calidad de vida se ve influenciada por la edad, por las relaciones de pareja y por el aumento de peso.

La adherencia a la dieta mediterránea es inversamente con los síntomas somato-vegetativos de la escala MRS. Mientras que el ejercicio físico y el estado civil son inversamente relacionados con los síntomas psicológicos en la escala MRS. El número de hijos se relaciona directamente como variable predictora de los MRS urogenitales. Dentro de las tres subescalas somato-vegetativa, urogenital y psicológica, existe una correlación positiva entre las tres.

Hay que destacar la importancia de los hábitos de vida saludable como es el ejercicio físico y la dieta mediterránea, en el descenso de sintomatología menopáusica. Debido a cambios hormonales, de variables sociales y de hábitos de vida, la mujer tiene un aumento de peso durante la menopausia, predominando el tejido adiposo abdominal.

La sintomatología psicológica tanto en mujeres premenopáusicas como postmenopáusicas son leves, es decir, no se agravan con la edad. Y que el ejercicio físico realizado semanalmente y el estado civil se han asociado con una menor sintomatología psicológica.

La adherencia a la dieta mediterránea es un factor asociado a un descenso de síntomas somato-vegetativos. Hay que destacar la importancia de los hábitos de vida saludables como el ejercicio físico y la dieta mediterránea, para disminuir los síntomas menopáusicos, mejorando el bienestar de la mujer menopáusica.

5.2. Limitaciones del estudio

Como limitaciones del estudio de investigación, destacar la muestra de la población de mujeres participantes. Debido a que son de zonas urbanas con situación socio-económica favorables, sería necesario en un futuro realizar estudios, incluyendo mujeres climatéricas que vivan en zonas no urbanas, como zonas rurales y con situaciones socio-económicas no favorables, incluso mujeres de otras razas, para que la muestra poblacional sea más representativa.

Como conclusión, subrayar la importancia de que existan formaciones impartidas a mujeres climatéricas, para que conozcan de primera mano qué ocurre en el climaterio, identificar los síntomas posibles, la importancia de llevar una dieta saludable y la realización del ejercicio físico. Todos estos hábitos de educación sanitaria a mujeres que se encuentren en el climaterio, van a permitir aumentar el bienestar e incluso mejorar la calidad de vida de la mujer en menopausia, afianzando de esta manera, el autocuidado de mujeres en menopausia, fomentando la salud en esta etapa de la vida de la mujer, como parte importante de transición e información educativa.

5.3. Futuras líneas de investigación

Los resultados aquí presentados señalan la importancia de mantener hábitos de vida saludables específicos como el ejercicio y la dieta mediterránea, para disminuir la sintomatología asociada a la menopausia y mejorar la calidad de vida de mujeres menopáusicas. Adicionalmente, los resultados observados justifican la necesidad de una investigación más detallada de varios temas. Por ejemplo, sería interesante conocer los efectos de la dieta mediterránea a largo plazo en síntomas menopáusicos específicos, así como las interrelaciones entre distintos tipos de síntomas. Nuestro estudio presenta ciertas limitaciones en la muestra poblacional, ya que las mujeres participantes fueron en su mayoría provenientes de zonas urbanas, y con una situación socioeconómica favorable. Futuros estudios podrían incorporar mujeres en situaciones más desfavorables, así como pertenecientes a otras etnias o razas, para mejorar la representatividad de la población de mujeres menopáusicas en Almería. Concluimos sugiriendo la necesidad del desarrollo de actividades informativas en centros de salud en

Almería a mujeres para divulgar la importancia de hábitos saludables, así como para fomentar una actitud y percepción constructivas sobre la menopausia, previniendo así la aparición de sintomatología, y mejorando la calidad de vida de la mujer.

CAPÍTULO 6:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aedo, S., Porcile, A., & Iribarra, C. (2006). Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(6), 402-409.

AEEM (2010). Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Información sobre menopausia y osteoporosis. Día mundial de la menopausia: Cuida tus huesos desde el inicio de la menopausia. Disponible en: <https://www.consejosdetufarmaceutico.com/articulo/cuida-tus-huesos-desde-el-inicio-de-la-menopausia/>

AEEM (2011). Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Una de cada cuatro mujeres posmenopáusicas es obesa. Disponible en: <https://www.consejosdetufarmaceutico.com/articulo/una-de-cada-cuatro-mujeres-posmenopausica-es-obesa/>

Aguiló, E. (2001). Grupos de Mujeres: Menopausia, Madurez y Vida Cotidiana. Una experiencia de Intervención Comunitaria desde Atención Primaria. *Dimensión Humana*, 5(1), 41-45.

Aibar-Almazán, A., Martínez-Amat, A., Cruz-Díaz, D., Jiménez-García, JD, Achalandabaso, A., Sánchez-Montesinos, I., ... & Hita-Contreras, F. (2018). Sarcopenia y obesidad sarcopénica en mujeres españolas de mediana edad y mayores que viven en la comunidad: asociación con la confianza en el equilibrio, el miedo a las caídas y el riesgo de caídas. *Maturitas*, 107, 26-32.

Álvarez, C., & Campillo, R. R. (2013). Effects of a low intensity strength training program on overweight/obese and premenopausal/menopausal women. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 15, 427-436.

Arpels, J. C. (1996). The female brain hypoestrogenic continuum from the premenstrual syndrome to menopause. A hypothesis and review of supporting data. *The Journal of reproductive medicine*, 41(9), 633-639.

Artiles, L., Manzano, B., & Navarro, D. (2002). Cuerpo, sexualidad y climaterio: la necesidad de un manejo médico social integral. *Revista de la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 11(4): 2-7.

Aso, T. (1997). Demography of the menopause and pattern of climacteric symptoms in the East Asian region. In *Proceedings of the first consensus meeting on menopause in the East Asian Region*, Geneva (pp. 2-30).

Avilés-Martínez, M. A., López-Román, F. J., de Cádiz, M. J. G. G., Arnau-Sánchez, J., Martínez-Ros, M. T., Fernández-López, M. L., ... & Menarguez-Puche, J. F. (2022). Beneficios de un programa de ejercicio físico comunitario prescrito desde Atención Primaria en la salud de mujeres perimenopáusicas/menopáusicas. *Atención Primaria*, 54(1), 102119.

Ayala-Peralta, F., Ayala-Moreno, D., Luna-Figueroa, A., Carranza-Asmat, C., Quiñones-Pereyra, E. Y., Ayala-Palomino, R., ... & Ochante-Rementería, J. (2017). Síndrome genitourinario de la menopausia: clínica y manejo. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 6(1), 66-73.

Ayala-Peralta, F. D. (2020). Estrategias de manejo durante el climaterio y menopausia. Guía práctica de atención rápida. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 9(2), 34-41.
<https://doi.org/10.33421/inmp.2020204>

Azaña, M. M., & Goy, E. I. (1999). Terapia hormonal sustitutiva en la menopausia. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 23(2), 33-44.

Barrea, L., Pugliese, G., Laudisio, D., Colao, A., Savastano, S., & Muscogiuri, G. (2021a). Mediterranean diet as medical prescription in menopausal women with obesity: a practical guide for nutritionists. *Critical reviews in food science and nutrition*, 61(7), 1201-1211.

Barrea, L., Pugliese, G., Laudisio, D., Savastano, S., Colao, A., & Muscogiuri, G. (2021b). Does mediterranean diet could have a role on age at menopause and in the management of vasomotor menopausal symptoms? The viewpoint of the endocrinological nutritionist. *Current Opinion in Food Science*, 39, 171-181.

Becker, D., Lomranz, J., Pines, A., Shmotkin, D., Nitz, E., Bennamitay, G., & Mester, R. (2001). Psychological distress around menopause. *Psychosomatics*, 42(3), 252-257.

Bener, A., & Falah, A. (2014). A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. *Journal of mid-life health*, 5(3), 126.

Bennett, S. (2016). La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias. *Departamento de Comunicación de la OMS*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es>.

Bisognin, P., Alves, C. N., Wilhelm, L. A., Prates, L. A., Scarton, J., & Ressel, L. B. (2015). O climatério na perspectiva de mulheres. *Enfermería Global*, 14(3), 155-180.

Bonilla-Marín, F.R. (2012). Síndrome Climatérico. *Revista Archivos de Medicina General de México*, 1(1), 56-61

Buckler, H. (2005). The menopause transition: endocrine changes and clinical symptoms. *British Menopause Society Journal*, 11(2), 61-65.

Bungay, G. T., Vessey, M. P., & McPherson, C. K. (1980). Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. *Br Med J*, 281(6234), 181-183.

Caballero-Gordo, A. (1997). Hábitos tóxicos y menopausia. *Acta Ginecológica*; 54: 324-332.

Caicedo, Á. P., Castro, A. M., & Pérez, I. R. (2010). Evaluación de la calidad de vida en la menopausia, mediante la escala "Menopause Rating Scale"(MRS): una revisión sistemática. *MedUNAB*, 13(3), 139-145.

Cancho Ninahuamán, Y. J. (2019). Relación entre nivel de conocimiento y el cumplimiento del autocuidado de la menopausia en las mujeres pre menopáusicas que acuden al Hospital Tipo II EsSalud "Carlos García Godos" de Ayacucho, 2018.

Capote Bueno, M. I., Segredo Pérez, A. M., & Gómez Zayas, O. (2011). Climaterio y menopausia. *Revista cubana de medicina general integral*, 27(4), 543-557.

Carbajal, A., & Ortega, R. (2001). La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. *Rev Chil Nutr*, 28(2), 224-36.

Carvajal-Lohr, A., Flores-Ramos, M., Montejo, S. M., & Vidal, C. M. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatología y reproducción humana*, 30(1), 39-45.

Castaño, D., & Martínez-Benlloch, I. (1990). Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 6(2), 159-168.

Castillo-Carniglia, Á., Albala, C., Dangour, A. D., & Uauy, R. (2012). Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 414-420.

Chedraui, P., San Miguel, G., & Avila, C. (2009). Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors. *Gynecological Endocrinology*, 25(2), 130-135.

Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 160(6), 1147-1156.

Coulam, CB, Adamson, SC y Annegers, JF (1986). Incidencia de insuficiencia ovárica prematura. *Obstetricia y ginecología* , 67 (4), 604-606.

Couto Núñez, Dayana, Nápoles Méndez, Danilo, & Mustelier Ferrer, Héctor Luis. (2012). Menopause surgically induced. *MEDISAN*, 16(12), 1906-1914.

Dabrowska, J., Dąbrowska-Galas, M., Rutkowska, M., & Michalski, B. A. (2016). Twelve-week exercise training and the quality of life in menopausal women—clinical trial. *Przegląd menopauzalny= Menopause review*, 15(1), 20.

Danforth, D.N. (2000). Tratado de obstetricia y ginecología (8.^a ed.).Barcelona: Interamericana McGraw-Hill.

De Vos, M., Devroey, P. y Fauser, BC (2010). Insuficiencia ovárica primaria. *The Lancet* , 376 (9744), 911-921.

Dennerstein, L., Dudley, E., Guthrie, J., & Barrett-Connor, E. (2000). Life satisfaction, symptoms, and the menopausal transition. *Medscape women's health*, 5(4), E4-E4.

Dennerstein, L., Dudley, E. C., Hopper, J. L., Guthrie, J. R., & Burger, H. G. (2000). A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 96(3), 351-358.

Dennerstein, L., & Soares, C. N. (2008). The unique challenges of managing depression in mid-life women. *World psychiatry*, 7(3), 137.

De Paz, I. P., Hernando, C. A., & Roldán, J. O. (2006). Obesidad y menopausia. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6), 633-637.

Dilsen, G., Oral, A., & Gökmen, E. (1991). Papel de la actividad física en la prevención y tratamiento de la osteoporosis. *Rev Clin Esp*, 188, 59-64.

Dueñas Fuentes, J. R., Moral Gutiérrez, I., Linares Abad, M., Linares Abad, M., & Serrano Martos, J. (2000). Cuidados para una menopausia saludable.

EDADES (2018). Encuesta sobre alcohol y drogas en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017-2018_Resumen_\(ampliado\).pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017-2018_Resumen_(ampliado).pdf)

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F. (1997). Alcohol y salud pública. Barcelona: Prous.

Elavsky, S., & McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52(3-4), 374-385.

Elavsky, S., & McAuley, E. (2007). Physical activity and mental health outcomes during menopause: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 132-142.

Fernández-Hernández, S., del Moral-Laguna, E. A., Linares-Pérez, M. L., Jiménez-Zamarripa, C. A., & Calzada-Mendoza, C. C. (2011). Influencia de la edad de inicio de la menopausia en sobrepeso, obesidad y dislipidemia. *El residente*, 6(3), 154-159.

Flores-Álvarez, J.C., Chulvi-Alabort V. (1997). Climaterio y ejercicio físico: la experiencia de 6 centros de salud de la Comunidad Valenciana. *Atención Primaria*. 20: 137-140.

Frey, B. N., Lord, C., & Soares, C. N. (2008). Depression during menopausal transition: a review of treatment strategies and pathophysiological correlates. *Menopause international*, 14(3), 123-128.

Fuentes Solís, S. M., & Amaguaya Pluas, M. N. (2021). Prevalencia de manifestaciones clínicas de la mujer durante las etapas del climaterio en el área de consulta externa en un Centro de Salud de Guayaquil 2020.

García-Meseguer, M. J., Burriel, F. C., García, C. V., & Serrano -Urrea, R. (2014). Adherence to mediterranean diet in a spanish university population. *Appetite*, 78(0), 156-164.

García-Moñino, M. C. (2017). Factores relacionados con el bienestar de las mujeres en la etapa del climaterio. Escuela internacional de *Doctorado*. *Universidad de Murcia*.

García, J. A. S., Ruiz, J. A., Baños, A. I. C., Lazaro, J. A. M., & Ramis, B. S. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13(2), 276-292.

García-Viniegras, V., Regina, C., & Maestre Porta, S. (2003). Climaterio y bienestar psicológico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 29(3), 0-0.

Gath, D., & Iles, S. (1990). Depression and the menopause. *BMJ: British Medical Journal*, 300(6735), 1287.

Generalitat Valenciana. (1992). Conselleria de Sanitat i Consum. Programa de atención integral a la mujer climatérica. Valencia: Generalitat Valenciana.

Gibbs, Z., Lee, S., & Kulkarni, J. (2013). Factors associated with depression during the perimenopausal transition. *Women's Health Issues*, 23(5), e301-e307.

Goberna-Tricas, J. (2002). Promoción de la salud en el climaterio. *Matronas Profesión*, 2002, num. 8, p. 4-12.

Gómez-Cabello, A., Vicente-Rodríguez, G., Pindado, M., Vila, S., Casajús, J. A., Pradas de la Fuente, F., & Ara, I. (2012). Mayor riesgo de obesidad y obesidad central en mujeres post-menopáusicas sedentarias. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 865-870.

Gómez-Calcerrada, S. G. (2006). Tratamiento cognitivo conductual en la menopausia (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

González, N. F., & Rivas, A. D. (2018). Actividad física y ejercicio en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25, 125-131.

Grao-Cruces, A., Nuviala, A., Fernández-Martínez, A., Porcel-Gálvez, A. M., Moral-García, J. E., & Martínez-López, E. J. (2013). Adherencia a la dieta mediterránea en adolescentes rurales y urbanos del sur de España, satisfacción con la vida, antropometría y actividades físicas y sedentarias. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 1129-1135.

Gutiérrez, C. V., Venegas, J. M. R., de Oliveira, E. A., Quintana, F. C., Villaverde, G. R., & Rodrigo, J. R. (2004). Ejercicio físico, densidad mineral ósea y calidad de vida en mujeres menopáusicas.(Exercise, bone mineral density and quality of life in menopause women). *Cultura, Ciencia y Deporte*, 1(1), 21-24.

Hammar, M., And, G. B., & Lindgren, R. (1990). Does physical exercise influence the frequency of postmenopausal hot flushes?. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 69(5), 409-412.

Heinemann, L. A., Potthoff, P., & Schneider, H. P. (2003). International versions of the menopause rating scale (MRS). *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 1-4.

Hernández, R. A. (2018). Menopausia. *Revista Médica Sinergia*, 2(12), 7-10.

Hernández-Muñoz, A. E., Méndez-Magaña, A., Herrera-Godina, M. G., Fletes-Rayas, A. L., Cabrera-Pivaral, C. E., & Vázquez-Pérez, B. A. (2019). Riesgo para el desarrollo de Trastorno Depresivo Mayor al existir alteraciones en la sintomatología menopaúsica en mujeres de Guadalajara, Jalisco. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(4), 297-306.

INE (2020). Instituto Nacional de Estadística. Consumo y exposición al tabajo: consumo de tabaco según sexo y grupo de edad. <https://www.ine.es/dynqs/INEbase/listaoperaciones.htm> (Acceso el 12/07/2022).

Jadresic, E. (2009). Climaterio: Depresion y Alteraciones del ánimo. *Revista Médica Clínica Condes*, 61-65.

Jaszmann, J. (1969). The perimenopausal symptoms. *Medical Gynaecology and Sociology*, 4, 268-277.

Kim, M. J., Cho, J., Ahn, Y., Yim, G., & Park, H. Y. (2014). Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women. *BMC women's health*, 14(1), 122.

Knight, M. G., Anekwe, C., Washington, K., Akam, E. Y., Wang, E., & Stanford, F. C. (2021). Weight regulation in menopause. *Menopause (New York, NY)*, 28(8), 960.

Kroemeke, A., Zając-Gawlak, I., Pośpiech, D., Gába, A., Přidalová, M., & Pelclová, J. (2014). Postmenopausal obesity: 12,500 steps per day as a remedy? Relationships between body composition and daily steps in postmenopausal women. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 13(4), 227-232.

Laporta-Merino (2019). Ejercicio físico y osteoporosis, parte I. KAIZEN, entrenamiento personal y nutrición. Disponible en: <https://www.kaizenepn.es/articulos/osteoporosis-parte-I> (Acceso el 12/07/2022).

Lee, M. S., Kim, J. H., Park, M. S., Yang, J., Ko, Y. H., Ko, S. D., & Joe, S. H. (2010). Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *Journal of Korean medical science*, 25(5), 758-765.

López, J. J. C. (2017). *La comunicación en el uso responsable de los medicamentos y la venta cruzada* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

Lugones Botell, Miguel, Quintana Riverón, Tania Y, & Cruz Oviedo, Yolanda. (1997). Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(5), 494-503.

Lugones-Botell, M., Valdés-Domínguez, S., & Pérez-Piñero, J. (2001). Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (I). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 27(1), 16-21.

Llanos Tejada, F. K. (2004). Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana. *Revista Médica Herediana*, 15(1), 24-29.

Márquez-Sandoval, F., Bulló, M., Vizmanos, B., Casas-Agustench, P., & Salas-Salvadó, J. (2008). Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional. *Antropo*, 16, 11-22.

Martín, R. M., Padilla, R. M. G., Saavedra, M. P. O., & Barroso, N. S. (2014). Calidad de vida y menopausia: resultados de una intervención psicoeducativa. NURE investigación: *Revista Científica de enfermería*, 11(70), 6.

Mastorakos, G., Valsamakis, G., Paltoglou, G., & Creatsas, G. (2010). Management of obesity in menopause: diet, exercise, pharmacotherapy and bariatric surgery. *Maturitas*, 65(3), 219-224.

McEwen, B. S., Davis, P. G., Parsons, B., & Pfaff, D. W. (1979). The brain as target for steroid hormone action. *Annual review of neuroscience*, 2: 65-112.

McKinlay, J. B., McKinlay, S. M., & Brambilla, D. (1987). The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged women. *Journal of health and social behavior*, 345-363.

McMillan, L., Owen, L., Kras, M., & Scholey, A. (2011). Behavioural effects of a 10-day mediterranean diet. results from a pilot study evaluating mood and cognitive performance. *Appetite*, 56(1), 143-147.

Medialdea, L., Bodas, I., Del Valle, A., Prado, C., Carmenate Moreno, M., & Marrodán, M. (2015). Eficacia de la suplementación nutricional con *Caralluma fimbriata* en la reducción del síndrome metabólico durante el climaterio. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*.

Medina López, V. A. (2021). Aplicación de un programa de ejercicios físicos en mujeres climatéricas a través de la telerehabilitación.

Moratalla Cecilia, N. (2017). Salud integral en mujeres peri y menopáusicas integradas en un estudio multidisciplinar.

Morato HL, Malacara HJM. Condiciones metabólicas y hormonales en la menopausia. *Rev Endocrinol Nutr.* 2006;14(3):149-155.

Moreau, K. L., Hildreth, K. L., Meditz, A. L., Deane, K. D., & Kohrt, W. M. (2012). Endothelial function is impaired across the stages of the menopause transition in healthy women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(12), 4692-4700.

Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.

Mundial, B. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial.

Muñoz, J. M. H., Cazorla, A. R., & Salido, A. M. (2015). Influencia de la menopausia en la aparición de alteraciones depresivas. *Investigación en salud y envejecimiento Volumen II*, 135.

NAMS. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2017;24(7):1-26

Navarro, D., & Cardona, D. (2008). Consecuencias hormonales del cese de la función reproductiva del ovario. *Climaterio y menopausia: Un enfoque desde lo social.* Havana: Editorial Científico Técnica, 147-65.

Navarro-Despaigne, D., Díaz-Socorro, C., Soria-Mejías, O., Prado-Martínez, C., & Díaz-Curiel, M. (2017). Índice de masa corporal y masa ósea en mujeres postmenopáusicas: dilema en la práctica clínica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(4), 527-539.

Nogué, M. Y., Uriel, A. S. L., Benito, N. S. R., Ortega, D. S., & Lorente, S. R. (2021). Proceso atención enfermería mujer durante la menopausia y climaterio. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(6), 81.

Ocaña Arenas, A., Baos, V., Amariles Muñoz, P., Palop Larrea, V., Sáez-Benito Suescun, L., Sempere Verdú, E., ... & Plaza Piñol, F. (2008). Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores.

Olveira, C., Olveira, G., Espildora, F., Girón, R., Vendrell, M., Dorado, A., & Martínez-García, M. (2014). Mediterranean diet is associated on symptoms of depression and anxiety in patients with bronchiectasis. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 277-283.

OMS. (2009). Organización Mundial de la Salud. Salud en la mujer. Nota descriptiva N°334. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>.

Organización Panamericana de la Salud. Frecuencia de los síntomas de menopausia y riesgos asociados en Ecuador. *Rev Panam Salud Publica* / *Rev Panam Salud Pública* / *Pan Am J Public Health*. 2007;21(5):331.

Ortega, M. S. (2022). Sentido de vida, vacío existencial, satisfacción con la vida y sintomatología asociada a la menopausia.

Ortega-Ruiz, C. (2012). Bienestar psicológico y relaciones interpersonales íntimas en mujeres de la provincia de Almería. Trabajo fin de Máster. Universidad de Almería.

Parez, L.E. y Rojas, I (2011). Menopausia: panorama actual de manejo. *Revista Med*, 19(1), 56-65.

Palacios, S. & Menéndez, C. (1998). Guía de la Menopausia. Madrid: Pirámide.

Palmer Pérez, E. A. (2019). Intervención para la prevención de sobrepeso y obesidad en mujeres en fase de premenopausia, menopausia y posmenopausia. Diseño de intervención. Trabajo final de carrera. Universitat Oberta de Catalunya.

Parletta, N., Milte, C. M., & Meyer, B. J. (2013). Nutritional modulation of cognitive function and mental health. *The Journal of Nutritional Biochemistry*, 24(5), 725-743.

Paredes Perez, J., & Ruiz Cáseres, M. (1994). Menopausia y osteoporosis. *Rev. med. IESS*, 48-50.

Pavón-de-Paz, I., Alameda-Hernando, C., & Olivar-Roldán, J. (2006). Obesidad y menopausia. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6), 633-637.

Pedrajas-Navas, J. M., & Molino-González, Á. M. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y salud*, 19(3), 277-293.

Pérez-Fernández, M. R., Almazán, R. O., Martínez, J. P., Alves, M. P., Segura-Iglesias, M. C., & Perez-Fernandez, R. (2014). Healthy habits and osteoporosis prevention in perimenopausal women from rural areas. *Gaceta sanitaria*, 28(2), 163-165.

Pérez-López, F. R., Fernández-Alonso, A. M., Chedraui, P., & Simoncini, T. (2013). Chapter 10 - mediterranean lifestyle and diet: Deconstructing mechanisms of health benefits. In R. R. Watson, & V. R. Preedy (Eds.), *Bioactive food as dietary interventions for the aging population* (pp. 129-138). San Diego: Academic Press.

Pérez-Roncero, G. R., Martínez-Deaerth, R., López-Baena, M. T., & Ornat-Clemente, L. (2013). Síntomas relacionados con el climaterio en mujeres residentes en la provincia de zaragoza. *Enfermería Clínica*, 23(6), 252-261.

Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., & Ramos, C. (2012). Menopausal symptoms: Do life events predict severity of symptoms in peri- and post-menopause? *Maturitas*, 72(4), 324-331.

Porqueras, R. (2012). ¿Conoces la relación de la menopausia y la depresión? *Rev. La Psicología de la Salud*, Instituto Nacional de estadística (INE)

Quintana Ramírez, M., & Vázquez Lazo, C. (2008). Aspectos biopsicosociales que caracterizan a mujeres con Síndrome Climatérico. *Revista cubana de enfermería*, 24(1), 0-0.

Rekers, A.C. Drogendijk, H.A. Valkenburg, F. Riphagen, The menopause, urinary incontinence and other symptoms of the genito-urinary tract, *Maturitas*, Volume 15, Issue 2, 1992, Pages 101-111, ISSN 0378-5122, [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(92\)90244-X](https://doi.org/10.1016/0378-5122(92)90244-X)

Rico Martín, S., Santano Mogena, E., Cobos Serrano, J. L., Sánchez Calvarro, M. L., Gil Fernández, G., & Calderón García, J. F. (2017). Actividad física y obesidad en mujeres y su relación con la menopausia. *Index de Enfermería*, 26(3), 138-141.

Rindner, L., Strömme, G., Nordeman, L., Wigren, M., Hange, D., Gunnarsson, R., & Rembeck, G. (2017). Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. *BMC women's health*, 17(1), 1-8.

Riobó, P., Fernández Bobadilla, B., Kozarcewski, M., & Fernández Moya, J. M. (2003). Obesidad en la mujer. *Nutrición Hospitalaria*, 18(5), 233-237.

Rivera Mercado, S., Villouta Cassinelli, M. F., & Ibalca Grez, A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria?. *Rev Aten Primaria*. 2008; 40 (5): 257-261.

Rojas Cabana, A.S. (2003). Prácticas de autocuidado que realizan mujeres premenopáusicas del Asentamiento Humano Cerro del Sauce Alto. Lima. Perú.

Ruiz-Cabello, P. (2017). Nivel de adhesión e influencia de la dieta mediterránea sobre la salud mental en fibromialgia, riesgo cardiometabólico y densidad mineral ósea en mujeres perimenopáusicas.

Ruiz-Rodríguez, A. K., Aguilar-Castro, J., & Sánchez-Rodríguez, M. A. Bochornos y estrés oxidativo en la postmenopausia. Una revisión narrativa. *Casos y Revisiones de Salud* 2020; 2(1):29-41.

Salvador, J. (2008). Climaterio y menopausia: Epidemiología y fisiopatología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54(2), 71-78.

Sánchez-Cánovas, J. (1996). Menopausia y salud. Barcelona: Ariel.

Schneider, H. P. G., Heinemann, L. A. J., Rosemeier, H. P., Potthoff, P., & Behre, H. M. (2000). The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*, 3(1), 59-64.

Serra Majem, L., & Ortiz Andrellucchi, A. (2018). La dieta mediterránea como ejemplo de una alimentación y nutrición sostenibles: enfoque multidisciplinar. *Nutrición hospitalaria*, 35(SPE4), 96-101.

Sesma Pardo, Eva, Finkle, Joshua, Gonzalez Torres, Miguel Ángel, & Gaviria, Moisés. (2013). Depresión perimenopáusica: una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 681-691.

Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA). Consenso de Climaterio: Rol actual de la terapia hormonal de menopausia y estrategias de prevención en la medicina del climaterio. Argentina, 2018

Sordia Hernández, LH (2011). Menopausia: la severidad de su sintomatología y depresión. Universitat Autònoma de Barcelona,.

Soto-Rodríguez, A., García-Soidán, J. L., Toro-Santos, M. D., Rodríguez-González, M., Arias-Gómez, M. J., & Pérez-Fernández, M. R. (2017). Ensayo clínico con intervención educativa en mujeres perimenopáusicas con un factor de riesgo cardiovascular. *Gaceta Sanitaria*, 31, 48-52.

Soules, M. R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W., & Woods, N. (2001). Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Climacteric*, 4(4), 267-272.

Stewart, D. E., Boydell, K., Derzko, C., & Marshall, V. (1992). Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22(3), 213-220.

Stuenkel, CA, Davis, SR, Gompel, A., Lumsden, MA, Murad, MH, Pinkerton, JV y Santen, RJ (2015). Tratamiento de los síntomas de la menopausia: una guía de práctica clínica de la sociedad endocrina. *Revista de Endocrinología Clínica y Metabolismo*, 100 (11), 3975-4011.

Tapia, H. L., Bravo, L. M., Montiel, J. D. M., & Campos, E. G. (2002). Depresión mayor y menopausia. Un estudio controlado. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 35(3), 138-143.

Torres-Pascual, C. (2018). Tendencias internacionales de publicación sobre el ejercicio físico en la menopausia. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACIMED)*, 29(3), 1-14.

Torres Jiménez, Ana Paola, & Torres Rincón, José María. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(2), 51-58.

Toth, M. J., Tchernof, A., Sites, C. K., & Poehlman, E. T. (2000). Effect of menopausal status on body composition and abdominal fat distribution. *International Journal of Obesity*, 24(2), 226-231.

Úbeda, N., Basagoiti, M., Alonso-Apperte, E., & Varela-Moreiras, G. (2007). Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. *Nutrición Hospitalaria*, 22(3), 313-321.

Varela-Moreiras G, Avila JM, Cuadrado C, del Pozo S, Ruiz E, Moreiras O. Evaluation of food consumption and dietary patterns in Spain by the Food Consumption Survey: updated information. *Eur J Clin Nutr.* 2010 Nov;64 Suppl 3:S37-43. doi: 10.1038/ejcn.2010.208. PMID: 21045847.

Vázquez, J. M. C. (2001). La tercera edad y el Derecho. In *Anales de la Real Academia de jurisprudencia y legislación* (No. 31, pp. 337-360). Real Academia de jurisprudencia y legislación.

Vélez Toral, M. (2014). Ejercicio físico y calidad de vida en la postmenopausia: aspectos psicológicos implicados y beneficios derivados. Universidad de Granada.

Villalón M., Cutillas, L., Martínez-Martínez, F., Lopez-García de la Serrana, H., Oliveras-López, M., & Samaniego-Sánchez, C. (2012). La oficina de farmacia: Una herramienta para conocer el grado de adherencia a la dieta mediterránea de la población. *Ars Pharmaceutica*, 53(3), 19-25.

Yagüe Nogué, M., & Hijós Larraz, L. A. Necesidades de la mujer durante la menopausia. *Actuación de enfermería*.

Yanes Calderón, M., Benítez Cordero, Y., & Alfonso Orta, I. (2004). Síndrome climatérico: caracterización clínica y socio-epidemiológica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(4), 0-0.

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), 552-562.

Zegers-Prado, B., Rojas-Barahona, C., & Förster Marín, C. (2009). Validez y confiabilidad del Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin en una muestra de adultos y adultos mayores en Chile. *Terapia psicológica*, 27(1), 15-26.

Zylstra, S., & Hopkins, A. (1989). Efecto de la actividad física sobre la densidad ósea de la columna lumbar y cuello del fémur. *International Journal of Sports Medicine*, 10, 181-186.

Wang, Q., Hassager, C., Ravn, P., Wang, S., & Christiansen, C. (1994). Total and regional body-composition changes in early postmenopausal women: age-related or menopause-related?. *The American journal of clinical nutrition*, 60(6), 843-848.

WHO (1999). World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO Department of Noncommunicable Disease Surveillance, 1999.

WHO (2010). World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization, 2010.

CAPÍTULO 7:

ANEXOS

7.1. Anexo 1: Cuestionario factores de inclusion y exclusion**CUESTIONARIO FACTORES INCLUSIÓN Y FACTORES DE EXCLUSIÓN**

-ANALFABETISMO: SI/NO

-EDAD (45-60 años):

-CICLO MENSTRUAL: SI/NO

-CICLO MENSTRUALES IRREGULARES O AUSENCIA DE ALGÚN CICLO EN EL ÚLTIMO AÑO O DESDE HACE 12 MESES: SI/NO

-RETIRADA DEL CICLO MENSTRUAL HACE 12 MESES (1 AÑO) O MÁS DE 1 AÑO: SI/NO

-HISTERECTOMÍA (MENOPAUSIA ARTIFICIAL) : SI/NO

-DIAGNOSTICADA DE DEPRESIÓN: SI/NO

-TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS: SI/NO

-TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO: SI/NO

-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: SI/NO

-TRATAMIENTO CON ISOFLAVONAS (SOJA): SI/NO

-EJERCICIO FÍSICO DIARIAMENTE O 3 O MÁS VECES POR SEMANA: SI/NO

-ENFERMEDAD GRAVE: SI/NO

-TRASTORNOS EN MASTICACIÓN O DEGLUCIÓN: SI/NO

-ABUSO DE ALCOHOL: SI/NO

-DROGAS ILEGALES: SI/NO

-FUMADORA: SI/NO

-ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO O NUTRIENTE O ALERGENO: SI/NO En el caso afirmativo, diga cuál.

-PARTICIPACIÓN EN ENSAYOS CLÍNICOS EN EL ÚLTIMO AÑO: SI/NO

-INFECCIÓN O INFLAMACIÓN AGUDA EN 3 MESES ANTERIORES: SI/NO

-DIRECCIÓN POSTAL: SI/NO

-TELÉFONO: SI/NO

-POSIBILIDAD DE ACUDIR A REUNIONES O CITAS DEL ESTUDIO: SI/NO

7.2. Anexo 2: Cuestionario variables sociodemográficas, factores de inclusión y exclusión

Código participante

Factores inclusión, factores de inclusión y variables sociodemográficas

Indique o señale la respuesta correcta:

1. **Edad:**
2. **Estudios:** primarios/secundarios/universitarios
3. ¿Hace usted **ejercicio físico**? Indique horas a la semana
4. Situación laboral: **ACTIVA** (trabajando) o **PARADA** (ama de casa, jubilada, en paro...)
5. Estado civil: **SOLAS** (solteras, separadas, divorciadas, viudas) o **CASADAS** (o que mantengan relación)
6. Número de **hijos**:
7. **Talla (cm):**
8. **Peso (kg):**
9. ¿Vive en **Almería**? Indique si el lugar donde vive es **urbano o rural**:
10. **Nivel profesional:** *bajo* (pensionista, obreras no cualificadas),
medio (obreras cualificadas, administrativas y dependientas comercio)
alto (industriales, autónomas, universitarias y altas administrativas.....)
11. ¿Existe algún caso de **depresión en su familia**?
12. ¿Tiene usted **depresión**?
13. ¿Fuma? En caso afirmativo, indique **número cigarrillos/día**:
14. ¿Consume **alcohol**? Indique **número copas por semana**:
15. ¿Sus ciclos menstruales son **regulares o irregulares**?
16. ¿Ha tenido **ausencia de algún ciclo** en el último año?
17. ¿Se le ha retirado la **menstruación**? ¿Hace **menos de 12 meses**? ¿Hace **más de 12 meses**?
18. Edad de la **última regla**:
19. ¿Presenta usted **histerectomía** (menopausia artificial)?
20. ¿Toma usted **tratamiento para la menopausia**?

Indique **nombre medicamentos**:

21. ¿Toma usted algún **tratamiento o medicación**? ¿Para qué lo toma?

Nombre medicamentos:

22. ¿Presenta usted alguna **enfermedad grave**?
23. ¿Consume **drogas ilegales**?
24. ¿Ha participado en algún **ensayo clínico** en el último año?

Figura 29. Cuestionario de variables sociodemográficas, factores de inclusión y exclusión

7.3. Anexo 3: Test de adherencia de la dieta mediterránea

Cuestionario de KIDMED (adherencia a la dieta mediterránea) (Durá-Travé et al., 2011)

TEST DE ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA KIDMED	
1 FRUTA O ZUMO NATURAL (TODOS DÍAS)	+1
2ª PIEZA FRUTA (TODOS LOS DÍAS)	+1
VERDURAS F/C 1/DÍA	+1
VERDURAS F/C +1/DÍA	+1
PESCADO 2-3/SEMANA	+1
COMIDA RÁPIDA 1 o +VECES/SEMANA	-1
LEGUMBRES + 1/SEMANA	+1
PASTA O ARROZ 5 ó +VECES/SEMANA	+1
DESAYUNA CEREAL O DERIVADO(PAN...)	+1
FRUTOS SECOS (2-3veces/semana)	+1
ACEITE DE OLIVA	+1
NO DESAYUNA	-1
DESAYUNA UN LÁCTEO (YOGURT, LECHE...)	+1
DESAYUNA BOLLERÍA INDUSTRIAL	-1
2 YOGURES y/o 40g QUESO CADA DÍA	+1
GOLOSINAS y/o CARAMELOS	-1

Figura 30. Cuestionario de KIDMED (adherencia a la dieta mediterránea) (Durá-Travé et al., 2011)

7.4. Anexo 4: Cuestionario extraído de STRAW (Stages of Reproductive Aging)

CUESTIONARIO EXTRAÍDO de STRAW (Stages of Reproductive Aging).-

- 1.-Edad
- 2.- ¿Ha experimentado más de 5 años sin menstruar?
- 3.- ¿Ha experimentado más de 12 meses de amenorrea, es decir, más de un año sin menstruar y menos de 5 años?
- 4.- ¿Ha experimentado 12 meses de amenorrea, es decir, ha estado un año entero sin menstruación?
- 5.-Fecha del último periodo menstrual:
- 6.- ¿Presenta ciclos menstruales irregulares, es decir, tiene cambios en el ritmo menstrual por lo menos 7 días respecto al ciclo habitual ó ha experimentado al menos 60 días de amenorrea (salto al menos de dos ciclos)?
- 7.- ¿Presenta ciclos menstruales regulares?

								Final Menstrual Period (FMP)		
								0		
Stages:	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2			
Terminology:	Reproductive			Menopausal Transition		Postmenopause				
	Early	Peak	Late	Early	Late*	Early*	Late			
				Perimenopause						
Duration of Stage:	variable			variable		1 yr	4 yrs	until demise		
Menstrual Cycles:	variable to regular	regular		variable cycle length (>7 days different from normal)	≥2 skipped cycles and an interval of amenorrhea (≥60 days)	none				
Endocrine:	normal FSH		↑ FSH	↑ FSH		↑ FSH				

*Stages most likely to be characterized by vasomotor symptoms ↑ = elevated

Figura 31. Cuestionario extraído de STRAW (Stages of Reproductive Aging)

7.5. Anexo 5: Cuestionario Menopause Rating Scale (MRS)

Anexo 1: MENOPAUSE RATING SCALE (MRS)					
Con el objeto de conocer sus molestias climatéricas le solicitamos responder el siguiente cuestionario marcando el casillero correspondiente.					
¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?					
Tipo de molestia. (Marque la casilla pertinente de cada molestia con una "X") Ejemplo, marque en casilla 0 cuando "no tiene molestia" y en la casilla 1 a la 4 según cómo sienta la intensidad de la molestia.	¿Cómo son sus molestias?				
	No siente molestia	Siente molestia leve	Siente molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
	0	1	2	3	4
	:-D	:-)	:-f	:-((:-(((
1. Bochornos, sudoración, calores.					
2. Molestias del corazón (cambios inusuales en el latido del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho)					
3. Problemas de sueño (insomnio, duerme poco)					
4. Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)					
5. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)					
6. Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7. Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)					
8. Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9. Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menos satisfacción sexual)					
10. Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina)					
11. Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor en las relaciones sexuales)					

Fuente: Aedo 2006³

Figura 32. Cuestionario Menopause Rating Scale (Fuente: Caicedo et al., 2010; Aedo et al. 2006)