UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL

**EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CLIMATERIO.
PROPUESTA, DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA BASADO
EN EL MODELO HOLÍSTICO**

Rosario García Paniagua

Salamanca, 2010

D. JUAN CARLOS OLAZÁBAL ULACIA
DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

CERTIFICA:

Que la presente Tesis Doctoral con título "Efectividad de la intervención educativa en el climaterio. Propuesta, desarrollo y evaluación de un programa basado en el modelo holístico", ha sido realizada por la licenciada en medicina D^a **ROSARIO GARCÍA PANIAGUA** en el departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca bajo su dirección, hallándose concluida en la fecha actual, con lo que autoriza su presentación a fin que pueda ser juzgada por el Tribunal correspondiente.

Y para que conste, expide y firma el presente certificado en Salamanca a 13 de Diciembre del 2009

Fdo.

D. Juan Carlos Olazábal Ulacia

D. ROGELIO GONZÁLEZ SARMIENTO
CATEDRÁTICO DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

CERTIFICA:

Que ha sido tutor del presente trabajo titulado:
"Efectividad de la intervención educativa en el
climaterio. Propuesta, desarrollo y evaluación de un
programa basado en el modelo holístico", presentado
por la doctoranda **D^a ROSARIO GARCÍA**
PANIAGUA y que reúne, a mi juicio, originalidad y
contenidos suficientes para ser presentado ante el
correspondiente tribunal y optar al título de Doctor
por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste, expedimos y firmamos el
presente certificado en Salamanca a 13 de Diciembre
del 2009.

Fdo.

Prof. Rogelio González Sarmiento

A Juan Carlos y a Sergio

...con sus "giralunas"

Os quiero

Deseo expresar mi agradecimiento a:

Al Dr. Juan Carlos Olazábal, por su dirección y rigor metodológico en la elaboración de la presente investigación, así como por el tiempo dedicado y "robado" a sus otras cosas.

A quienes han compartido conmigo de forma íntima, mis ánimos y desánimos -sonrisas y lágrimas-, en la elaboración de la presente tesis.

A mis padres, por su amor, expresada silenciosa y efectivamente en su constante "*presencia*". A mi hermano y su familia, por brindarme la oportunidad de recorrer de nuevo mis tierras infantiles: *Villaflor*.

A Paco y a Tita. Gracias por esas comidas en solitario con las niñas mientras Paco cuidaba de mi querida y algo descuidada huerta.

Al Dr. José Ángel Maderuelo, Técnico de Salud de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, por su contribución específica al diseño, análisis estadístico y elaboración de las conclusiones de la presente investigación.

A la fundación García-Corselas, por el apoyo y la financiación del presente proyecto.

Al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, por su ayuda, plasmada en la cesión desinteresada del aula donde se ha desarrollado el trabajo.

A Paquita y Carmen, por haber contribuido a la captación de la muestra.

A Jesús Fidalgo, presente a lo largo de muchos años, en la asesoría para la correcta realización estadística de nuestros proyectos de investigación.

A Marina Marino, y al Laboratorio Lilly, por la aportación de gran parte de la bibliografía utilizada en el presente trabajo.

Y de forma especial, a todas las mujeres que han participado en el programa, con quienes he compartido "momentos significativos" y que me han ayudado también a "crecer" como persona.

A todos muchas gracias.

ÍNDICE

Prefacio	xxi
Abreviaturas utilizadas	xxiv

I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	1
I.1 Aspectos conceptuales. Terminología	3
I.2 Aspectos demográficos	9
I.3 Fisiología y manifestaciones de la transición climática	15
I. <i>Estado de salud de la mujer menopáusica</i>	17
A. Aspectos generales	17
B. Aspectos cuantitativos	18
1. Datos de distintos países	18
2. Datos para España	19
II. <i>La perspectiva clínica</i>	20
A. Aspectos cuantitativos	21
B. Aspectos cualitativos. Manifestaciones o síntomas	22
1. Manifestaciones a corto-medio plazo	25
• Manifestaciones específicas	25
• Manifestaciones inespecíficas	28
2. Las llamadas "complicaciones a largo plazo"	31
• Osteoporosis y fractura postmenopáusica	31
• Enfermedad cardiovascular	34
• Deterioro cognitivo	34
I.4 La perspectiva integral de la transición climática	37
I. <i>Los distintos modelos conceptuales de la menopausia</i>	39
II. <i>El modelo integral u holista de entender la menopausia</i>	41
A. Carácter biopsicosocial del climaterio	43
1. Transición biológica	43
• Hipoestronismo	43
• Otros	44
2. Cambios psíquicos	44
• Crisis de la mitad de la vida	44
• Riesgo de desarrollar problemas emocionales	45
3. Cambios familiares	46
• Sd. Nido vacío	46
• Sd. Nido lleno	46
• Problemas en la pareja	46
• Necesidad de integración en nuevas familias	47

4. Contexto social	47
• Significado cultural de la menstruación	47
• Estatus social y económico	47
• Cambio en la función familiar y social	48
• Actuación de los servicios de salud	48
B. Carácter individual y potencialmente positivo	48
• Ausencia de sentido definido de la transición	48
• Aspectos que condicionan la respuesta individual	50
• Factores condicionantes positivos	51
III. <i>Propuesta de actuación integral. Los programas educativos</i>	52
A. Antecedentes históricos	52
B. La propuesta holista desde la doble perspectiva preventivo-curativa	53
• Carácter preventivo y promotor de la salud	53
• Ayuda curativa al subgrupo necesitado	53
• Síntesis	54
C. El programa educativo holista de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la menopausia	55
1. Bases conceptuales y aportaciones	55
• Dirigido a la comunidad	55
• Enfoque biopsicosocial	55
• Responde a las expectativas de las mujeres	55
• Otorga protagonismo a las mujeres	55
2. Implementación de los programas en los distintos países	57
• Aspectos generales	57
• Distribución geográfica y tipos de programas	59
• Objetivos	60
• Metodología	61
• La experiencia pionera de la Comunidad Valenciana	62
3. Evidencia científica de los resultados obtenidos	69
• Aspectos generales	69
• Aspectos puntuales	70
II. <u>PERTINENCIA. OBJETIVOS. HIPÓTESIS DE TRABAJO</u>	73
I. <i>Justificación. Pertinencia de nuestro trabajo</i>	75
• Importancia social y sanitaria del área investigada	75
• El campo de investigación responde a las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales	76
• Promover la realización de nuevos trabajos holistas	77
• Aportación científica innovadora	77
• Utilidad para la comunidad en la que se desarrolla	77
• Continuación del proceso formativo e investigador previo	79

II. <i>Objetivos de la investigación</i>	79
A. Objetivo principal: evaluar la efectividad del programa	79
B. Objetivos secundarios	79
• Evaluar la efectividad sobre síntomas corto plazo	79
• Evaluar la efectividad sobre aspectos psicosociales	79
• Valorar características que modifiquen la efectividad	79
• Evaluar la satisfacción sentida por las mujeres	80
• Otros	80
III. <i>Hipótesis de trabajo</i>	80
• Hipótesis principal. Hipótesis nula y alternativa	80
• Hipótesis secundarias	81
• Otros aspectos	81
III. MARCO METODOLÓGICO	83
III.1 Material y Métodos.	85
I. <i>Diseño del estudio</i>	87
• Ensayo clínico aleatorizado -ECA-.	87
• Abierto	87
• Interv. educativa preventivo- promocionadora y terapéutica	88
• Unicéntrico	88
• Planificación y cronograma	88
II. <i>Población y muestra</i>	89
A. Población "diana"	89
1. Criterios de inclusión	90
• Edad 45-59 años	90
• Aspectos éticos. Consentimiento informado	90
2. Criterios de exclusión	90
• Haber participado en programas similares	90
• Estar en tratamiento de psicoterapia	91
• Presencia de patología psíquica grave	91
• Ausencia de compromiso de asistencia	91
B. Muestra. Tamaño inicial y final. Pérdidas. Aleatorización	91
• Captación	91
• Muestra inicial	91
• Aleatorización	92
• Pérdidas. Tamaño de muestra definitivo	93
III. <i>El programa educativo</i>	93
A. Los programas de salud	93
B. Bases conceptuales de nuestro programa	93

1. Concepto de salud. Bienestar y desarrollo personal	95
• Salud como bienestar	95
• Salud como desarrollo personal	96
2. Concepto de vida plena	110
• Apertura a la experiencia	110
• Tendencia al vivir existencial	111
• Confianza en el organismo	111
3. Concepción holista y positiva de la mujer en la adulted media	111
• Época de bienestar	112
• Etapa de autorrealización	112
• Momento de gran potencialidad	112
4. Concepción de la vida desde la perspectiva de la ecología profunda	112
5. Concepto de educación para la salud	113
• Proceso planificado y sistemático de comunicación	113
• Enseñanza-aprendizaje	113
• Facilitar prácticas saludables	113
6. Metodología de educación para la salud	114
• Estilo de vida saludable	115
• Concepción constructivista del aprendizaje	116
• Cambios conceptuales en el binomio enseñanza-aprendizaje	118
• Educar desde el modelo de potenciación	120
• El modelo planetario de las 7 esferas.	123
• La metáfora como instrumento facilitador del aprendizaje	124
7. Aplicación de la metodología a nuestro programa	125
• Investigación de la realidad de las mujeres	125
• Profundizando en el tema	126
• Abordando la situación: acciones de cambio	126
C. Actividades	127
1. Criterios de selección	127
• Capacidad de responder a las necesidades	128
• Ideología holista	128
• Evidencia científica	128
• Recomendaciones de organismos y expertos	128
2. Actividades seleccionadas	128
3. Nivel de evidencia de su efectividad	129
• Conocimientos	129
• Actitudes	130
• Dieta	131
• Higiene	133
• Ejercicio físico	134
• Ejercicios de la musculatura pelviana	135

• Planificación familiar	136
• Prevención del cáncer mamario y ginecológico	137
• Relajación muscular y visualización	137
• Autoestima	137
• Distribución de tiempo y reajuste de roles	138
• Relaciones personales y sociales	139
IV. <i>Recursos humanos y materiales</i>	140
A. Recursos humanos	140
• Mujeres del grupo	140
• Coordinación	140
B. Recursos materiales	140
• Infraestructura física	140
• Folletos	141
• Películas	141
• Audios	141
• Otros	141
V. <i>Implementación del programa</i>	142
VI. <i>Evaluación del programa</i>	142
A. Generalidades	142
1. Funciones de la evaluación	142
• Apoyo a la teoría	142
• Toma de decisiones sobre el programa	142
• Toma de decisiones políticas	143
• Toma de decisiones presupuestarias	143
2. Tipos de evaluación	143
• Evaluación formativa	143
• Evaluación sumativa	143
3. Metodología del proceso evaluador	143
• Evaluación de la estructura	143
• Evaluación del proceso	143
• Evaluación de resultados	144
B. Variable fundamental de resultados: la calidad de vida	144
1. Concepto de calidad de vida y CVRS	144
• ¿Qué es la CV y CVRS?	144
• Perspectiva histórica	146
2. Medición de la CVRS	146
• Bases para la medición	146
• Instrumentos. Genéricos y específicos	148
• Aspectos psicométricos	150
3. Aplicación de la CVRS al estudio de la menopausia	151

C. Instrumentos y cuestionarios utilizados	151
1. Instrumentos de medición. Variables	151
• Criterios de selección	151
• Selección de los instrumentos. Variables	152
• Descripción de los instrumentos utilizados	154
2. Cuestionarios	154
• Descripción	154
• Aplicación	154
VII. <i>Procesamiento estadístico</i>	154
A. Análisis descriptivo	155
B. Análisis comparativo	155
1. Comparación con la población de referencia	155
• Variables cuantitativas	156
• Variables cualitativas	156
2. Comparación pre-post intervención	156
• Variables cuantitativas	156
• Variables ordinales	157
C. Análisis explicativo predictivo	157
VIII. <i>Exposición y análisis de resultados</i>	158
IX. <i>Consideraciones éticas. Conflicto de intereses</i>	158
III.2 Anexo 1. Descripción de los instrumentos	161
I. <i>Estado de Salud Percibida -ESP-</i>	163
• Concepto medido. Dimensiones e ítems	163
• Importancia como instrumento	163
• Críticas	164
II. <i>Perfil de Salud de Nottingham -NHP-</i>	165
• Concepto medido. Dimensiones e ítems	165
• Ventajas	166
• Críticas	167
III. <i>Cuestionario de Salud Health Survey -SF12-</i>	167
• Concepto medido. Dimensiones e ítems	167
• Ventajas	168
• Inconvenientes	168
IV. <i>Cuestionario de Cervantes para la Menopausia</i>	169
• Antecedentes históricos	169
• Concepto medido. Dimensiones e ítems	170
• Ventajas	171
V. <i>Cuestionario de Apoyo Social Duke UNK -DUFFS-</i>	171
• Concepto de apoyo social. Aspectos generales	171
• Dimensiones e ítems	172
• Ventajas	173

VI. <i>Test de Apgar Familiar</i>	173
• Aspectos generales	173
• Concepto medido. Dimensiones e ítems	174
• Ventajas	175
VII. <i>Cuestionario de Autoestima de Heatherton</i>	175
• Aspectos generales	175
• Concepto medido. Dimensiones e ítems	176
• Ventajas	176
• Inconvenientes	177
VIII. <i>Locus de Control de Salud -HCL-</i>	177
• Aspectos generales	177
• Concepto medido. Dimensiones e ítems	178
• Ventajas e inconvenientes	178
IX. <i>Cuestionario de Satisfacción del Cliente -CSQ-</i>	178
• Concepto medido. Dimensiones e ítems	179
• Ventajas e inconvenientes	180
III.3 Anexo 2. Cuestionario utilizado	181
III.4 Anexo 3. Sesiones del programa educativo	197
I. <i>Presentación del programa</i>	199
II. <i>Sesión I</i>	201
III. <i>Sesión II</i>	213
IV. <i>Sesión III</i>	229
V. <i>Sesión IV</i>	239
VI. <i>Sesión V</i>	247
VI. <i>Sesión VI</i>	259
VIII. <i>Sesión VII</i>	263
XI. <i>Sesión VIII</i>	273
X. <i>Sesión IX</i>	285
XI. <i>Sesión X</i>	301
XII. <i>Sesión XI</i>	315
XIII. <i>Sesión XII</i>	333
XIV. <i>Sesión XIII</i>	345
IV. RESULTADOS	355
IV.1 Muestra: descripción y análisis	357
I. <i>Aspectos descriptivos de la muestra</i>	359
A. Edad	360
B. Estado civil	361
C. Actividad laboral	361
D. Estudios	362
E. Clase social	362
F. Características familiares	363

G. Características médicas	364
II. <i>Análisis de los datos muestrales</i>	365
A. Aspectos propios de la muestra	365
B. Aspectos comparativos con la población de referencia	366
IV.2 Descripción de resultados	369
I. <i>Resultados de Calidad de Vida -CVRS-</i>	371
A. Estado de Salud Percibida -ESP-	371
1. Situación preintervención	371
2. Cambios pre-postintervención	372
• En los valores globales	372
• En los estratos de severidad	373
3. Situación tras la intervención en el grupo de intervención	374
B. Perfil de Salud de Nottingham -NHP-	376
1. Situación preintervención	376
2. Cambios pre-postintervención	377
3. Situación tras la intervención en el grupo de intervención	378
C. Cuestionario de Calidad de Vida Health Survey -SF12-	380
1. Situación preintervención	380
2. Cambios pre-postintervención	381
3. Situación tras la intervención en el grupo de intervención	382
D. Cuestionario de Calidad de Vida Cervantes para la Menopausia	384
1. Situación preintervención	384
2. Cambios pre-postintervención	385
3. Situación tras la intervención en el grupo de intervención	387
II. <i>Resultados de otros instrumentos</i>	389
A. Cuestionario de Autoestima -SSES-	389
1. Situación preintervención	389
2. Cambios pre-postintervención	390
3. Situación tras la intervención en el grupo de intervención	390
B. Test de Apgar Familiar	391
1. Situación preintervención	391
2. Cambios pre-postintervención	392
3. Situación tras la intervención en el grupo de intervención	393
C. Cuestionario de Apoyo Social de Duke UNK-DUFFS-	394
1. Situación preintervención	394
2. Cambios pre-postintervención	395
3. Situación tras la intervención en el grupo de intervención	396
D. Cuestionario del Locus de Control de la Salud -HCL-	397
1. Situación preintervención	397
2. Cambios pre-postintervención	398
3. Situación tras la intervención en el grupo de intervención	398
III. <i>Resultados de evaluación de las usuarias</i>	398

IV.3	Análisis de resultados	401
I.	<i>Análisis de la situación preintervención de la muestra</i>	403
A.	Calidad de Vida Relacionada con la Salud -CVRS-	403
B.	Situación específica de los componentes biológicos	405
C.	Situación específica de los componentes psicosociales	405
D.	Situación preintervención: conclusiones	406
II.	<i>Cambios pre-postintervención de la muestra</i>	406
A.	Calidad de Vida Relacionada con la Salud -CVRS-	406
B.	Situación específica de los componentes biológicos	407
C.	Situación específica de los componentes psicosociales	407
D.	Cambios pre-postintervención: conclusiones	408
III.	<i>Situación tras la intervención de la muestra</i>	409
IV.	<i>La perspectiva valorativa de las usuarias</i>	411
V.	<i>Aproximación al tamaño del efecto o impacto de la intervención</i>	412
A.	Aproximación cualitativa	412
B.	Aproximación cuantitativa	413
1.	Cambios en los estratos de severidad de los cuestionarios	413
2.	Tamaño del efecto medido por el estadístico η^2	415
3.	Cambios en la puntuación respecto a la población de referencia	416
•	ESP	416
•	NHP	417
•	SF12	418
•	Cuestionario de Calidad de Vida de Cervantes	418
•	Conclusiones	419
C.	La opinión valorativa de las usuarias	419
VI.	<i>Factores iniciales que condicionan la efectividad del programa</i>	420
A.	Datos de la investigación	421
B.	Análisis de los datos	423
VII.	<i>Aspectos comparativos con el programa previo del año 1996</i>	423
A.	Comparación de muestras	423
B.	Comparación del estado inicial de la CVRS	426
C.	Comparación de la efectividad de la intervención	428
D.	Comparación de la evaluación de las usuarias	429
E.	Resumen comparativo	429
VIII.	<i>Una propuesta de funcionamiento del programa educativo</i>	431
A.	Introducción	431
B.	Modificaciones iniciales	431
1.	Cognitivas	432
2.	Afectivas	433
3.	Conductuales	434
C.	Cambios intermedios	434
D.	Cambios finales	435

V. <u>APORTACIONES Y LIMITACIONES. LINEAS DE INVESTIGACIÓN</u>	437
A. Aportaciones de nuestra investigación	439
1. Verificación de nuestra hipótesis principal	439
2. Confirmación de nuestra segunda hipótesis	441
3. Ratificación de nuestra tercera hipótesis	441
4. Verificación de nuestra cuarta hipótesis	441
5. Validación de nuestra quinta hipótesis	442
6. Reafirmación de nuestra sexta hipótesis	443
7. Comprobación de nuestra séptima hipótesis	443
8. Aceptación de nuestra octava hipótesis	444
B. Limitaciones de nuestra investigación	444
1. Limitaciones ligadas a la validez interna	444
2. Limitaciones ligadas a la validez externa	445
3. Limitaciones de la investigación. Conclusiones	446
C. Líneas de investigación futura	447
VI. <u>CONCLUSIONES</u>	451
A. Conclusiones fundamentales	453
B. Conclusiones accesorias	454
C. Resumen	456
VII. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	457

PREFACIO

Los cambios ocurridos en el pasado siglo han determinado que la esperanza de vida para las mujeres haya superado en la actualidad los 80 años. Para la mayor parte de ellas un tercio de sus vidas se desarrolla tras la menopausia, solapándose en este período las consecuencias del proceso de envejecimiento con aquellas derivadas de la reducción de los niveles estrogénicos, apareciendo con frecuencia diversas manifestaciones clínicas que constituyen un problema sanitario y socioeconómico.

Durante mucho tiempo, el interés sobre envejecimiento reproductor de las mujeres se ha restringido casi exclusivamente al terreno de la clínica. La investigación biomédica ha establecido la existencia de una relación entre la reducción de los niveles estrogénicos climatéricos y la sintomatología vasomotora inicial, y de forma más laxa con otros procesos responsables de una importante morbilidad en edades más avanzadas: atrofia génito-urinaria y fracturas osteoporóticas.

En las últimas décadas del siglo pasado, difundiéndose desde la ginecología a todo el ámbito médico, se ha venido imponiendo de forma progresiva la consideración de la menopausia como endocrinopatía multisistémica cuyo tratamiento específico es la terapia estrogénica –Terapia Hormonal Sustitutiva–. Se ha considerado a la menopausia como enfermedad y como “causa” de problemas de salud y “complicaciones” posteriores. Esta perspectiva ha condicionado en gran medida la información y la concepción sobre el tema tanto de los sanitarios como de la población general.

Sin embargo, estas propuestas que proponían una utilización amplia de la THS como estrategia fundamental de actuación sanitaria frente a las llamadas “complicaciones” futuras, han sufrido en fechas más recientes un fuerte revés, con la aparición de estudios que han relacionado su uso con un mayor riesgo, sobre todo para el cáncer de mama.

Por otra parte, esta perspectiva patológica de la menopausia no es compartida por una mayoría de las mujeres, que la perciben como un proceso natural. Tampoco lo es por algunos profesionales del ámbito de la salud, como médicos de familia, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, antropólogos, sociólogos, etc., que consideran esta concepción biologicista como *reduccionista* –ya que no tiene en cuenta otros factores importantes relacionados con el contexto psicosocial–, *sesgada* –por extraer conclusiones generales a partir de la subpoblación de mujeres que acude a la consulta y por atribuir exclusivamente a la reducción hormonal problemas de etiología multifactorial estrechamente relacionados con el proceso de envejecimiento–, e *iatrogenizante*, vinculándola a los intereses económicos de la industria farmacéutica.

Además, sobre todo partir de los años 80, los bioantropólogos han introducido una perspectiva mucho más amplia, planteando hipótesis sobre la evolución de la menopausia y valorando, desde una perspectiva de ciclo vital, los determinantes ecológicos responsables de su variabilidad poblacional y temporal.

Esta contribución ha enriquecido mucho nuestro conocimiento sobre el proceso de envejecimiento reproductor, y también está contribuyendo a cambiar algunas ideas y concepciones sobre la menopausia

En nuestro caso, la perspectiva ideológica de la que partimos para iniciar nuestra investigación es que la planificación de una correcta actuación sanitaria en el climaterio, exige enriquecer la perspectiva biomédica con otra psicosocial, en un *modelo holista* que permita comprender con mayor profundidad y amplitud esta etapa de la vida.

Esta nueva concepción, más amplia e integradora, confiere la oportunidad de elaborar nuevas estrategias de actuación que satisfagan en mayor grado las necesidades de atención sanitaria sentidas por muchas mujeres y que actualmente no están siendo suficientemente cubiertas, al mismo tiempo que posibilita situar a la mujer, no a la farmacología, como elemento central del proceso.

En último término, con nuestra investigación tratamos de contribuir a mejorar la atención sanitaria a las mujeres climatéricas, ayudando al desarrollo de una actuación más actualizada, científica, efectiva y satisfactoria.

Esta tesis tiene dos partes bien definidas y complementarias. La primera parte corresponde a una revisión del marco teórico donde asienta el proyecto de investigación experimental, que corresponde a la segunda y última parte.

El marco teórico se centra fundamentalmente en la presentación del modelo que permite, bajo nuestra perspectiva¹, comprender de forma más integral e integrada la transición climatérica: *el modelo holista*. Es desde este punto de vista donde se descubre la necesidad –no de sustituir- sino de complementar la atención sanitaria habitual del climaterio en nuestro sistema sanitario de carácter curativo-biologicista, con otra promotora de la salud-holista.

A partir de esta visión, en la segunda parte de la tesis –de carácter experimental- hemos diseñado, ejecutado y evaluado esta nueva propuesta de intervención en forma de un programa educativo en grupos, con el propósito de mejorar la calidad de vida de estas mujeres.

La conclusión resulta muy interesante: el programa funciona francamente bien, siendo capaz de mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres de forma claramente significativa. Bajo esta perspectiva, nuestro trabajo abre una vía adicional que concomitantemente con la tradicional perspectiva biológica, en mutua relación de potenciación, pretende conseguir que la transición de las mujeres españolas por la edad media de sus vidas, sea un momento de mayor madurez y bienestar personal.

Rosario García Paniagua

¹ (Olazábal JC, García Panigua R, Montero J, García JF, Sendín PP, Holgado MA. Models of intervention in menopause. Proposal of a holistic or integral model. Menopause 1999;6: 264-72)

ABREVIATURAS UTILIZADAS

Además de las abreviaturas de uso habitual en medicina y las aceptadas por la Real Academia Española de la Lengua, se han utilizado las siguientes:

ACHO	.....	Anticoncepción Hormonal Oral
AEEM	.....	Asociación Española para el Estudio de la Menopausia
AETS	.....	Agencia Española de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias
CVRS	.....	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
CSQ	.....	Cuestionario de Satisfacción del Cliente
DE	.....	Desviación Estándar
DT	.....	Desviación Típica
DUFSS	.....	Cuestionario de Apoyo Social de Duke UNK
ECA	.....	Ensayo Clínico Aleatorizado
EpS	.....	Educación para la Salud
ESP	.....	Estado de Salud Percibida
ET	.....	Error Típico
FUR	.....	Fecha de la Última Regla
HCL	.....	Locus de Control de Salud
HTA	.....	Hipertensión Arterial
IMC	.....	Índice de Masa Corporal
INSALUD	.....	Instituto Nacional de la Salud
INE	.....	Instituto Nacional de Estadística
MBE	.....	Medicina Basada en la Evidencia
NIH	.....	National Institutes of Health, USA
NHP	.....	Perfil de Salud de Nottingham
OMS	.....	Organización Mundial de la Salud.
PAPPS	.....	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
RA	.....	Riesgo absoluto
RR	.....	Riesgo Relativo
OR	.....	Odds Ratio
SACYL	.....	Sanidad de Castilla y León
SEGO	.....	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
Sd	.....	Síndrome
SF12	.....	Cuestionario Salud Health Survey
SSES	.....	Escala de Autoestima Estado de Heatherton y Polivy
TA	.....	Tensión Arterial
THS	.....	Terapia Hormonal Sustitutiva a base de estrógenos solos o junto con progestágenos

I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

I.1. ASPECTOS CONCEPTUALES Y TERMINOLOGÍA

La menopausia es un proceso natural que ocurre en la vida de la mujer como parte del normal proceso de envejecimiento y específicamente del envejecimiento reproductor¹⁻³. Por éste, entendemos el proceso resultante de cambios morfológicos y funcionales en los órganos reproductores -ovarios, útero y mamas-, en los sistemas neuroendocrinos implicados en su regulación y en los órganos diana de las hormonas sexuales y gonadotrópicas³.

Siempre resulta muy conveniente una definición terminológica clara de los conceptos fundamentales que van a ser referidos en la investigación. En el caso de nuestro trabajo ello resulta imprescindible porque, tal como y ha sido expuesto tanto por la OMS como por otras organizaciones que estudian este ámbito de la vida de la mujer, las publicaciones médicas no resultan ni coincidentes ni precisas en la utilización de los conceptos relacionados con el climaterio y menopausia¹⁻⁶.

De hecho, y a pesar del esfuerzo unificador realizado en las últimas décadas, aún no se ha conseguido el pleno consenso en la literatura científica.

- **Menopausia.**

La *menopausia* –del griego μέσ-μενος (mén-menos): mes y παύσις (paúsis): cesación⁷– se define como el cese permanente de las menstruaciones consecutiva a la pérdida de la función folicular ovárica, que puede ocurrir de forma natural o bien inducida artificialmente^{2,4-5}.

Se trata tan sólo de un momento cronológico puntual en el proceso lineal y prolongado del envejecimiento normal de la mujer³ y corresponde a la fecha en que tiene lugar la última menstruación y con ella al fin de su potencial reproductor.

En los países desarrollados se suele presentar alrededor de los 50 años de edad, situándose en el caso de España en torno a los 48 ± 3 años¹⁰. Su diagnóstico se establece sólo retrospectivamente tras la permanencia de 1 año en amenorrea, lo cual representa un punto de corte razonable, pero arbitrario, ya que no se dispone de un marcador biológico indiscutible^{1,4,9}. De hecho, un 10.5% de las mujeres menopáusicas de 45-49 años, volverán a presentar un período menstrual, mientras que a partir de los 53 años esta posibilidad se reduce al 4.5%⁹.

La *menopausia natural* es consecuencia fisiológica del proceso de envejecimiento normal, que supone una pérdida genéticamente determinada y progresiva de la reserva folicular ovárica, que se inicia muy precozmente, en la vida intrauterina^{1,5,9}.

El término menopausia no debe aplicarse a la amenorrea secundaria a una histerectomía -simple o con anexectomía unilateral- ya que aunque se acelere el declinar de la función ovárica, ésta persiste durante un período variable tras la intervención^{1,4,9}.

En nuestro país la menopausia natural corresponde al 85-90% de los casos, siendo en un 10-15% *inducida o artificial*, consecutiva a la abolición iatrogénica de la función ovárica por cirugía, radioterapia y/o quimioterapia⁹⁻¹¹.

La menopausia que acontece antes de los 40 años se define como *prematura o precoz* y la que aparece tras los 55 años como *tardía*. La primera es patológica y requiere tratamiento, mientras que la tardía requiere estudios complementarios que descarten la existencia de patología subyacente^{1-2, 4-5,9}.

La menopausia que acontece en el intervalo entre 40 y 45 años supone un mayor riesgo para la salud de la mujer y es definido por algunos autores como *menopausia temprana*¹².

- **Transición Climática o Climaterio.**

El *climaterio* –del griego κλιμακτηρ (climacktér): escalón, o bien κλιμαρ, (Klimar): gradación y θερ (Ther): animal– corresponde a la etapa en el proceso de envejecimiento natural de la mujer que marca la transición desde su fase biológica reproductiva a la no reproductiva, es decir, desde su madurez a la senectud^{7,9,13}.

Incluye un período de tiempo mal delimitado que se iniciaría en torno a los 40 años con las primeras manifestaciones endocrinológicas y clínicas y se prolonga como mínimo el año siguiente a la menopausia. Para el grupo de trabajo de menopausia en España el climaterio transcurre desde 2-8 años antes hasta 2-6 años después de la fecha de la última menstruación¹⁻⁷.

Lo cierto es que este término es objeto de controversia, habiendo partidarios de no utilizarlo⁹ o bien de mantenerlo¹⁴. En la práctica se utiliza muy poco, siendo sustituido habitualmente, tanto en la literatura médica como en el lenguaje lego, por el de menopausia. Esto constituye desde una perspectiva lingüística una figura literaria, en forma de tropo por sinécdoque* ya que la palabra menopausia amplía su concepto inicial de fecha puntual para designar todo el climaterio e incluso más allá, todo el período postmenopáusico de la vida de la mujer.

- **Premenopausia, perimenopausia y postmenopausia.**

La confusión terminológica en la literatura científica se extiende no sólo a los conceptos de menopausia y climaterio, sino a lo que se entiende por pre, peri y postmenopausia. No se trata de una cuestión meramente semántica, sino que conlleva a importantes implicaciones de falta de uniformidad en la selección y comparación de muestras en los trabajos de investigación.

* Tropo -del latín *tropus*:- empleo de palabras en sentido distinto del que propiamente les corresponde, pero que tienen con éste alguna conexión, correspondencia o semejanza. Sinécdoque -del latín *sinecdoche*:- tropo que consiste en extender, restringir o alterar de algún modo la significación de las palabras, para designar un todo con el nombre de una de sus partes o viceversa. Real Academia Española de la Lengua, 22 edición, 2001.

En nuestro trabajo hemos definido la situación de la mujer respecto a la pre-peri y postmenopausia de acuerdo a criterios definidos por anamnesis, siguiendo recomendaciones internacionales actualizadas -criterios STRAW^{9,14}- Figura 1- que también han sido utilizadas en la guía de consenso española¹ y en algunos estudios epidemiológicos importantes¹⁵⁻¹⁷. A este respecto, resulta importante reseñar que la historia clínica constituye el método ideal para evaluar del estado menopáusico.

	<div>FUR</div>							
Estadios	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2	
Duración en años	Variable			Variable		1	4	Hasta morir
Terminología	ETAPA REPRODUCTIVA			TRANSICIÓN MENOPÁUSICA		POST-MENOPAUSIA		
	Precoz	Pico	Tardía	PERIMENOPAUSIA				
				Precoz	Tardía*	Precoz*	Tardía	
Ciclos menstruales	Variable a regular	Regular		Longitud variable ciclo (>7d normal)	≥2 ciclos ausentes (≥60d amenorr.)	Amenorr. 12m	Ausentes	
Endocrino	FSH Normal		↑ FSH	↑ FSH		↑ FSH		

Figura 1. Estadios y nomenclatura del envejecimiento reproductor de la mujer correspondientes al grupo STRAW -Stages of reproductive Aging Workshop- 2001,^{9,14}. Son 7 estadios, independientes de la edad y variables en duración. 3 estadios en la fase reproductora, 2 para la transición menopáusica y 2 para la postmenopáusica. * Cronología y duración individualizada en función de los síntomas vasomotores.

➤ La *premenopausia* corresponde a la fase inicial del climaterio y se caracteriza porque durante el año precedente la mujer mantiene el patrón menstrual característico de la edad adulta.

Su inicio insidioso, en torno a los 40-45 años, corresponde a las primeras manifestaciones endocrinológicas de reducción de los péptidos inhibina A y B y elevación de la FSH. Su fin corresponde al inicio de la perimenopausia, pudiendo durar en torno a 2-6 años⁹.

➤ La *perimenopausia* se caracteriza por la existencia de cambios en la frecuencia del patrón menstrual característico de la edad adulta de la mujer, sin que se tengan en cuenta para su definición las modificaciones en la cantidad del sangrado. Se consideran significativos cambios a partir de los 7 días.

Durante la transición climática es frecuente que inicialmente los ciclos se acorten progresivamente simultáneamente a la reducción de la fase folicular. Más adelante se hacen progresivamente frecuentes los ciclos anovulatorios que se manifiestan en baches amenorréicos, que se consideran significativos a partir de 2 ciclos o 60 días, y que suelen ir seguidos de reglas abundantes.

La duración promedio de esta fase es de 5 ± 3 años, finalizando al alcanzar el período de amenorrea de 12 meses, que define la menopausia^{6-7,9,18-19}.

En el proyecto STRAW se le considera casi sinónimo a la *transición menopáusica*, aunque esta finaliza un año antes, con la última regla-. El diagnóstico de esta última es siempre por tanto “a posteriori”².

➤ La *postmenopausia* se establece tras un año de amenorrea, al quedar definida a la menopausia^{1,9,14}. Su final no está establecido por consenso.

Así, para el Grupo de Trabajo Español¹ finaliza transcurridos en torno a 10 años, lo cual coincide muy aproximadamente con el inicio de la senectud, a los 60-65 años.

En la terminología STRAW se diferencia una *postmenopausia precoz* que corresponde a los 5 primeros años en que la mujer presenta con mayor frecuencia sintomatología vasomotora y se lleva a cabo la llamada “pérdida acelerada de masa ósea”⁹. La *postmenopausia tardía* se prolongaría todo el resto de la vida de la mujer.

I.2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

La importancia socio-sanitaria que “la menopausia y sus consecuencias sobre la salud” ha adquirido en estas últimas décadas en los países desarrollados, viene fuertemente condicionada por los profundos cambios demográficos ocurridos en el último siglo²⁰.

Estos, han determinado modificaciones sustanciales en el número y características de las mujeres implicadas, que cada vez más corresponden cuantitativamente a un mayor número y cualitativamente a edades más avanzadas.

De hecho, la etapa postmenopáusica en la vida de la mujer, constituye un fenómeno evolutivo natural de la época actual²¹. El incremento del número de estas mujeres está ocurriendo en un contexto de marcado crecimiento poblacional, consecutivo al aumento de la esperanza de vida al nacer experimentado en este y en el pasado siglo, y más aceleradamente a partir de 1940. Si bien este proceso ha afectado a ambos sexos, ha sido más marcado en la mujer^{10,21}.

Así, desde 1900 y para los países desarrollados, se ha duplicado la esperanza de vida de las mujeres, sobrepasando en nuestro país a partir de 1990 los 80 años de vida, llegando en la actualidad a los 83 años, superando en casi siete la correspondiente a los hombres –Figura 2–.

Figura 2. Esperanza de vida al nacer de las mujeres españolas a lo largo del presente siglo. Serie ampliada con datos del INE a partir de Zamarriego y Encina, 1989, p.17¹⁰.

En España –según estimaciones del INE²² para el año 2008– se contabilizan un total de 46.157.822 habitantes; 22.847.737 varones y 23.310.085 mujeres (50.5% del total). La distribución etaria de las mujeres se expresa en la Tabla 1. Un 35.9 % de las mujeres españolas sobrepasan los 50 años, lo que corresponde aproximadamente a 8.373.702 de mujeres peri y postmenopáusicas. La tendencia demográfica para los próximos años corresponde a un creciente e importante aumento de esta población²¹.

Tabla 1. Estructura etaria de las mujeres españolas. INE, 2008²².

Edad	Mujeres	% del total de mujeres
< 40	11.441.154	49.08%
> 40-65	7.474.307	32.06%
>65	4.394.624	18.85%
Total	23.310.085	100%
% del total de mujeres climatéricas		
40-44	1.829.393	24.48%
45-49	1.665.836	22.29%
50-54	1.442.050	19.29%
55-59	1.312.332	17.56%
60-64	1.224.696	16.38%
Total	7.474.307	100%

Tabla 2. Edad de presentación de la menopausia a través de la historia^{4,8,28,35-45}.

Momento Histórico	Edad media de la menopausia en años
Europa Medieval	50
Benjamín F, Sudáfrica	48,7
Hauser, Suiza, 1961	49,8
Hauser, Israel, 1963	49,5
Treloar, EEUU, 1966	49,5
Kauffman, EEUU, 1980	49,4
Hoffmann, RF de Alemania, 1972	49,06
McKinlay, UK, 1972	50,8
Thomsom, Escocia, 1973	50,1
Boldsen, Dinamarca, 1990	50
Kono, Japón, 1990	49,3
Ozumba, Nigeria, 2004	49,4
Reynolds y Obermeyer, USA 2005	52,6
Castelo Branco, 2006, América Latina	49,4
Bayri, India, 2009	48,7
Botella, España, 1977	50,1
Caballero, España, 1985	48,6
Palacios, España, 1982	49,1
Fernández, España, 1988	48,2
Reynolds y Obermeyer, España 2005	51,7
Neyro, Comunidad Autónoma Vasca, 1986	49,0
Sosa, Comunidad de Canarias 1994	48,6
Marín, Comunidad Valenciana, 2000	47,8
Bernis, Comunidad de Madrid	51.2 (ciudad), 51.9 (medio urbano), 52,1 (rural)

En el ámbito global, la demografía actual destaca el envejecimiento poblacional, con predominio del género femenino, como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas²³.

Según estimaciones de las Naciones Unidas, la población mundial actual cercana a los 5000 millones de habitantes, continuará creciendo hasta los años 2100-2150 en que se estabilizará progresivamente en torno a los 11 billones²⁴. El 95% de este crecimiento tendrá lugar en los países en vías de desarrollo, determinando un importante aumento de la proporción de mujeres de más de 45 años, cuyo número total se aproximará a los 1200 millones en el año 2030²⁵. Durante los próximos 20 años, aproximadamente 3.5 millones de afroamericanas, 1 millón de asiáticas americanas y 2 millones de latinas alcanzarán la menopausia en USA²⁶. En el año 2002, el 55,3% de la población mundial de más de 60 años, ya correspondió a mujeres²⁷.

Como contraste a estos profundos cambios demográficos y a las claras tendencias seculares de descenso en la edad de la menarquía, la edad en la que aparece la menopausia se ha mantenido mucho más estable históricamente, en torno a los 50 años – Tabla 2-, y mucho menos sensible a las condiciones ecológicas del entorno.

En un estudio llevado a cabo en España con mujeres nacidas entre 1883-1922 y sus hijas nacidas entre 1927-1941, el promedio de la menopausia varió de 49.3 a 50.4²⁸. Es controvertido el hecho de que exista una tendencia secular a un retraso en la edad de la menopausia, pero de existir, es claro que sería muy suave.

Este hecho resulta de interés, ya que la hembra de la especie humana es el único ser dentro de la escala animal capaz de sobrevivir al cese de la actividad de sus ovarios, siendo la menopausia un fenómeno típico de ésta. Todos los mamíferos, y por tanto los primates experimentan un envejecimiento gradual de su función reproductora, que se manifiesta en una disminución de la fertilidad, pero solamente en la mujer la disminución de la capacidad funcional acaba con la pérdida de la capacidad reproductora que ocurre tras la menopausia³.

Se ha pensado que tal vez ello pudiera tener un sentido biológico adaptativo para la especie, al evitar concepciones tardías por una parte peligrosas para la mujer, y por otra, la llegada de hijos que no podrían ser debidamente atendidos a lo largo de sus primeros años de vida. Es la llamada “hipótesis de la abuela”^{3,29-32}.

Los factores que más influyen sobre el envejecimiento reproductor son los genéticos, expresados en la edad de presentación de la menopausia en los antecedentes familiares. Además de ellos parece haber dos componentes adicionales. Uno ligado a los factores que inciden sobre el comportamiento reproductor (hijos, ACHO, cirugía) y otro con los factores ambientales. En este ámbito, el tabaco se ha asociado de forma consistente a un comienzo más temprano de la menopausia (1-2 años); también son importantes los aspectos relacionados con el balance energético (nutrición, ejercicio), y específicamente los cambios relacionados con el creciente sobrepeso en nuestras sociedades modernas^{3,28,30,33-34}.

Nos encontramos pues ante una situación nueva, generada de forma creciente a partir de la tercera década del S XX, en que la esperanza de vida supera cada vez más la edad de aparición de la menopausia. Consecuencia de la mayor supervivencia y la estabilidad en la edad de aparición de la menopausia, en un próximo futuro la mayor parte de las mujeres tendrán una vida postmenopáusica larga, de unos 30-35 años, lo que corresponde en torno a un tercio del total de su vida.

El crecimiento progresivo del número de mujeres con enfermedades y diversos grados de discapacidad está generando un gran reto, a la sociedad en general y al mundo sanitario en particular, por el consumo de recursos humanos y materiales, por su repercusión sobre la economía de los distintos países y por la necesidad de establecer estrategias preventivas dirigidas a lograr un envejecimiento femenino saludable.

**I.3. FISIOLÓGÍA Y
MANIFESTACIONES DE LA
TRANSICIÓN CLIMATÉRICA**

Algunos investigadores han expresado que los términos que empleamos para definir los aspectos relacionados con el ámbito de la menopausia reflejan, de alguna manera, nuestro posicionamiento ideológico respecto a ella. En este mismo ámbito, se ha expuesto de forma exhaustiva la importancia capital del lenguaje dentro del llamado “proceso de medicalización o iatrogenización de la menopausia”⁴⁶⁻⁵⁶.

La principal imposición de esta visión androcéntrica sobre la menopausia en las mujeres se produce de manera indirecta y relativamente encubierta mediante el lenguaje de la ciencia... Madden e Hidalgo, 2004, p.28.

Haciendo nuestra esta perspectiva, evitamos -sin caer en purismos innecesarios y extremos-, el lenguaje clínico con el que nos referimos a los procesos propios del ámbito de la patología médica y habitualmente, en tanto médicos, al de la menopausia. Ello nos resulta útil para construir a partir de él una alternativa más positiva y saludable de abordar los aspectos preventivos y de promoción de la salud dirigidos a las mujeres en esta época de la vida.

Por ello, hablamos de fisiología - no de fisiopatología- y de manifestaciones de la transición climatérica que no de clínica, *remarcando la idea de que para la mayor parte de las mujeres el climaterio es una transición “normal”* sin connotaciones patológicas.

Vamos a referirnos inicialmente a presentar una perspectiva global del estado de salud de la mujer climatérica. Posteriormente vamos a referirnos a la perspectiva específicamente clínica de la menopausia.

I. ESTADO DE SALUD DE LA MUJER MENOPÁUSICA

A. ASPECTOS GENERALES

Las creencias y actitudes hacia la menopausia resultan de una combinación de factores personales y culturales, lo que justifica sus cambios lo largo de la historia⁵⁷. Así, históricamente se ha considerado desde una enfermedad y signo de decadencia en el siglo XIX⁵⁸ hasta, en épocas recientes, una etapa de liberación de la mujer que finaliza su etapa fértil⁵⁹.

En la actualidad y para los países occidentales, la mayoría de las mujeres la perciben con sentimiento neutro o de alivio⁶⁰⁻⁶² e incluso como una etapa de cambios positivos⁶³ –Figura 3-. Las investigaciones en nuestro país, confirman estos datos⁶⁴⁻⁶⁶.

El panel de expertos del NIH consideraba en el año 2005 que no se disponía de datos suficientes para valorar el impacto global -positivo o negativo- que la transición menopáusica tenía en la Calidad de Vida -CVRS-².

Figura 3. Porcentaje de distribución de las mujeres respecto a la etapa de mayor felicidad en sus vidas. Utian, 1999⁶³.

En investigaciones más recientes Avis⁵⁹ y Schwart⁶⁷ han demostrado el escaso impacto la transición climatérica tiene sobre la CVRS, cuando en el proceso analítico se ajusta para otras condiciones médicas y el estrés circundante.

Esta aproximación, a pesar de su importancia, resulta bastante desconocida, tanto para el público en general como para los sanitarios en particular. Así, y a pesar de que desde hace varias décadas se conoce la existencia de un amplio sustrato de evidencia científica para el desarrollo de una perspectiva cultural y profesional mucho más positiva de la transición climatérica, esta sigue teniendo un carácter minoritario y el modelo médico-biologicista y centrado en las consecuencias patológicas de la menopausia, sigue resultando hegemónico⁶⁸⁻⁶⁹, p 38.

A. ASPECTOS CUANTITATIVOS

1. DATOS DE DISTINTOS PAÍSES

En los EEUU, en el estudio de Massachusetts en la década de los 90 y sobre una muestra de 8050 mujeres de 45-55 años, el 42,2% de las mujeres, dijeron que la menopausia era un alivio, el 35,5% mantuvo una actitud neutra, el 19,8% tenía sentimientos ambivalentes, mientras que sólo el 2,7% la percibía negativamente. En todos los casos la actitud mejoraba con el paso del tiempo, durante un seguimiento longitudinal de 5 años⁷⁰⁻⁷¹. En el estudio DAMES -*Decisiones At MENopause Study*- del 2007, el 89% de las mujeres climatéricas americanas reflejaban también un estado de salud percibida bueno o muy bueno⁷² –Tabla 3-.

Tabla 3. Salud referida por las mujeres en el estudio DAMES⁷².

Salud referida	Líbano (N=293)	Marruecos (N=298)	España (N=299)	USA (N=293)
Excelente			7%	24%
Muy Buena			18%	36%
Buena	43%	30%	60%	30%
Regular	35%	42%	12%	9%
Mala	22%	28%	3%	2%

En Italia y para el año 2009 la mujeres reportaban este mismo carácter positivo de la transición climatérica, tal que el 90% la consideraban como una fase normal y más del 40% como una experiencia buena⁷³.

2. DATOS PARA ESPAÑA

En España la situación resulta similar.

Desde una perspectiva global, la rama española del estudio DAMES muestra que un 85% de las climatéricas españolas reflejan un estado de salud percibida bueno o muy bueno⁷¹.

En el estudio de la Comunidad de Valencia⁷⁴, la menopausia se considera generalmente como un beneficio o a lo sumo como un desafío, siendo escasamente vista como una amenaza o perjuicio.

La mayor parte de las mujeres refieren un mayor desarrollo personal; ítems como “*cambié, maduré como persona*”, “*redescubrí lo que es importante en la vida*” ó “*salí de la experiencia mejor que entré*” obtienen las puntuaciones más altas en las escalas de estrategias de afrontamiento. El 72.5% de estas mujeres se hallan satisfechas con su vida, el 6.9% parcialmente satisfechas y 1.6% insatisfechas. El 55.8% manifiesta sentirse feliz -con alegría de vivir y esperanza en el futuro casi siempre- el 14% de forma habitual y el 28% bastantes veces, mientras que sólo el 1.64% se siente así de forma excepcional⁷⁴.

Los jóvenes de uno y otro sexo tienen mejor salud física que las mujeres de mediana edad, pero éstas poseen unas relaciones interpersonales (amigos y familia) más intensas y gratificantes; se sienten más satisfechas con la vida, sus relaciones afectivo-sexuales son algo mejores y disfrutan de un bienestar material subjetivo ligeramente superior (hemos de subrayar que en relación con los ingresos por unidad familiar no hay diferencias significativas entre estos tres grupos, sencillamente, es una manera distinta de valorar los bienes materiales). Sánchez Cánovas, 1996, p.70⁷⁴.

Los datos de la comunidad de Madrid en el año 96, reflejaban un estado excelente de salud para el 13%, bueno en el 53.9%, regular en el 27.8% y malo en el 5.3% de las climatéricas⁶⁴. Una década más tarde, las tasas de salud buena y muy buena se situaban en el rango 78.4-85%, la regular 8.8-12.3% y la mala 2.7-11%, para el diverso grado de ruralidad-urbanismo¹¹.

II. LA PERSPECTIVA CLÍNICA

Desde una perspectiva más restringida –la visión clínica- *algunas mujeres presentan durante la transición climatérica, manifestaciones que les hace acudir al médico.*

Esto plantea *dos cuestiones a aclarar; una de índole cuantitativa ¿cuántas mujeres? y otra cualitativa ¿qué síntomas presentan?*

La *contestación a estas dos cuestiones resulta difícil*, puesto que desde un punto de vista metodológico, la cuantificación y evaluación de estos síntomas presenta dificultades para la investigación.

Hasta épocas recientes se disponía de pocos estudios poblacionales, estando la mayoría de ellos sesgados al haberse realizado en muestras clínicas, de mujeres sintomáticas procedentes de consultas ginecológicas o unidades de menopausia, lo cual suponía –ya de entrada- una marcada sobreestimación de la prevalencia de los síntomas^{70,75-76}.

La persistencia entre algunos investigadores de este punto de vista que refiere este proceso como una enfermedad, ha fomentado la proliferación de estudios cuyas premisas y metodologías solo han conseguido propagar y reforzar los estereotipos de las mujeres en esta etapa del ciclo vital. Barroso A, 2003, p.13⁷⁷.

A pesar de los importantes avances habidos en las últimas décadas respecto al conocimiento real de lo que acontece en transición climatérica, siguen persistiendo controversias respecto a diferentes aspectos –tanto clínicos como etiopatogénicos-. Por ello, tanto la OMS como el NIH americano, así como el grupo de consenso español para la menopausia han insistido en la necesidad de llevar a cabo estudios adicionales^{1-2,4,25}.

En nuestro país se han venido realizando trabajos de investigación para aportar el conocimiento específico de la menopausia en nuestro contexto⁷⁷⁻⁸⁰, al que nuestro grupo ha realizado alguna aportación^{68-69,81-97}.

Recientemente se han llevado a cabo dos importantes investigaciones. Una, en el contexto del estudio DAMES –*Decisiones At MENopause Study*- del NIH de EEUU, investigando la sintomatología y los factores que condicionan la terapéutica en cuatro contextos geográficos y socioculturales: USA, España, Líbano y Marruecos^{44,76,78,98-101}.

El estudio ERA –*Ecology of Reproductive Aging*- es un proyecto del FIS dirigido por Cristina Bernis de la Universidad Autónoma de Madrid que tiene por objeto analizar las diferencias ecológicas de la transición climatérica en tres medios –urbano, semiurbano y rural- de la Comunidad de Madrid^{3,11,77-79}.

A. ASPECTOS CUANTITATIVOS

En EEUU, el NIH ha indicado que muchas mujeres atraviesan el climaterio con escasos o nulos síntomas y que no requieren tratamiento médico².

En nuestro país, la SEGO⁷⁵ ha señalado que acuden al médico en torno al 50% de las mujeres climatéricas: 1/3 por revisión rutinaria y 2/3 por la retirada de la regla y otros trastornos. Estos datos han sido confirmados en un estudio reciente para Madrid donde la tasa de consulta médica coincide en 2/3 de las mujeres, si bien teniendo con frecuencia la atención un carácter más preventivo que clínico⁷⁶.

En Grecia, Rusia y Polonia la situación es similar: aproximadamente 1/3 de las mujeres presenta sintomatología moderada y los casos graves se sitúan en todos los casos por debajo del 3%¹⁰². Datos similares han sido recogidos para el Líbano¹⁰³.

En resumen: en torno a un 60-70% de las mujeres en los países de nuestro entorno sociocultural presentan sintomatología escasa que no interfiere con su vida normal. El resto, en torno a 1/3, presentan malestar suficiente como acudir al sistema sanitario, y corresponderían a lo que podemos considerar habitualmente como “pacientes o enfermas”^{21,63} –Figura 4–.

Figura 4. Sintomatología poblacional atribuida al climaterio en nuestro contexto sociocultural^{21,63,75-76,102}.

Todos estos datos objetivos relativos a nuestro contexto más cercano, nos alejan del estereotipo de la mujer menopáusica “como ser que sufre” o “enferma”, omnipresente desde una perspectiva histórica, donde una gran cantidad de manifestaciones han sido atribuidas a la menopausia –Tabla 4–.

Síntomas genitales	Síntomas Circulatorios	Síntomas Nerviosos	Síntomas Psíquicos
Menorragias y metrorragias	Hipertensión	Neuralgias	Inestabilidad emocional, impaciencia
Anemias climatéricas	Fenómenos vasomotores	Jaquecas y cefaleas	Depresión, melancolía
Leucorrea	Taquicardia simple y paroxística	Dolores óseos, raquialgia	Trastornos varios de la esfera sexual
Síntomas mamarios	Insuficiencia Cardíaca	Inquietud dolorosa de piernas	Paranoia
Atrofia Vaginal	Angor pectoris, Arritmias	Prurito. Trastornos sensoriales, Parestesias	Estado maníaco- depresivo
	Varices, Flebitis	Vértigo, Insomnio	
Síntomas Metabólicos	S. Aparato Locomotor	Síntomas Endocrinos	Síntomas Digestivos
Obesidad	Reumatismo	Hipertiroidismo	Glositis
Adiposis localizadas	Artrosis varias	Mixedema	Trastornos gástricos
Adelgazamiento, caquexia	Osteoporosis	Síntomas hipofisarios	Estreñimiento, Diarreas
Diabetes	Fracturas	Síntomas suprarrenales	Colecistopatías
Síntoma Respiratorios	Síntomas Urinarios	Síntomas de la Piel	
Asma	Cistitis	Melanodermia, Vitiligo, Acné	
	Litiasis renal	Hipertricosis, Calvicie, Eczema	

← Alteraciones hormonales incipientes. Acortamiento de los ciclos <7d: Premenopausia																																									
← Irregularidades menstruales: Perimenopausia																																									
														← Amenorrea: Menopausia y Postmenopausia																											
														Corto plazo <i>Sd. Climático</i>							Medio plazo							Largo plazo													
														Sd. Vasomotor Sd. Psíquico ^(4,7) Otros							Atrofia genitourinaria							Enfermedad Cardiovascular (Actualmente no aceptada) Osteoporosis (Multifactorial) E. Alzheimer (No demostrado)													
40					45						50					55					60					65					70					75					

Hoy día no se puede negar que algunos de los cambios que ocurren en la edad media de la vida, están ligados al proceso general de envejecimiento¹⁰⁰, ya que la menopausia se establece como un proceso más en el contexto general de envejecimiento del cuerpo²⁸.

Los estudios han demostrado que muchos síntomas que habían sido ligados a la menopausia no están realmente asociados al declinar de la función ovárica, y que de hecho el varón experimenta síntomas similares¹⁰⁵⁻¹⁰⁶. En este mismo sentido, Sánchez-Canovas⁷⁴ ha observado que los síntomas atribuidos a la menopausia se correlacionan en el mismo grado ($\pm 35\%$) con la edad.

Por ello, y por las implicaciones en su abordaje, resulta importante diferenciar en lo posible, qué síntomas y qué problemas de salud están asociados con el cese de la función estrogénica ovárica y cuáles lo están en menor grado o no lo están^{1,100,107}.

De forma simultánea, a este problema inicial de especificidad de la semiología clínica, se añade otra segunda cuestión, que es la variabilidad.

Múltiples aproximaciones desde el ámbito de la sociología y de la antropología, llevados a cabo desde mediados del siglo pasado, han ido poniendo cada vez más en evidencia que las manifestaciones de la transición climatérica precoz –el llamado Sd. Climatérico– varían considerablemente –tanto en cantidad como en calidad– en las distintas culturas y entre mujeres de una misma cultura¹⁰⁸⁻¹⁰⁹.

Así, el estudio SWAN –*Study of Women's Health Across the Nation*– ha informado que muchas mujeres pasan por la menopausia sin mayores problemas¹¹²⁻¹¹⁶, mientras que otros han mostrado frecuencias de síntomas bastante más elevadas¹¹⁷⁻¹¹⁸ – Ver tabla 5–.

Las peores actitudes respecto a la transición menopáusica corresponden a los países occidentales⁵⁷. En algunas culturas –asiáticas, africanas, islámicas, indias, etc.– en las que la mujer mejora su estatus social, por la supresión del estigma negativo de la menstruación, la visión más positiva del envejecimiento, el ejercicio de poderes chamánicos, etc., se otorga a la menopausia características positivas como la maduración, experiencia, sabiduría, etapa de plenitud, y se producen transiciones mucho más saludables^{57,119-121}.

Como expresión paradigmática del impacto de los factores culturales, se habla de las mujeres de la casta Rajput del Rajasthan e Himachal Pradesh en el norte de la India, donde el climaterio prácticamente cursa con ausencia de síntomas y se desarrolla en un contexto donde mejora una mala situación social previa, con abundantes prohibiciones. Así, la mujer se libera del velo –Purdah–, del estigma de la impureza de la menstruación que le impedía bañarse en los ríos sagrados y alcanza mayores cotas de libertad en sus movimientos, en las reuniones sociales y en la relación con los hombres¹²⁰.

Tabla 5. Síntomas descritos por mujeres climatéricas en distintos países.

Síntomas	España SEGO ⁷⁵	Madrid Consej. ⁶⁴	Madrid Obermeyer ⁹⁸	Valencia Cánovas ⁷⁴	España Pérez ¹¹⁰	Madrid Bernis ¹¹	Manitoba Lock ¹¹¹	USA Lock ¹¹¹	USA Obermeyer ⁹⁹	Japón Lock ¹¹¹
Sofocos, sudoración	73.2%	71.2%	46%	44%	51.4%	Sof 46% Sud 34%	31%	34.8%	57% Sud:35%	12.3%
Algias espalda y articulaciones	49.8%		57%	63.7%	40.1	57%	58.2%	68.2%	54%	62.6%
Cansancio	47.60%		40%			42%	39.8%	38.1%	45%	6%
Depresión, tristeza, melancolía	47.30%	57.7%	50%	29.70%	40%	26%	23.4%	35.9%	32%	10.3%
Aumento de peso	47.10%		51%		44.3%	51%			22%	
Ansiedad, trastornos del sueño	44.20%		48%	39%	45.7%	48%	30.4%	30.6%	60%	11.7%
Sequedad vaginal	35.50%		31%	33%					27%	
Disminución de la libido	35.40%			41%		41%			295	4.4%
Envejecimiento, xerosis piel	35.30%	31.8%								
Irritabilidad, Nerviosismo	31.50	66.5%	50%	62.70%		50%	17.1%	29.9%	35%	11.5%
Palpitaciones	25.20%					28&			29%	
Caída del cabello	15.60%									
Coitalgia	10.50%	10.8%	11%	14.70%		11%			11%	
Mareos			25%			25%	12.3%	11.1%	24	7.1%
Hipertensión arterial				26.10%	36.6%					
Varices				43.80%						
Hemorroides				36.30%						
Cefaleas			48%	39.50%		48%	33.8%	37.2%	58%	27.7%
Hormigueos en manos y piernas				55.90%						0.2%
Dispepsia gástrica			21%				12.9%	16.1%	24%	6.3%
Diarrea/Estreñimiento			21%	35.9%			12.8%	21.4%		24.5%
Dolor de garganta							9.1%	10.7%		10.5%
Dificultad para respirar			22%			21%	8.2%	15.6%	24%	3.1%
Tos persistente							5.2%	10.1%		4.2%
Virilización		10.7%								
Pérdida de memoria. Dific. Concentr.			47%						46%	

El cuadro más específico -el Sd. vasomotor- presenta una prevalencia muy variable en las diferentes culturas y en algunas culturas, como la japonesa, china, maya o en la de los indios navajos, incluso no existen palabras para designar a los sofocos. La tasa de sintomatología vasomotora en la mujer Maya es de un 0%, en la de Hong Kong un 10-22%, en la japonesa en torno a un 17%, 23% en la de Thai, 31% en la Canadiense, 34.4% en Nueva Zelanda, 40-75% en la Española, 35-45% en la norteamericana y en Beirut, 61% en la marroquí y por encima del 80% en la alemana^{25,99,103,122}.

De hecho, el síntoma más prevalente en la mujer japonesa es la rigidez de los hombros -51.7%- , seguida de la cefalea -27.7%- y el lumbago -22.4%- , mientras que la sintomatología vasomotora, como se ha visto, aunque está creciendo en los últimas décadas, es considerablemente menor. En esta cultura se utiliza el término *Konenki* para designar al climaterio, pero sin que exista una equivalencia exacta, ya que se refiere a un proceso natural ligado al envejecimiento y de transición del ciclo vital hacia la fase más tardía de la vida, que se inicia hacia los 40 años, que implica a ambos sexos y que se afronta sin ayuda médica^{31,48,123}.

También en la mujer india la semiología climatérica que predomina es el dolor musculoesquelético, el cansancio y el empeoramiento de la memoria, siendo menos frecuente la semiología vasomotora³⁶.

En el caso de Beirut¹⁰³, los síntomas más prevalentes fueron el cansancio -79%- e impaciencia, mientras que en Rabat, el cansancio y los sofocos⁹⁹.

Las diferencias inter e intraculturales son de difícil interpretación. Pueden intervenir múltiples factores, tanto de carácter biológico como psíquicos y aquellos otros ligados a la valoración cultural de dicha transición, junto a factores socioeconómicos específicos^{109,111,120,124}. Por otra parte, abogando en la misma dirección, aproximaciones recientes sugieren un carácter dinámico de la sintomatología, cambiando en relación con las circunstancias socioeconómicas y los fenómenos de medicalización⁷¹.

Como la aproximación a la transición climatérica como algo individualizado se aborda en el Modelo Holista, p.39, profundizamos aquí en la cuestión relativa a la especificidad clínica.

1. MANIFESTACIONES DE LA MENOPAUSIA A CORTO-MEDIO PLAZO

Las manifestaciones que hoy día se consideran como específicas de la menopausia, son algunos de los cambios que ocurren a corto-medio plazo: modificaciones hormonales y alteraciones del patrón menstrual, síntomas vasomotores y la atrofia vulvo-vaginal. El resto de las manifestaciones se consideran como esencialmente de carácter multifactorial^{2,4,74}.

- **Manifestaciones específicas.**

- *Alteraciones hormonales y del ciclo menstrual.*

La menopausia define el final de todo un proceso de envejecimiento ovárico y depleción folicular, que se inicia en la vida intrauterina y se desarrolla progresivamente durante toda la fase reproductora^{28,125}.

Consecutivamente al envejecimiento de las gónadas, los ovarios dejan de liberar óvulos, disminuye la producción de hormonas femeninas -estrógenos y progesterona- y consecutivamente a ello, los periodos finalizan –Tabla 6-.

Aunque en torno a un 10% de las mujeres presentan una súbita retirada del período menstrual²⁵, habitualmente la transición entre los ciclos menstruales regulares -característicos de la fase reproductora- y la amenorrea que define a la menopausia, suele señalarse por un período de irregularidad en el ciclo menstrual que afecta en torno a un 90% de las mujeres, siendo la duración de este período y la naturaleza de las irregularidades muy variables⁴.

A partir de los 35-40 años los ciclos menstruales tienden a acortarse progresivamente con la edad, por reducción de la fase folicular, aunque el patrón menstrual suele permanecer intacto hasta aproximadamente los 45 años.

El fracaso progresivo de la maduración folicular conduce a una situación de insuficiencia luteínica, en la que la persistencia de niveles estrogénicos bajos pero mantenidos durante largo tiempo inducen una proliferación endometrial excesiva, sin transformación secretora, que clínicamente se manifiesta como baches amenorréicos y oligomenorrea asociados eventualmente a meno- metrorragias¹²⁵⁻¹²⁶.

Al inicio, los baches amenorréicos pueden alternar con períodos de ciclicidad menstrual normal –*fenómeno on-off*–, siendo habitual que uno o dos años antes de la menopausia, la duración media del ciclo menstrual aumente considerablemente⁴.

Los ciclos anovuladores se van haciendo cada vez más frecuentes³, determinando una pérdida progresiva de la fecundidad, que culminará en la esterilidad de la mujer postmenopáusica⁴.

Las alteraciones del ciclo menstrual son una causa frecuente de consulta por parte de la mujer climatérica; en el estudio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia –SEGO⁷⁵ constituyen, junto a los sofocos al 66.90% del total.

Tabla 6. Aspectos clínico-endocrinológicos del climaterio. Modificado de Olazábal y García, 1994, p.33⁸¹.

	Fisiopatología	Clínica	Analítica
Madurez (18-40 años)	Ciclo bifásico completo	Ciclos regulares: 30 ± 3.6 días	E2: 150pg/cc FSH: 1.6-11 mu/cc LH: 1.5- 13.5 mu/cc Progesterona 2ªfase: 2-20 ng/cc
Fase inicial de la transición climatérica (>40 años)	Ciclo bifásico con acortamiento de la fase folicular y fase lútea normal	Acortamiento progresivo del ciclo entre 5- 7 días con una duración de 23-25 días	E2: 50-120 pg/cc FSH alta y estable en todo el ciclo: 20-30 mu/cc (doble del inicio de fase folicular) LH y Progesterona: no alterada
Fase avanzada de la transición climatérica (>45 años)	Ciclo monofásico folicular con anovulación consecutiva a que el descenso estrogénico no desencadena el pico ovulatorio de FSH	Ciclos irregulares, con tendencia a aumentar su duración media y baches de amenorrea con meno- metrorragias.	E2: 20-50 pg/cc FSH: 20-40 mu/cc Progesterona 2ªfase: descenso de la producción cíclica: <2 ng/cc
Menopausia (± 50 años)	Desaparición de la actividad folicular	Última regla	E2: < 20pg/cc E1: 18-50 pg/cc. E1> E2
Postmenopausia	Ausencia de folículos en la corteza ovárica. Producción periférica de estrógenos	Amenorrea	FSH> 40 mu/cc LH> 25 mu/cc. FSH/LH>1 Progesterona: < 0.2 ng/cc

➤ *Síntomas vasomotores: sofocos y sudores.*

Los sofocos y/o sudores constituyen la manifestación clínica más precoz y característica del climaterio^{21,109} y la causa más frecuente de consulta médica^{21,75}.

Se definen como una sensación subjetiva de calor que habitualmente se asocia a una vasodilatación cutánea y sudoración que se sigue de un descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca. Esta percepción tiene un carácter muy similar en las distintas culturas¹⁰⁹.

Pueden durar desde unos pocos segundos hasta 5-10 minutos –media de 3 a 4 min- y su intensidad y frecuencia son muy variables^{2,108}.

En la mayor parte de los casos no existen factores desencadenantes identificables, aunque pueden facilitarlos el alcohol y el estrés emocional y son más frecuentes por la noche, pudiendo alterar el sueño y provocar cuadros de fatiga, irritabilidad, disminución de la concentración y falta de memoria¹.

En el estudio DAMES algo más del 45% de las mujeres climáticas comprendidas entre los 45-55 años, de Marruecos, Líbano, Massachusetts y Madrid, presentaban semiología vasomotora¹²⁸.

La clínica varía a lo largo de la transición –Tabla 7¹²⁸-. Suele comenzar en la premenopausia, se incrementa hasta hacerse máxima en la perimenopausia y desaparece de forma gradual con los años^{2,103,127-128}. En torno al 45-54% de las mujeres refiere síntomas en los primeros años de la postmenopausia¹⁰⁶; aunque en la mayoría de los casos se resuelven al cabo de un año, en un tercio de las mujeres pueden prolongarse hasta 5 años e incluso más tiempo⁸⁰⁻⁸¹.

El RR para la fase menopáusica respecto a la premenopáusica, una vez eliminado el factor de confusión etaria, es de 8.6 para los sofocos, 5.5 para los sudores nocturnos¹⁰⁷.

Tabla 7 . Síntomas vasomotores según el estudio DAMES¹²⁸.

Salud referida	Líbano (N=293)	Marruecos (N=298)	España (N=299)	USA (N=293)
Premenopáusicas	37%	51%	30%	47%
Perimenopáusicas	42%	68%	72%	72%
Postmenopáusicas	60%	67%	54%	60%
Men. Quirúrgica	59%	83%	57%	60%
Total	48%	61%	46%	57%

Si bien para muchas mujeres estos síntomas son leves y no requieren tratamiento, para un 20% de ellas pueden resultar muy molestos^{1,5}. En un trabajo realizado en el 2009 en nuestro país un 44,8% de las mujeres no presentan semiología vasomotora, un 24.6% leve, un 27.3% moderada y un 3.3% grave⁶¹.

Desde una perspectiva fisiopatológica, se cree que la reducción de los estrógenos o bien de algunos de sus metabolitos, podría alterar el normal funcionamiento del centro termorregulador del hipotálamo. De hecho, los síntomas vasomotores muestran una asociación causal con la disminución de estrógenos en la menopausia^{1,2}. La mayor intensidad de los síntomas que ocurre en algunas mujeres podría explicarse por su descenso más rápido y/o pronunciado¹, lo que explicaría los intensos síntomas que se presentan tras una ooforectomía^{1,79,81,128}.

➤ *Alteraciones génito-urinarias. Vulvovaginitis atrófica.*

Los síntomas vulvovaginales^{1,2} muestran una asociación causal con la disminución de estrógenos en la menopausia.

A medida que la concentración de estrógenos descende, los tejidos de vagina uretra y vejiga, que comparten el mismo origen embriológico y presentan receptores específicos para los estrógenos, comienzan a atrofiarse, dando lugar al cuadro histológico de vulvovaginitis atrófica, al mismo tiempo que la pérdida de tono de la musculatura pelviana facilita la aparición de cistocèles y/o rectocèles.

Los cambios urogenitales varían mucho tanto en su intensidad histológica como en su repercusión clínica en las distintas mujeres. *No existe correlación entre los datos de exploración vaginal y la clínica* manifestada por las mujeres, por lo que la vulvovaginitis atrófica puede cursar con datos objetivos o subjetivos aislados o asociados¹¹⁰. Los estrógenos sistémicos o tópicos, mejoran claramente el cuadro^{1,2,129-130}.

Un 10-20% de las mujeres se quejan de síntomas en los tres primeros años tras la menopausia, alcanzando tasas en torno al 25-50% a los 5-8 años²⁴.

Destacan como manifestaciones, la sequedad, el prurito vulvar y la dispareunia que puede interferir en la vida sexual de la pareja^{2,70}. Es común la disuria- polaquiuria con cultivo estéril –el llamado *Síndrome Uretral*– y también un incremento en las tasas de las infecciones urinarias⁸. Aunque los cambios fisiológicos -acortamiento de la uretra distal, alcalinización del pH vaginal y desaparición del lactobacilus- podrían aumentar la susceptibilidad a contraer infecciones urinarias, no se ha encontrado asociación causal entre la menopausia y las infecciones del tracto urinario recurrentes¹³¹.

La incontinencia urinaria es un problema complejo y multifactorial que reduce de forma importante la CVRS de la mujer. A medida que avanza la edad se incrementa su prevalencia, llegando a afectar a un 10% a lo largo de la transición climática¹⁰⁰ y al 30-50% de las mujeres de más de 60 años¹³³.

Algunos estudios muestran su relación con la menopausia mientras que otros no, siendo muy difícil separar el efecto atribuible al envejecimiento¹³². Su asociación con la reducción de los estrógenos es controvertida; aunque la disminución de éstos podría contribuir a la incontinencia urinaria y a la presencia de síntomas urinarios, otros factores juegan de hecho un papel mucho más relevante: paridad, traumatismos del parto, prolapsos uterinos y uso de ciertos fármacos¹.

- **Manifestaciones inespecíficas.**

Salvo las manifestaciones descritas previamente, el resto –a pesar de la alta prevalencia de algunas– se consideran de carácter multifactorial. En ellas, los cambios hormonales ligados a la menopausia interactúan con otros factores específicos de cada mujer, tanto de carácter genético como ambiental –dieta y hábitos de salud– solapándose todo ello con el propio proceso de envejecimiento².

Además, hay autores que señalan que algunos de estos síntomas actúan como nexo de unión entre las manifestaciones somáticas y psicosociales del proceso⁷¹. Ver Tabla 5.

➤ *Alteraciones psíquicas.*

La relación entre los trastornos psiquiátricos y la menopausia se puede considerar clásica y tiene su fundamento histórico en estudios realizados en las consultas médicas, que revelaron un aumento en el número de problemas afectivos en estas mujeres, junto a una mayor prescripción de psicotropos¹³⁴. De hecho, las mujeres que acuden a las clínicas de menopausia presentan tasas de depresión de hasta un 45%¹³².

Sin embargo, *esta clásica idea ha sido rebatida* por los principales estudios prospectivos¹³⁵⁻¹³⁸ y por muchas revisiones sistemáticas¹³⁹⁻¹⁴² que *no han encontrado asociación entre las alteraciones psíquicas y la menopausia*.

De hecho, a pesar de que los estudios señalan la alta prevalencia de síntomas psíquicos en mujeres de distintas culturas – Tabla 5-, los factores sociales, familiares, laborales y las alteraciones previas del estado de ánimo, se han mostrado mucho más determinantes que los cambios hormonales, ver p¹⁴¹⁻¹⁴².

¿Dónde está la mujer asediada por la melancolía, la ansiedad, la depresión y la tristeza? Esa mujer no existe. Como tampoco existe ese varón. Como tampoco existe esa mujer ni ese hombre joven y sin angustias, sin temores ni ansiedades. Ciertas personas concretas, pueden padecer y padecen esos males, esas alteraciones, esas incapacidades, pero no las padece un género, el femenino, ni en una determinada edad, cumplidos los 50. Sánchez Cánovas, 1996, p.61⁷⁴.

Sí que existe una moderada evidencia entre la *relación de la transición climatérica con las alteraciones del sueño*, que muestra una mayor prevalencia –RR: 1.4¹⁰⁷– independientemente de los propios procesos ligados al envejecimiento. Aunque se sospecha de ellos, permanece insuficientemente claro el papel que juegan los síntomas vasomotores².

➤ *Alteraciones sexuales.*

A pesar de que también es clásico asociar la menopausia con el declinar de la función sexual, ya los clásicos estudios de Masters y Johnson¹⁴³ pusieron de manifiesto que si bien existen cambios cualitativos en el ciclo de respuesta sexual humana, en el supuesto de un estado de salud razonable, la actividad sexual puede conservarse hasta la edad de 80 o más años, aunque para el hombre esta conclusión debe ser establecida con mucha más cautela que para la mujer.

Así, la mujer mayor es capaz desde un punto de vista biofisiológico de una ejecución sexual a nivel de respuesta orgásmica, particularmente si está expuesta regularmente al estímulo sexual efectivo.

Las modificaciones cualitativas en el ciclo de respuesta sexual que conlleva el envejecimiento incluyen en el caso de la mujer un retraso en la fase de excitación con lubricación más tardía y reducida, menores cambios de calibre y coloración en labios y vagina y una percepción orgásmica más débil con reducción en la intensidad y frecuencia de las contracciones acompañantes¹⁴³⁻¹⁴⁵ –Tabla 8–.

Tabla 8. Cambios sexuales con la edad en la mujer. López y Olazábal, 1998, p.35¹⁴⁴.

Cambios anatómicos	Cambios sexuales
Cambios en la figura corporal	Reducción de los niveles hormonales estrogénicos y androgénicos
Disminución del tamaño de ovarios, trompas y útero	Enlentecimiento de la fase de excitación sexual
Atrofia de la mucosa de endometrio, cuello uterino y vagina	Penetración frecuentemente más difícil y dolorosa por atrofia y menor y más lenta lubricación vaginal
Vagina más corta, menos elástica y menos lubricada	Menor intumescencia del clítoris y de la plataforma vaginal
Menor acidez del medio vaginal que facilita las infecciones	Disminución de la frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas, que a veces pueden ser dolorosas
Atrofia de los labios mayores	Menor rubor cutáneo y más limitado, menor tensión muscular y mamaria
Reducción y adelgazamiento del vello púbico	Aceleración del descenso postcoital
Pérdida de parte del parénquima mamario y descenso de las mamas por pérdida de elasticidad de los tejidos	

Como norma general, la actividad sexual de la mujer es menor que la del hombre a lo largo de todo el ciclo vital. A medida que aumenta la edad existe una pérdida del interés sexual, que descende de manera gradual a partir de los 50 años en ambos sexos, pero más en la mujer¹⁴⁴⁻¹⁴⁵⁵.

En todo caso, como en el resto de los aspectos que comentamos, *existe una considerable variabilidad individual* y debe quedar claro que muchas mujeres son capaces de mantener una actividad sexual satisfactoria y relativamente frecuente.

Las revisiones han encontrado una asociación entre determinados aspectos de la sexualidad –disminución del interés sexual, frecuencia del coito, lubricación vaginal y dispareunia) y la menopausia^{1,76}.

Dennerstein¹⁴⁶, tras revisar los estudios poblacionales referidos a la sexualidad en el climaterio, señala un impacto importante en la sexualidad de estas mujeres con tasas de disfunciones que oscilan entre el 42-88%. En España las tasas de reducción del deseo se sitúan entre el 35-40% y las de dispareunia entre un 10-14%, aunque en la Comunidad de Madrid un 70% de las menopáusicas mantiene la satisfactoriedad^{64,74-75}.

El tema dista de estar suficientemente aclarado, en un contexto de datos a veces contradictorios, posiblemente ligadas a la gran variabilidad de circunstancias. En todo caso, los factores que influyen son complejos y múltiples y no de tipo directo, causal^{1,147}.

Desde una perspectiva biológica tiene interés el papel de la vaginitis atrófica, ya que la sequedad vaginal y dispareunia pueden interferir con la excitación sexual^{132,148}.

Sin embargo, resultan más importantes aquellos factores de carácter psicosocial, y entre ellos, la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés contextual, la situación física y psicológica, las perspectivas –profecía autocumplida–, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la

misma, así como la menor disponibilidad de parejas y la actitud de menor interés del varón hacia el sexo^{1,149-150}.

También es muy importante el contexto sociocultural circundante; las mujeres de los países latinos del sur de Europa -Portugal, España, Francia e Italia- mantienen una actividad sexual significativamente mayor al resto de los países Europeos¹⁵¹.

➤ *Otras manifestaciones.*

La Tabla 5 indica una gran cantidad de síntomas que se recogen en los estudios, y que carecen de especificidad alguna.

En el estudio DAMES más del 45% de las mujeres de las cuatro culturas estudiadas señalaban cansancio, trastornos de memoria, problemas en el sueño u algias¹²⁷.

Ya hemos visto la posible relación de las alteraciones del sueño y de la memoria con la semiología vasomotora, p.27.

Por otra parte y respecto a las algias, además de las cefaleas merecen señalarse de forma específica las algias del aparato locomotor -artralgias y dolores músculo-esqueléticos- por su elevada presentación -RR: 1.6-¹⁰⁷ y su carácter creciente a medida que transcurre la transición. Ello ocurre tanto en nuestro contexto^{11,98}, como en otras culturas como la japonesa o la india, donde adquieren el máximo protagonismo^{36,48,123,152}. Se desconocen los mecanismos implicados, que probablemente conlleven la interacción de aspectos tanto hormonales como psicosociales¹⁵³⁻¹⁵⁵.

2. LAS "COMPLICACIONES A LARGO PLAZO" DE LA MENOPAUSIA

A pesar de la mitología existente al respecto, estas mal llamadas complicaciones a largo plazo, incluyen procesos que ya han sido descartados -Riesgo Cardiovascular-, otros no probados -Deterioro Cognitivo- y por último, otros - Fracturas Osteoporóticas de la mujer mayor- en que la reducción de la tasa hormonal estrogénica, juega un papel limitado.

- **Osteoporosis y fractura osteoporótica postmenopáusica.**

La osteoporosis se define por la OMS como una enfermedad sistémica del esqueleto, caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de su microarquitectura, que produce un aumento de la fragilidad ósea y un aumento del riesgo de fracturas¹⁵⁶.

El grupo de expertos de la OMS¹⁵⁶ ha definido como *mujeres con densidad ósea normal* a aquellas en que sus valores medidos por densitometría se sitúan por encima de -1 desviación estándar (DE) respecto al pico de masa ósea conseguido por las mujeres jóvenes de esa población, el llamado *T score*.

Mujeres osteopénicas son aquellas que tienen un *T score* situado entre -1 y -2,5 DE y *mujeres osteoporóticas* las de un *T score* menor a -2,5 DE, y si además presentan fracturas atraumáticas, es decir, por fragilidad, se las clasifica como *mujeres con osteoporosis severa o establecida*¹⁵⁶.

En todo este proceso, la reducción en la densidad mineral ósea conlleva un incremento continuo del riesgo de fractura, de tal forma que cada reducción de 1 DE duplica el riesgo anterior¹⁵⁶.

De acuerdo con esta definición de la OMS y según sus propios datos, un 30.3% de la población de más de 50 años es osteoporótica. La prevalencia tiene un carácter creciente con la edad, de acuerdo a los datos expresados en la Tabla 9¹⁵⁶.

Tabla 9. Prevalencia de osteoporosis a diversas edades. OMS, 1994, p.6¹⁵⁶.

Rango de Edad	Osteoporosis en cualquier sitio	Osteoporosis en cadera
<50 años	0%	0%
50-60	14.8%	3.9%
60-69	21.6%	8%
70-79	38.5%	24.5%
≥ 80	70%	47.5%

La osteoporosis sin fracturas no produce dolor⁸ y pasa desapercibida, por lo que se la ha llamado “*la epidemia silente del siglo XXI*”¹⁵⁷. Su repercusión clínica está asociada al hecho que condiciona mayor fragilidad y riesgo de fracturas.

Las fracturas por fragilidad, definidas como las que resultan de una caída de la altura de una persona de pie o menor, o bien, aquellas que se presentan en ausencia de un traumatismo evidente, pueden suceder en cualquier hueso, excepto en los huesos de la cara y los dedos.

El riesgo de fractura osteoporótica a lo largo de la vida de la mujeres es de un 40%¹⁵⁷ - que asientan preferentemente en la columna vertebral, antebrazo, costillas y cadera -cuello de fémur-.

Si bien la fractura vertebral es más frecuente, es la de cadera la que tiene un alto impacto sobre la economía y salud pública, por su importante morbilidad, mortalidad, y gasto quirúrgico^{1,158-159}.

En el año 1989 se contabilizaron en España 33.000 fracturas de cadera, que dieron lugar a 31.000 intervenciones quirúrgicas y el implante de 10.000 prótesis, mientras que para el año 2110 se esperan unas 45.000¹⁵⁸.

Un 15% de las personas que sufren esta fractura mueren en el primer mes y la mortalidad al año llega al 30%, siendo de un 38% a los dos años, tanto como consecuencia directa de ella como de sus complicaciones. Además, en torno al 33% van a necesitar ayuda por invalidez residual permanente¹⁵⁸⁻¹⁵⁹.

En este contexto es preciso reflexionar sobre el grado de aporte que la reducción estrogénica postmenopáusica, realiza al problema global.

La osteoporosis es un proceso crónico que se desarrolla con la edad y que está relacionada con diversas enfermedades y tratamientos e influenciada por múltiples factores hereditarios, ambientales y de estilo de vida.

Al analizar el riesgo de fractura de fémur, la osteoporosis aparece como un factor –importante– en todo un contexto multifactorial¹⁵⁸ en el que el elemento fundamental es la caída –Tabla 10 –. En el estudio de Auckland en Nueva Zelanda, el 96% de las fracturas se asociaron con una caída y el 16% con algún trastorno médico¹⁶¹. De hecho, la densidad mineral ósea de las mujeres que se fracturan la cadera y de las que no lo hacen no es muy distinta y la tasa de fracturas clínicas guarda más relación con la edad que con la densidad mineral ósea¹⁶².

Tabla 10. Valoración del riesgo de fractura de cadera. Modificado de Law,1998, p.93¹⁶⁰.

Factor incriminado	Riesgo Relativo
Edad	Si > 65 años RR=3 cada década
Sexo	M/V= 3
Densidad mineral ósea	Cada descenso en 1 DS RR= 2
Fractura previa en columna vertebral o muñeca	2
Caída sobre la cadera	30
Ictus previo, alteraciones cognitivas, incapacidad para levantarse	5
3 ó más caídas el año anterior	4
Trastornos del equilibrio, alteraciones de la marcha, alteraciones de la movilidad, caída sobre superficie dura, caída sin apoyo de la mano	3
Delgadez	2.5
Hipotensión postural, salir de casa menos de 3 veces por semana, depresión, uso de psicofármacos, pérdidas de visión superior al 20%, no frenar la caída agarrándose a objetos, antecedentes de madre con fractura de cadera	2
Protectores de cadera	- 0.4

Además, hay que considerar que el papel de los estrógenos sobre la densidad ósea viene a realizarse en un contexto a su vez multifactorial, donde la base genética resulta fundamental.

A los 35-40 años de edad se alcanza la máxima densidad mineral ósea, el llamado “*pico de masa ósea*”, que es menor para las mujeres.

A partir de este momento, comienza, en ambos sexos, un proceso de pérdida continuada de hueso que cuantitativamente se sitúa en torno al 0.5% anual. La aceleración de la pérdida de masa ósea se asocia de manera consistente con la disminución de estrógenos en la menopausia¹. A partir de la aparición de la menopausia, esta pérdida se acelera alcanzando tasas variables, entre 1-3% durante un tiempo en torno a 5-10 años, estabilizándose posteriormente en tasas de pérdida similares a la de los varones. Se conoce la existencia de un grupo de mujeres que pierde más rápidamente hueso –las llamadas “*perdedoras rápidas*”–¹.

Como consecuencia de lo anterior, la edad y el tiempo transcurrido desde el inicio de la menopausia son los predictores más importantes de reducción de la densidad mineral ósea. A los 80 años las mujeres han perdido hasta un 33% de su pico de masa ósea, siendo atribuible el 70% de la misma al hipoestronismo climatérico¹³².

A pesar de ello, no todas las mujeres desarrollan osteoporosis, viniendo este hecho condicionado por factores personales, como el pico de masa ósea alcanzado, la tasa de pérdida anual específica para la mujer y la coexistencia o no de otros factores de riesgo. Por otro lado y como se ha visto, la aparición de fractura está más ligada a otros factores, fundamentalmente la caída, que a la densidad mineral ósea.

Todo ello *relativiza el impacto que habitualmente se atribuye a la menopausia* en dicho problema.

- **Enfermedad cardiovascular.**

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en los países desarrollados.

Su incidencia y mortalidad aumentan en función de la edad. Las tasas absolutas presentan su punto de inflexión en ambos sexos alrededor de los 65-70 años, pero las curvas de mortalidad específicas por edad y sexo guardan un paralelismo constante y creciente a lo largo de la vida¹⁶³. Estos datos no apoyan las afirmaciones habitualmente admitidas de que el riesgo cardiovascular se acentúa en las mujeres a partir de la menopausia.

Este proceso se caracteriza por tener una etiología multifactorial, siendo el envejecimiento, la hipertensión arterial, la dislipemia, la diabetes, el hábito tabáquico, el sedentarismo, la obesidad y los antecedentes familiares sus factores etiológicos más importantes, que se interrelacionan y potencian entre sí¹.

Por otra parte y pesar de las múltiples hipótesis acerca de los mecanismos de protección vascular ligados a los estrógenos, no se ha demostrado relación entre la enfermedad cardiovascular y la disminución de estrógenos en la menopausia¹.

- **Deterioro Cognitivo. Enfermedad de Alzheimer.**

Con la edad existe una disminución progresiva de la capacidad cognitiva, que varía ampliamente entre las distintas personas.

Los determinantes de esta variabilidad son inciertos pero parece que las mujeres presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer que los hombres, y ello independientemente de su mayor longevidad¹⁶⁴.

Respecto al tema que nos ocupa, muchas mujeres refieren dificultades cognitivas durante la transición menopáusica. A pesar de ello, ni los estudios poblacionales ni los longitudinales han demostrado que la transición se asocie a una disminución de la capacidad cognitiva: dificultad de concentración y pérdida de memoria^{1,6}.

Como en otros casos que hemos visto, podría influir también el hecho de que el diseño de los estudios no resulte adecuado para separar los efectos del envejecimiento de aquellos ligados a los cambios menopáusicos², o también a la posibilidad de que dicha alteración sea transitoria y se recupere en la postmenopausia¹⁶⁵.

Tampoco está claro el efecto sobre este proceso de la administración preventiva o terapéutica de THS¹⁶⁶⁻¹⁶⁸, que a la vista de las investigaciones, no parece uniforme. Probablemente administrada muy precozmente podría mejorar el problema, cosa que no ocurre si se inicia en etapas avanzadas, donde incluso podría ser dañina^{165,169-171}.

I.4. LA PERSPECTIVA INTEGRAL DE LA TRANSICIÓN CLIMATÉRICA

I. LOS DISTINTOS MODELOS CONCEPTUALES DE LA MENOPAUSIA

Tal y como se ha descrito en el capítulo anterior una característica fundamental de la transición climática es *la variabilidad tanto inter como intracultural*. Este hecho es tan marcado, que desde hace algunos años *se viene debatiendo la existencia o no de un síndrome menopáusico universal* consistente en un conjunto de síntomas vasomotores y psicológicos.

De forma resumida podemos decir que *la cuestión fundamental que se debate es básicamente conceptual*.

¿Es la menopausia una condición médica causada por el declive en la producción estrogénica y por tanto susceptible de ser tratada con THS que limitaría o anularía los efectos de este déficit? O bien *¿se trata de una fase natural de la vida* que requiere, a lo sumo, algunos ajustes en el estilo de vida de la mujer?^{76,124}.

En el primer caso y desde una perspectiva biologicista, se propone un contexto clínico específico y común de síntomas ligado fisiopatológicamente al hipoestronismo²¹, mientras que en el otro se insiste en el fuerte componente individual y cultural de dicho proceso natural^{3,172-174}.

Obermeyer en el estudio DAMES llevado a cabo en el 2007 evalúa la sintomatología en cuatro zonas geográficas distintas del mundo: USA, España, Líbano y Marruecos¹²⁷, y de su análisis concluye que en el Sd. Menopáusico existe un componente biológico -ligado al estatus menopáusico- y otro psicosocial -cultural- ligado al lugar de residencia.

Avis a partir del análisis del Estudio SWAN⁵⁹ – el mayor estudio transcultural, multirracial y multiétnico- llevado a cabo en el año 2009 sobre 14.906 mujeres, ha reforzado la conclusión de Obermeyer, exponiendo de forma contundente la idea contraria a la existencia de un Síndrome Menopáusico unitario de carácter universal, definiendo en el análisis estadístico *dos factores claramente distintos: uno vasomotor (sofocos y sudores) y otro psicológico y psicosomático*^{60,61,70}. Gold, ha demostrado la influencia independiente de la raza y etnia por una parte y de los factores ligados al estilo de vida y a factores socioeconómicos, por otra¹⁷⁵.

Nuestro grupo de trabajo ha aportado su reflexión sobre estas concepciones o modelos de aproximación al climaterio, definiendo su carácter parcelar, y *promoviendo la necesidad de integrarlos en un modelo holista, que ha servido de marco teórico a nuestro proyecto* –Tabla 11-. Coincidimos con Obermeyer -del grupo de trabajo de la OMS- en que la menopausia ni es tan invariable como la retrata la literatura médica, ni tan variable como lo señala la literatura social¹²⁷.

Tabla 11. Modelos de menopausia. Modificada de Olazábal, 1999, p.266⁶⁸.

	Modelo biologicista	Modelo Psicosocial	Modelo Holístico
Concepto	Enfermedad Endocrinopatía multisistémica	Proceso natural "medicalizado" que cumple una función social y que está ligado al poder político-social del varón	"Crisis" adaptativa biopsicosocial no necesariamente negativa Oportunidad para el crecimiento personal
Origen	Biológico Deficiencia hormonal estrogénica	Psicosocial Acontecimientos vitales estresantes Presión social negativa	Transición individualizada Efecto sobre la salud variable: neutro, positivo ó negativo Intervención de factores de tipo bio-psico-social
Bases	Investigación científica amplia Descripción de mecanismos fisiopatológicos Descripción de síntomas Cambios hormonales objetivos que posibilitan el diagnóstico Resultados favorables de la THS	Estudios epidemiológicos poblacionales que asocian los síntomas menopáusicos a variables psicosociales Estudios antropológicos interculturales Favorable efecto del placebo	Integración de los otros modelos Perspectiva más amplia Capacidad de comprender las distintas experiencias ligadas al climaterio Locus de control centrado en la mujer
Críticas	Visión reduccionista Visión negativa Percepción sesgada por muestras clínicas Locus de control externo a la mujer Medicalización de la menopausia	Visión reduccionista Investigación cualitativa Limita las opciones terapéuticas Responsabiliza a la mujer de su malestar	Modelo teórico Ausencia de trabajos que lo apoyen Dificultad para su desarrollo en la práctica clínica y en la investigación
Propuestas de intervención	Base: salud = ausencia enfermedad Ámbito individual Actitud preventiva y curativa Centrada en una oferta amplia de THS Sanitario implicado: médico Rol del sanitario activo Rol del "paciente": pasivo	Transformación de los condicionantes sociales Medicina natural y alternativa	Base: salud= potencial humano Equilibrio: individuo/colectividad Promoción de la salud mediante programas educativos bio-psico-social. Uso selectivo de la THS Multidisciplinar: médico, enfermera, A. social, psicólogo. Rol del sanitario y la mujer: activo
Apoyos	Modelo hegemónico en la medicina occidental Ginecólogos	Enfermería Sociólogos, psicólogos, antropólogos. Movimiento feminista	Médicos de cabecera y enfermería Equipos multidisciplinarios

Tabla 12. Adscripción de los sanitarios de Salamanca a los diversos modelos de concebir la menopausia. Olazábal, 1999, p.241⁶⁹.

	Modelo Biologicista	Modelo psicosocial	Modelo Holístico	Incertidumbre
Médicos de atención primaria	7.9%	0%	42.1%	50%
Médicos de hospital	10%	3.3%	26.7%	60%
MIR de medicina familiar	0%	0%	58.8%	41.2%
Otros MIR	5.1%	0%	53.9%	41%
Enfermería atención primaria	3%	0%	72.8%	24.2%
Enfermería de hospital	3.7%	3.7%	50%	42.6%

Un modelo constituye una concreción para una ciencia en particular de un paradigma científico general, es decir, del conjunto de creencias, valores y técnicas compartidos por miembros de una comunidad científica determinada, que durante un período de tiempo proporcionan problemas y soluciones modelo a sus profesionales¹⁷³⁻¹⁷⁴.

Ambos, paradigmas y modelos, no son algo objetivo, neutro y universal, puesto que además de con supuestos científicos, guardan relación con otros personales, ideológicos e históricos, y por ello con el medio sociocultural.

La elección por parte de los sanitarios de un modelo concreto guarda relación con características como la edad, sexo, momento de su ciclo vital, personalidad, actitudes hacia la mujer y su rol social, hacia la responsabilidad de los pacientes, especialidad elegida, tipo y lugar de práctica, experiencia profesional, tipo de enseñanza recibida y organización político-económica del sistema de salud del que forme parte¹³⁸.

En un estudio realizado en Salamanca en el año 99⁶⁹, nuestro grupo investigó la adscripción a los distintos modelos de los profesionales sanitarios –Tabla 12-. El modelo holista era compartido por un 47.3% de los sanitarios, siendo más frecuente en el ámbito de la atención primaria, en los jóvenes – un 66% de los sanitarios por debajo de los 30 años– y en el personal de enfermería –56.5% frente al 44% del personal médico. Llama poderosamente la atención las altas tasas de incertidumbre, que indicaban la confusión existente en ese momento, y que pensamos que probablemente se mantiene en gran parte en el momento actual.

Partiendo de la compleja situación de enfrentamiento científico, en mayor o menor grado existente entre las dos posturas conceptuales antagónicas que hemos descrito, nuestro grupo de trabajo entendió que podría resultar de interés el profundizar en el desarrollo de una perspectiva integradora u holista^{68-69,81-82,85-86} de todos los aspectos implicados tanto biológicos y psicosociales. Y ello, tanto desde una perspectiva de estudio y comprensión científica, como, sobre todo, desde la perspectiva de lograr una mejoría en el abordaje sanitario de la cuestión planteada.

II. EL MODELO INTEGRAL U HOLISTA DE ENTENDER LA MENOPAUSIA

Unifica las aportaciones de múltiples autores que pertenecen al ámbito de las ciencias sociales^{3,11,28,79-80,178} y de la conducta⁷⁴, y en el contexto sanitario sobre todo a aquellas realizadas por médicos de familia⁶⁸⁻⁶⁹ y por enfermería¹⁷⁹⁻¹⁸².

Se sustenta en la concepción filosófica de que los fenómenos humanos pueden ser considerados desde varias perspectivas, muchas de las cuales son complementarias, por lo que los modelos de interpretación aportan enfoques, maneras de ver esa realidad desde un determinado ángulo de visión, disponiendo de coherencia interna pero sin que ninguno de ellos tenga la interpretación absoluta.

Es el llamado *Paradigma Holista, Sistémico u Ecosistémico*, que se inicia con la obra de Jan Cristian Smuts en su libro *Die Holistische Welt (1938)*¹⁸³ y que se halla implícito en la Teoría General de los Sistemas¹⁸⁴, que intenta captar el comportamiento de los sistemas complejos como totalidades que exhiben una conducta que no resulta del todo inteligible mediante el análisis aislado de sus componentes.

La persona es vista como un sistema complejo que surge de la interacción de tres subsistemas: su cuerpo, su vida psíquica y su ambiente ecosocial, que tienen igual importancia como componentes del mismo¹⁷⁷⁻¹⁷⁸ y a los que se suma en el caso de los pacientes, un cuarto subsistema ligado a su interrelación con el sistema sanitario. Todo ello determina una causalidad no lineal, sino múltiple, recíproca y circular¹⁷⁶.

El fin último de la aplicación de este paradigma a la medicina, el modelo holístico, consiste en el establecimiento de una definición de salud basada en la comprensión del *hombre como totalidad organizada en equilibrio dinámico* y la posibilidad de apartarse “patológicamente” de él. Ello lleva inevitablemente a la reflexión de lo que es el hombre y en lo que consiste su equilibrio existencial¹⁷⁶.

La Enfermedad –*Disease* del mundo anglosajón–, que corresponde a los fenómenos físicos, empíricamente verificables, que conforman el proceso biológico que sufre el paciente, pasa a convertirse en Dolencia –*Illness*–, experiencia personal del paciente -no objetivable- que integra la alteración física y psicológica, incluyendo sentimientos, actitudes y sensaciones hacia su estado y lo que le rodea¹⁷⁶.

A partir de estas premisas, e integrando eclécticamente¹³ elementos aportados por los modelos clásicos, biologicista y psicosocial, reduccionistas y antagónicos, el modelo holístico –*ολος (holos) = todo*– conceptúa la transición climatérica como un proceso complejo y polifacético, que responde a la interacción, en un momento concreto del ciclo de desarrollo evolutivo de la mujer, de diversos factores biopsicosociales¹⁵⁻¹⁶, que determinan grados variables de cambios y adaptaciones subsiguientes –*Crisis*–, y cuya repercusión última puede suponer la pérdida, el mantenimiento o la mejoría de salud de la mujer^{74,121,176,178-179}.

El climaterio no sólo es una transición biológica hacia la infertilidad sino también una transición psicosocial, que conlleva un cierto estrés y una tarea adaptativa –*Crisis*– biopsicosocial subsiguiente.

El término *Crisis* asociado a la transición climatérica se encuentra históricamente presente ya a principios de este siglo con el Dr. Marañoñ –*La edad crítica: Estudio biológico y clínico, 1919*– y persiste en la literatura²¹, utilizándose específicamente para definir el climaterio en la lengua francesa –*“L’age critique”*–¹⁸⁵⁻⁶. Bajo esta perspectiva se puede considerar un término “clásico”.

Es necesario insistir que nuestra concepción del climaterio como crisis está basada en su auténtico sentido etimológico, *Crisis* –del griego *Χρισις (Krisis) = juicio, determinación*¹⁸⁵, *momento decisivo*¹⁸³– de duración temporal breve y de repercusión duradera en el tiempo, bien en sentido favorable o desfavorable¹⁸⁷.

Sin embargo independientemente de su sentido genérico, el término “crisis” tiene en el lenguaje coloquial una connotación negativa, y como hemos expresado con anterioridad al hablar del uso del lenguaje en la menopausia–p.17- resulta importante evitar términos negativos e iatrogenizantes⁷⁴. Por ello, pueden ser útiles términos como *Transición*¹⁸⁸ o *Fase de desarrollo*¹⁸⁹ que aluden igualmente a una situación adaptativa y que puede realizarse de muy diversas formas.

La transición climatérica presenta dos características fundamentales: su ámbito biopsicosocial y su variabilidad inter e intracultural, que se expresa en su carácter marcadamente individual y potencialmente positivo.

Como de todo cambio, del climaterio y la menopausia pueden derivarse consecuencias positivas y negativas. Los cambios exigen nuevas adaptaciones para un mejor desarrollo. Todo cambio –biológico, psíquico, social- siempre desencadena *tensión*. Si somos capaces de enfrentarnos a la tensión de forma adecuada, esta tensión difícilmente dará lugar al estrés y sus secuelas negativas. Si frente al proceso de cambio y a la tensión que genera no sabemos adaptarnos o lo hacemos inadecuadamente, la tensión se transformará en estrés....

En conclusión, la menopausia, como cualquier otro acontecimiento vital, en este caso un acontecimiento natural de índole biológica, psicológica y cultural, puede representar una experiencia positiva o negativa según sea el proceso de adaptación y el modo de confrontarlo. Sánchez Cánovas, 1996, p.40⁷⁴.

A. CARÁCTER BIOPSIICOSOCIAL DEL CLIMATERIO

1. TRANSICIÓN BIOLÓGICA

- **Los cambios somáticos tienen su máxima expresión en el hipoestronismo hipergonadotropo** derivado del fracaso de la maduración folicular ovárica, y conllevan cambios adaptativos por reajuste en otras glándulas, como la hipófisis y las suprarrenales, constituyendo en su conjunto una auténtica “*crisis endocrina*” que lleva al desarrollo de una nueva homeostasis hormonal.

Como resultado, se producen cambios menstruales, la pérdida progresiva de la capacidad reproductiva, y otras modificaciones en la esfera corporal que como hemos visto –Cap.I.3- se superponen con los cambios ligados al proceso natural del envejecimiento^{1,4,74}.

Como se ha analizado en dicho capítulo, el déficit estrogénico puede desarrollar un papel más o menos importante en cada caso, pero en general no deja de ser más que uno de los múltiples factores biopsicosociales incriminados en su etiopatogenia y que actúan de forma simultánea al envejecimiento^{25,74}.

De hecho, tal y como hemos indicado –p.23- bastantes síntomas habitualmente atribuidos al climaterio carecen de relación alguna con el descenso de los niveles estrogénicos.

La importancia que tiene la velocidad de reducción hormonal se revela en la mayor severidad de la menopausia inducida tras la ovariectomía bilateral^{11,79,81,128}.

- **Otros aspectos.**

Es conocido que el tabaco adelanta la fecha de la menopausia^{11,44}. También se conoce la influencia del peso y en relación con ello de la dieta y el ejercicio físico; las obesas (IMC≥30%) presentan una menopausia más tardía y una mayor prevalencia de clínica vasomotora. Ver p.13.

El consumo de fitoestrógenos contenidos en la soja por las mujeres japonesas y chinas justificaría para algunos su baja tasa de Sd. vasomotor^{11,25,77,79,190}.

Las mujeres con antecedentes de Sd. premenstrual presentan también una semiología más acusada¹⁹¹.

2. CAMBIOS PSÍQUICOS

- Hacia los 40-50 años, en la vida de todo ser humano, aunque de forma variable según los individuos, se producen cambios en la esfera psíquica conocidos como **“crisis de la mitad de la vida”**^{186,192}. Se trata de una crisis crucial de identidad, semejante a la de la adolescencia¹⁷⁹, en la que destacan la percepción de vulnerabilidad personal, la temporalidad de la vida, envejecimiento y mayor proximidad de la muerte^{144,193}.

Esta situación, muchas veces aparece precipitada por la muerte de un ser cercano -padre, amigo, etc.-, conduce a la ruptura de la ilusión previa de inmortalidad y a la realización de una reflexión y balance de lo que ha sido la vida hasta el momento presente^{148,186,194}. –Tabla 13-.

Además, algunas mujeres pueden vivir la menopausia como una muerte simbólica, porque o ya no pueden tener hijos -que es la razón principal de su existencia de acuerdo con los papeles tradicionales asignados a ellas-, o bien no pueden criarlos -porque si los tuvieron ya están crecidos, que era su segundo papel- y porque además y por la edad tampoco considera la sociedad que sirven para su tercer papel tradicional, el de objeto sexual¹⁹³.

Para muchas mujeres, la regla y la posibilidad de tener hijos supone un hito fundamental en sus vidas. Se trata de un hito fisiológico y simbólico que les define como mujer. Al llegar a la menopausia parecen considerar que de alguna manera son menos mujeres. En este sentido, la menopausia se convierte en una metáfora de un proceso irreversible de envejecimiento. Obermeyer, p.12⁷⁶.

Tabla 13. Acontecimientos vitales estresantes en mujeres menopáusicas Españolas, Marín, R¹⁹⁵.

Acontecimientos o cambios mayores (Major vital events)	Enfermedad grave de un ser querido	80%
	Muerte de un ser querido	56%
	Cambio domicilio	22.2
	Petición de Hipoteca	19%
	Cambio en los hábitos de sueño	18%
Ajetreos de la vida cotidiana (Dayly life events)	Cambios físicos (arrugas, canas, vientre y pechos caídos)	50-55%
	Cambios psíquicos (nido vacío, nido lleno rol de abuela)	20-30%
	Cambios sociales (incorporación de miembros, atención a los padres y nietos)	20-30%

- Los estudios epidemiológicos indican que **no todas las mujeres tienen la misma probabilidad de desarrollar problemas emocionales.**

Existe una **situación de mayor riesgo** para las mujeres con antecedentes personales de patología psíquica, baja autoestima, locus de control externo, actitudes negativas hacia la menopausia, rol de ama de casa, bajo nivel socioeconómico y cultural, desavenencias conyugales, pocos recursos sociales y que han estado sometida en fechas recientes a problemas de salud y/o acontecimientos vitales estresantes^{26,57,74,109, 140}. En último término es especialmente importante el miedo a las expectativas negativas.

Los síntomas son lo que a primera vista llama la atención de las mujeres ya que son las muestras visibles de un proceso en marcha. Más allá de dichos síntomas queda un miedo al envejecimiento que en algunas mujeres es latente y en otras es muy consciente. Más allá de todo esto, no obstante, queda el miedo a la enfermedad: al cáncer de mama, a la osteoporosis y a los problemas cardiovasculares. Estos tres factores intervienen a la hora de explicar las inquietudes que tienen muchas mujeres ante esta fase de sus vidas, Obermeyer, 2004, p9⁷⁶.

El duelo de la menopausia afecta a todas las mujeres, sean conscientes o no. La sensación que para nosotras el sol ya ha pasado el cenit y comienzan a alargarse las sombras, de que hace tiempo que se acabó el verano y los días son cada vez más cortos y más tristes, es correcta y merece ser respetada. En este momento de cambio, el descenso hacia la noche se percibe como algo rápido; sólo una vez que se haya dejado atrás el estrés del climaterio la mujer madura podrá empezar a percibir que el otoño puede ser largo, dorado y más dulce y cálido que el verano, y que es la estación más productiva del año. Greer, 1991, p. 154¹⁹³.

En Madrid la severidad de la clínica en el medio rural parece más acusada que en el medio urbano¹¹, aspecto que no se ha visto en Salamanca¹⁹⁶. También el riesgo de iatrogenización en las grandes urbes parece mayor al de los pequeños medios rurales¹¹.

En un estudio llevado a cabo en Granada¹⁹⁷, el perfil de la menopáusica con problemas psicosociales corresponde al de una mujer que forma parte de una familia monoparental o disfuncional, que ha sufrido acontecimientos vitales estresantes de carácter mayor y que tiene insuficiente apoyo social.

Cambias porque tú misma dices no soy la que era, no lo digo por la menopausia, lo digo en general, los años no pasan en balde. Antes yo no lo pensaba, te piensas que no vas a llegar nunca a ser mayor. Que ahora me veo bien pero... También tengo miedo a esto de que hay que morir, yo es que cuento los años que me quedan para vivir Obermeyer, p.12¹³

3. CAMBIOS FAMILIARES

Coincidiendo con los dos hechos anteriores de carácter biopsíquico, el mundo familiar en el que se integra la mujer está también en un momento de cambio que conlleva inestabilidad y exige adaptación –“**crisis familiar**”–.

Los elementos implicados pueden ser muy variados y aparecer en combinaciones varias, según la mujer^{11,71,74,120,150,186}.

- La angustia y elaboración del duelo ante la progresiva autonomía de los hijos y pérdida correspondiente –el llamado **Síndrome del Nido Vacío**–, dificultada por la existencia, en algunos casos, de posturas posesivas respecto a ellos –simbióticas–.

Esta situación de soledad puede empeorar en caso de pérdida simultánea de la pareja y viudedad consiguiente, consecutiva sobre todo a la mortalidad cardiovascular más precoz en el varón.

- Como contrapartida a la situación anterior se sitúa el llamado **Síndrome del Nido Lleno**, que supone un incremento de los miembros del núcleo familiar, que sobrecarga a la mujer.

Por una parte, la persistencia en nuestro contexto actual cada vez con más frecuencia y por un tiempo cada vez mayor de hijos adultos en el hogar, por la ausencia de posibilidades de emancipación en el contexto de una falta de expectativas laborales. Se incluye aquí el cada vez más frecuente retorno al hogar de hijos que han sufrido procesos de separación de su pareja. También hay que considerar la incorporación de los sistemas familiares de origen al sistema propio de la pareja, consecutivamente a la enfermedad o muerte de alguno de los abuelos.

- La posibilidad de aparición de **problemas en la pareja** y eventuales divorcios al encontrarse de nuevo solos en el hogar, en el caso de una normal evolución de la dinámica familiar.

Este hecho puede venir facilitado por propia y simultánea crisis de la mitad de la vida del varón que puede llevarle en algunos casos a trabajar más y a dedicar menos tiempo a la familia o también a desarrollar actitudes de reafirmación y búsqueda de nuevos estímulos mediante su relación con mujeres más jóvenes.

También pueden superponerse los cambios laborales que puede sufrir el marido, sobre todo la jubilación o el despido a estas edades de difícil reincorporación al mercado laboral, con la subsiguiente pérdida de poder económico y seguridad.

Resulta así mismo importante la actitud de la pareja ante los cambios que sufre la mujer: comprensión, comunicación, vivencia de sexualidad, etc. En general, los datos respecto a nuestro país, señalan la escasa participación del marido en la transición de la mujer, siendo la actitud más habitual el silencio. Sólo el 2% de las 76 mujeres encuestadas en Madrid habían planteado esta cuestión a sus parejas⁷⁶.

- **La necesidad de integrarse en las nuevas familias** que van formando sus hijos y las dificultades en el desarrollo del nuevo papel de abuelos y el significado de dicho estatus ante el nacimiento de sus primeros nietos.

4. CONTEXTO SOCIAL

La diversa forma de vivir la transición climatérica -incluida en su caso la semiología clínica- en las distintas sociedades, es un aspecto que resulta enormemente chocante, y que como hemos reseñado, ha sido ampliamente investigado –Cap. I-3.

Hace muchos años que algunos investigadores y la propia OMS han señalado que *el bienestar durante la transición climatérica está muy influenciado por las condiciones raciales, étnicas, socioeconómicas y culturales en que la mujer vive*^{4,5-26, 74,120,179,195} lo que resulta coherente con las ideas clásicas de Cannon, Mayer-Lief y Selye¹⁹⁸⁻²⁰⁰ que relacionan el estrés social con el comienzo y progreso de la enfermedad física.

Desde la perspectiva intercultural nuestra civilización no facilita una transición favorable. En otras culturas –asiáticas, africanas, islámicas, indias, etc.– en las que la mujer mejora su estatus social, por la supresión del estigma negativo de la menstruación, la visión más positiva del envejecimiento, el ejercicio de poderes chamánicos, etc., se producen transiciones mucho más saludables^{1,4,120-121,179}.

Hay elementos de índole muy diversa que pueden influir. Entre ellos, algunos de carácter relevante:

- **El significado cultural de la menstruación** y las consecuencias de su desaparición. El significado social de la mujer estéril⁴.

La interiorización por parte de las mujeres de aquellos mitos que asocian el climaterio a la pérdida de valores sociales importantes como la feminidad, belleza, juventud y sexualidad⁵⁷.

En un estudio realizado en Madrid, se observó en muchas mujeres un considerable miedo en muchas mujeres a la pérdida de su capacidad de ser atractivas y agradables para las personas de su entorno, con riesgo subsiguiente de soledad⁷⁶.

- **El estatus socioeconómico de la mujer postmenopáusica**, la consideración social del envejecimiento y la presión ejercida por los medios de comunicación.

En nuestro contexto ello supone una pérdida del estatus de la mujer, cuya expresión más sencilla y contundente es la connotación negativa del término “menopáusica” cuando se trata de descalificar a la mujer.

La mujer que envejece tiene un triple peligro: ser mujer, ser vieja y ser pobre. Hay que tener en cuenta que la seguridad social aumenta las diferencias de los ingresos en detrimento de las mujeres, ya que muchas de ellas no han trabajado nunca fuera de su casa, otras abandonan el trabajo para cuidar de su familia, otras no han tenido probabilidades de recibir instrucción en campos típicamente masculinos y otras son discriminadas en su trabajo y reciben remuneraciones inferiores a su capacidad. Al morir el esposo, muchas veces la pensión que recibieron por su jubilación se reduce mucho más, lo que crea problemas de subsistencia. Cuadros, 1990, p.29²⁰¹.

En este sentido es importante el grado de privación económica. Algunos autores sugieren que las mujeres más dependientes económicamente, con un rol tradicional reproductor, llevarían a cabo transiciones más difíciles¹¹.

- **El cambio en su función o rol socio-familiar** y la posibilidad de desarrollar nuevos papeles en su vida y de la disposición de redes sociales.

Las investigaciones llevadas a cabo en nuestro país, señalan la importancia específica que en nuestro contexto presentan las redes sociales y familiares, ya que un 85% de las mujeres plantean a sus amigas y compañeras del trabajo, hermanas, cuñadas y madres, los problemas ligados a la menopausia⁷⁶.

- La **existencia de servicios de salud** específicos para atender a las mujeres en este período, con la capacidad de estos bien de generar salud o bien medicalizar el proceso, ver p.17.

En este contexto de gran complejidad, surge también la exigencia de respuestas adaptativas –“**crisis social**”–¹⁸⁸.

Como conclusión, se puede decir que *durante el período climatérico de la mujer se superponen situaciones de necesidad adaptativa marcada en el ámbito biológico, psíquico, familiar y social.*

La influencia de todos estos factores ha sido observada en las investigaciones llevadas a cabo específicamente para nuestro país^{3,77-79,86,91-107}.

B. EL CARÁCTER INDIVIDUAL Y POTENCIALMENTE POSITIVO DE LA TRANSICIÓN CLIMATÉRICA

- **La transición climatérica carece de sentido e intensidad previamente definidos, y como tal se trata de una oportunidad al cambio.**

Este aspecto no valorativo en cuanto al resultado final de la crisis climatérica es recogido en la lengua inglesa –*Change of life*– haciéndolo sinónimo al de menopausia^{141,202} y en el ideograma chino de crisis –*Wei-ji*–¹⁸³ que incluye una combinación de los caracteres peligro y oportunidad.

De hecho, aunque en el lenguaje cotidiano el término “*crisis*” es considerado como equivalente a una situación de fracaso personal, debilidad o incapacidad de resistencia frente a acontecimientos externos cargados de tensión, la palabra “*crisis*” en sí misma –p.42– no implica una catástrofe sino más bien un punto decisivo, un período crucial, de mayor vulnerabilidad y potencial también elevado, donde se alcanzan logros o se producen fracasos que hacen que el futuro sea mejor o peor, pero que en cualquier caso lo reestructuran^{183,185-189}.

Los momentos de crisis, aunque difíciles, no sólo son previsibles sino deseables a lo largo de nuestra vida, pues significan una oportunidad para madurar, y de hecho, su ausencia limita el desarrollo personal^{186,192}. Los procesos evolutivos personales pueden verse como una sucesión de diferentes situaciones de crisis¹⁸³.

Entendida la crisis como “*oportunidad de cambio*”¹⁴¹ en la transición de la edad media de la mujer, conlleva una repercusión variable en la salud: puede ser negativa, pero también neutra o incluso positiva, al facilitar el crecimiento personal¹⁹². El modelo holista plantea la transición climaterica con esta visión amplia y positiva^{121,202} con la *posibilidad de crecimiento personal* para muchas mujeres.

Esta perspectiva positiva no es nueva, habiendo siendo ya descrita en 1950 por la psiquiatra psicoanalista Benedek quien consideró la menopausia como una “*crisis de desarrollo*” donde la desexualización de las necesidades emocionales podía liberar energía psíquica para nuevas tareas y gratificaciones, pudiendo conducir la transición a un nuevo y más alto estadio de desarrollo personal¹⁸⁹.

De todo ello, surge como consecuencia una concepción muy individualizada del climaterio^{57,121}. Parafraseando a la conocida frase de que “no hay enfermedades sino enfermos”, podemos decir que “*hay menopausia, pero no hay climaterio, sino climaterios*”, puesto que cada mujer es única en su vivencia y necesidades²⁰³.

Si bien la menopausia resulta en una constante biológica idéntica y universal para toda mujer –la amenorrea definitiva–, no resulta así el climaterio, pues cada mujer vive esta transición según la interacción y la respuesta personal a los diversos factores biológicos, psíquicos y sociales implicados, matizada por aspectos ambientales, históricos y culturales propios de la comunidad en la que vive.

Esta vivencia personalizada determina una distribución del nivel de salud en la población de mujeres menopáusicas, que al igual que otros fenómenos biológicos viene representada por una campana Gaussiana, cuyo extremo más desfavorable estará ocupado por aquellas mujeres que durante esta transición empeoran en grado variable su salud hasta cotas compatibles con la percepción subjetiva y el diagnóstico clínico de enfermedad⁶⁸. Frente a ello, muchas otras mujeres atraviesan el climaterio con escasos o nulos síntomas tal que no requieren atención sanitaria alguna².

La Agencia Española de tecnología sanitaria –AETS-⁸ habla de *menopausia normal* cuando no existen síntomas o son leves, y de *menopausia patológica* para referirse a la menopausia precoz o aquella en la que existe sintomatología moderada o grave que obliga a buscar ayuda sanitaria.

Datos específicos respecto a esta campana Gaussiana para nuestro medio han sido aportados en el capítulo I-3, p. 17-21. Menos de un tercio de las mujeres de nuestro contexto sociocultural perciben malestar suficiente como para que les induzca a la busca de ayuda sanitaria^{11,59-66, 70-71,74,75,102}.

• **¿Qué aspectos determinan la respuesta individual?**

El modelo considera que los antecedentes personales – específicamente en el área emocional y la resiliencia-, la respuesta biopsíquica y el contexto social condicionan la transición, merced al equilibrio alcanzado entre los “factores de riesgo ó estresantes y de protección ó facilitadores”^{57,60,102,131,141-142,195,204}.

Tabla 14. Factores que condicionan el carácter individual de la transición climática.

Factores	Biológicos	Psíquicos	Familiares	Socioculturales
En ambos sentidos	Rapidez e intensidad del declinar hormonal Susceptibilidad de envejecimiento de las estructuras afectadas Pérdida capacidad reproductora	Grado de vulnerabilidad – resiliencia (Neuroticismo, Autoestima) Actitudes- conocimientos Conductas de autocuidado Crisis de la mitad de la vida de ambos miembros de la pareja	Reducción o incremento de la carga familiar (Nido vacío o lleno) con distinta disponibilidad de tiempo Grado de estabilidad en la relación de pareja Grado de bienestar de la economía familiar, incluyendo la jubilación Rol de abuelos	Significado social de la fertilidad y esterilidad Factores étnicos y raciales Medio urbano-rural Sistema sanitario Apoyo Social
Estresores	Hipoestronismo hipergonadotropo Crisis endocrina global Envejecimiento simultáneo Tóxicos: tabaco	Acontecimientos vitales estresantes, sobre todo la muerte de un ser querido. Duelo ante la pérdida simbólica de la feminidad (regla)	Integración en las familias que crean los hijos	Medicalización Mitología que relaciona la menopausia con malestar, pérdida de feminidad, belleza y sexualidad
Facilitadores	Liberación de menometrorragias, Sd. premenstrual y jaquecas ¿Consumo de Fitoestrógenos?	Percepción de mayor madurez, seguridad y confianza	Incorporación del sistema familiar de origen por muerte o enfermedad de algún miembro	Desmitificación del proceso Roles alternativos

Hemos condensado toda la información en la Tabla 14, mientras que la Figura 4 ofrece una perspectiva distinta, siguiendo el modelo de Anarte y Cuadros²⁰⁴.

Desde una perspectiva biológica es marcada la variabilidad interindividual en que se produce en el envejecimiento reproductor normal y en el grado y rapidez del fracaso gonadal. Influyen aspectos como el momento, la velocidad y grado de cese gonadal y reducción consiguiente de las tasas estrogénicas.

Pero también dentro de un mismo individuo existe marcada variabilidad de envejecimiento en las distintas estructuras orgánicas implicadas³.

Figura 4. La transición climaterica como modelo de estrés. Modificado de Anarte y Cuadros, 1996, p.95²⁰⁴.

- Hay que considerar de forma específica, porque no se suele hacer habitualmente alusión a ellos, que también existen **factores que pueden actuar como condicionantes positivos**.

➤ Así, desde un *punto de vista corporal*, la liberación de las meno-metrorragias previas, de la dismenorrea, del síndrome premenstrual y de las jaquecas menstruales, pueden actuar como “factores facilitadores” que hagan mejorar la salud de la mujer.

➤ Desde una *perspectiva psíquica* ya hemos explicitado previamente los factores que actúan como estresores, p.44-45. También en este ámbito existen “factores facilitadores”⁵⁷, que constituyen oportunidades para el crecimiento personal de la mujer y que pueden estar ligados a múltiples circunstancias.

Podríamos referirlos de forma general como un cierto “estilo de vida” definido a través de actitudes positivas que hace que algunas mujeres aumenten sus capacidades para enfrentarse y resolver la incidencia de los síntomas y del propio proceso de envejecimiento. El mayor cuidado de sí misma y los cambios positivos en sus estilos de vida consiguen un mayor grado de bienestar emocional de la mujer en los diversos campos de su vida: pareja, familia, actividad laboral, ocio, interacciones sociales, área de lo trascendente o espiritual, etc.

Por una parte, la percepción de una mayor madurez personal, seguridad y confianza en sí misma, conseguida a través del paso de los años.

Por otra, el mayor grado de libertad ligada a la emancipación de los hijos, con la oportunidad paralela del desarrollo de sus propias actividades “una etapa para comenzar a disfrutar de la vida”. En general, las mujeres de vida activa se enfrentan mejor a bastantes síntomas.

En algunos casos, la mejoría en la relación de pareja y la ausencia de miedo al embarazo. Muchas mujeres insisten en que la existencia de una familia y de una pareja estable que las quiere hace mucho más llevadera la experiencia⁷⁶.

La mejoría en la actitud y los conocimientos acerca de la menopausia⁶². Mujeres con una actitud positiva, con mayor autoeficacia y resiliencia²⁰⁵, realizan mejor la transición.

➤ Además y tal y como hemos visto -p.23.-, en algunas sociedades –no en la nuestra– los factores sociales pueden resultar positivos, al suponer una mejoría en el *estatus social asignado a la mujer*¹¹⁹⁻¹²¹.

Es evidente que también en nuestro contexto sociocultural se están produciendo algunos cambios positivos que tienden a mejorar a esta situación (información, actitudes, etc.), y que interactúan de forma simultánea con aquellos que actúan en sentido opuesto, ligados sobre todo a una mayor medicalización⁴⁶⁻⁵⁶, p17.

III. LA PROPUESTA DE ACTUACIÓN DESDE EL MODELO INTEGRAL U HOLISTA. LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

A. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Tal y como hemos descrito en el apartado anterior, el modelo biomédico ha sido hegemónico en la escena sanitaria y social de nuestro contexto sociocultural reciente.

A pesar de ello, la coexistencia, aunque minoritaria, del resto de las concepciones, ha determinado que la gestión sanitaria de la menopausia se haya movido en el ámbito de la discusión y de la incertidumbre, y ello tanto en el ámbito de la población general como específicamente entre los profesionales de la salud –Tabla 12-, p.40.

Al tema de fondo expuesto, se ha venido a sumar en los últimos tiempos, por una parte las denuncias realizadas por algunos medios sanitarios del proceso de grave medicalización de la menopausia⁴⁶⁻⁵⁶, junto con cada vez más frecuentes y preocupantes noticias respecto a los efectos indeseables de la administración de THS.

Todo ello ha conducido al progresivo “rechazo poblacional de la THS” y a la búsqueda de alternativas médicas y no-médicas para aliviar los síntomas y reducir los riesgos de esta fase de la vida⁷⁶.

Y es que el uso de la terapia estrogénica está muy mediatizado por su tortuoso devenir en la historia, que persiste en el inconsciente colectivo²¹³. Inicialmente, en los 70, la administración de THS se relacionó intensamente con la aparición de carcinoma endometrial²¹⁴, aspecto que posteriormente se solucionó mediante la asociación progestágenos al menos durante 10 días al mes²⁰⁸. En épocas más próximas la alarma ha surgido al haberse evidenciado su relación con el cáncer de mama²¹⁹ y con el riesgo cardiovascular²¹⁰⁻²¹¹.

También ha sido en fechas recientes, cuando los estudios HERS, HERS II y WHI han concluido en la ausencia de beneficio cardiovascular de la THS, tanto a nivel coronario como cerebrovascular, asociado a un incremento de riesgo tromboembólico²¹²⁻²¹⁴.

Como consecuencia de todo ello, y partiendo de las altas tasas de uso de THS, que para inicio de siglo en USA y en los países del norte de Europa se situaba entre el 15-40% de las mujeres de más de 40 años, en estos últimos años se ha producido una marcada reducción en su uso²¹⁵.

En USA esta reducción se sitúa en torno a 2/3, bajando la tasa de uso a un 15.9%. Además de ello, la tasa de no inicio de la pauta prescrita por el médico ha alcanzado al 15-30% de las mujeres y la de discontinuación al primer año en torno al 50%. Todo ello asociado a un marcado aumento en el uso de terapias alternativas^{76,98,101,206,216-218}.

En este contexto, España ha presentado desde el inicio un menor grado de medicalización⁷⁶. La tasa de uso de la THS de descrita por Obermeyer en el 2005 y 2007 para la comunidad de Madrid es de un 10%^{76,98}, siendo bastante más baja para el medio rural -2%-¹¹. Esta tasa es inferior a la de Beirut -15%¹⁰³- y Massachusetts -20%¹⁰⁰. Y ello, en un contexto de falta de uniformidad respecto a la prescripción¹⁰¹, con una marcada diferencia interprofesional por mucho mayor uso entre los ginecólogos respecto al ámbito de la Atención Primaria²¹⁹⁻²²⁰.

B. LA PROPUESTA HOLISTA DESDE LA DOBLE PERSPECTIVA: CURATIVA Y PREVENTIVA-PROMOCIONADORA DE LA SALUD

- Partiendo de la evidencia científica de que muchas mujeres –más de 2/3- atraviesan el climaterio con escasos o nulos síntomas y que no requieren tratamiento médico- el modelo holista plantea una **intervención sanitaria con un carácter fundamentalmente preventivo y promotor de la salud**^{68,81-82,179}, dirigido a todas las mujeres, pero sobre todo a los grupos de mayor riesgo, ya definidos previamente.

Se remarca el hecho que la menopausia es un momento donde es importante la promoción de la salud²²¹, siendo además necesario el promover la desmedicalización, enfatizando su carácter normal como parte del ciclo evolutivo personal de la mujer². Este aspecto va a ser desarrollado específicamente en el punto C del presente capítulo, p.55.

- Por otra parte, el modelo integral **incorpora la necesidad de ayuda curativa, dirigido al subgrupo de mujeres que la solicitan.**

➤ A este respecto, conviene especificar claramente que *la THS constituye la terapia más efectiva y el estándar comparativo “Gold Standar” para el tratamiento del Sd. vasomotor*. Logra una reducción en torno al 75% de la frecuencia de los sofocos, mejorando significativamente la severidad²²²⁻²²⁷ y también parece tener un impacto positivo sobre la sexualidad de la mujer²²⁸. Hay evidencia, como la expuesta por Estonian Postmenopausal Hormone Therapy trial, acerca de que la TSH no mejora la CVRS²²¹, o a lo sumo que quedaría circunscrita al subgrupo de mujeres más patológicas, es decir, con sintomatología marcada²²⁹⁻²³¹.

Siguiendo las tendencias más recientes respecto al uso de la THS, el modelo holista se inclina a favor de ofrecer solamente tratamiento a las mujeres que lo precisen. Se enfatiza la importancia de adaptar la recomendación al perfil específico de riesgo y a las circunstancias de cada paciente y se subraya el hecho de que la decisión debe ser tomada de forma conjunta por la mujer y su médico^{1,76}.

Cuando la THS es así considerada, la pauta corresponde a una baja dosis hormonal utilizada a corto plazo - el menor tiempo posible- durante un período de 2-3 y como máximo 5 años^{223-227,232}. Los comunicados recientes tanto de la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos como de la Agencia Española del Medicamento han señalado que la THS a pesar de reducir la tasa de fracturas –vertebrales y no vertebrales- presenta una relación riesgo-beneficio desfavorable, por lo que no se recomienda en la prevención y/o tratamiento de primera línea de la osteoporosis²³³⁻²³⁴.

También hay evidencia para el tratamiento con estrógenos de mujeres con semiología de vulvo-vaginitis atrófica que no cede con medidas de hidratación local, siendo más efectiva y requiriéndose menos dosis cuando se utiliza la vía tópica vaginal, no requiriendo habitualmente la asociación de progestágenos ni el control seriado del crecimiento endometrial^{1,2,129-130}.

Por otra parte, la desconfianza y el menor uso de la THS, han fomentado la investigación de fármacos alternativos cada vez más demandados por las mujeres⁷⁶.

➤ Respecto al *tratamiento no hormonal de la semiología vasomotora*, los antidepresivos –Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina o bien duales- la Clonidina y la Gabapentina han demostrado efectividad, si bien en pocos estudios y metodológicamente deficientes, siendo ésta menor a la THS y pudiendo sus efectos secundarios restringir su uso en algunos casos²³⁵.

A pesar de la buena posición alcanzada, mediante el marketing, en el mercado farmacéutico, una revisión Cochrane ha demostrado la ausencia de evidencia científica para el uso de fitoestrógenos²³⁶.

- Como síntesis, podemos decir que desde la perspectiva holista se aboga por un uso juicioso de la THS valorando de forma personalizada la relación riesgo/beneficio^{1,2,76}. Se propone la intervención individual y terapéutica sobre aquellas mujeres que lo precisen, incluyendo todos los factores biopsicosociales y situando a la THS en su justo término, ni como panacea universal ni como terrible agente carcinogénico, considerándola como una opción esencialmente válida que debe ser objeto, al igual que cualquier otro tratamiento, de una adecuada valoración individual de la relación riesgo-beneficio.

C. EL PROGRAMA EDUCATIVO HOLISTA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PARA LA MENOPAUSIA

1. BASES CONCEPTUALES Y APORTACIONES

- Como hemos visto, junto a un uso terapéutico juicioso y selectivo de la THS y en general del tratamiento farmacológico en la mujer menopáusica sintomática, el modelo holista plantea **esencialmente una intervención sanitaria de carácter preventivo y promotor de la salud**¹⁸¹.

Muchas veces las necesidades de salud de las mujeres de esta edad han sido más atendidas en su aspecto asistencial que en el preventivo y promotor de la salud. Y, sin embargo, la mayor parte de los riesgos de salud de este período de la vida son más susceptibles de prevención y de mejoras, mediante la atención adecuada y la promoción de la salud. Marín, 1996, p.95-6¹³.

- Esta intervención **se dirige a todas las mujeres de la comunidad**, pero sobre todo y específicamente a aquellas que pertenecen a los grupos de mayor riesgo, es decir, las más vulnerables al estrés biopsicosocial de la transición climática.
- Se centra en la realización de **programas de intervención educativa de carácter biopsicosocial**, que desde una visión positiva del climaterio, modifiquen los conocimientos, las actitudes y habilidades para que las mujeres puedan atravesar esta transición mejorando su salud, asumiendo la responsabilidad de la misma y controlando de forma activa el proceso de transición –*Locus de Control Interno*–^{83, 121, 176-177, 181}.

El síndrome del climaterio requiere un enfoque médico holístico, el tratamiento de toda la persona en su integridad y la participación de la paciente, no sólo recabando su cooperación en el tratamiento, sino invitándola a efectuar su propia valoración de costes y beneficios y a responsabilizarse de la estrategia a adoptar para cuidar de su salud. Greer, 1991, p.198¹⁹³.

Se trata pues de actividades comunitarias, entendiendo como tal a todas aquellas que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y están dirigidas a promover la salud, la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas para el abordaje de sus problemas, demandas o necesidades²³⁷.

- **Responde así a las expectativas de las mujeres** sobre su propio proceso, donde la menopausia no es vista como enfermedad, alteración o deficiencia⁷⁴ y sí como algo natural, que supera el campo de lo corporal⁵⁷ y se imbrica con otros aspectos de la edad media de la vida²⁰², de una forma holista^{174, 238}.
- También **se otorga a las mujeres el protagonismo y la información que reclaman**, en el contexto de una atención sanitaria distinta que desean para su transición climática^{76, 82}. De hecho, respecto a la menopausia, las mujeres carecen de información, y no están satisfechas ni se sienten escuchadas ni comprendidas por los sanitarios²³⁹⁻²⁴⁰.

Las mujeres contemporáneas no están dispuestas a que esta época de sus vidas discurra con el oscurantismo y miedo con que la vivieron sus madres y muestran una actitud activa de búsqueda de información y conductas para mejorar su cantidad y calidad de vida.

Se puede apreciar en muchas mujeres una actitud activa con respecto a sus propias estrategias terapéuticas, haciendo uso en parte de los consejos y recomendaciones de sus médicos y en parte de la información que les proporcionan sus amistades. Esta realidad les otorga una cierta ambigüedad con respecto a ambas fuentes de información. Esta ambivalencia no siempre se aprecia a simple vista, sino que subyace las decisiones que ellas mismas toman. En este sentido, las decisiones terapéuticas son negociadas. Obermeyer, 2004, p11⁷⁶.

En EEUU un 30% de las menopáusicas refieren haber recibido cuidados medios o pobres y el 50% están interesadas en los llamados “grupos de apoyo”²⁴¹.

En el Reino Unido, un estudio llevado a cabo por Hunter y Liao²⁰⁵ en mujeres con síntomas vasomotores, deja muy claro el interés que para las mujeres despiertan los tratamientos psicológicos y la insuficiencia de la aproximación sanitaria biologicista centrada en la THS. Así, un 25% no deseaba someterse a tratamiento alguno, y del resto de las mujeres el 60% prefirió un tratamiento no farmacológico -terapia cognitiva y relajación- siendo sólo el 40% restante el que eligió ser sometida a THS. Este último grupo se caracterizaba por una visión más problemática de la semiología, una menor autoestima, un mayor nivel de ansiedad y un locus de control de salud más externo.

En Italia, en el año 2009²⁴², más de la mitad de las mujeres menopáusicas preguntadas manifestaban no haber sido adecuadamente informadas respecto a los cambios de la transición climatérica.

En España, la situación es similar. Cuando se investigan los sentimientos de las mujeres, éstas se quejan de la valoración de la transición climatérica que realizan los médicos “que no se corresponde con lo que siente la mujer” y expresan la necesidad de una atención integral, que supere el campo de lo biológico²⁴³.

Ya hace más de 20 años, Neugarten²⁴⁴ constató que para el 26% de las mujeres la ausencia de información era el peor aspecto de la transición climatérica. Unos años más tarde, Napholz²⁴⁵ comprobó que un tercio de las mujeres percibía la transición climatérica como misteriosa y que eran conscientes de necesitar más información.

Standing y Glazer²⁴⁶ al final de siglo, pusieron de manifiesto la misma ausencia de conocimientos, la elevada tasa de incertidumbre y la percepción del climaterio como difícil de comprender, para el 66% de las mujeres. Gannon y Stevens²⁴⁷ señalaron igualmente hace una década, que la información en EEUU era insuficiente, estaba centrada en una visión negativa del proceso, que existían contradicciones entre las descripciones y las intervenciones aconsejadas y que otros factores relacionados, como los acontecimientos vitales, envejecimiento, factores relacionados con el estilo de vida, dieta, ejercicio etc. eran frecuentemente ignorados o trivializados.

Datos en este mismo sentido se han obtenido recientemente en nuestro país, en dos estudios realizados en Murcia, donde las mujeres piden más información y el 58% presentan bajos conocimientos^{243,248-249}.

Obermayer ha identificado a los sanitarios como la primera fuente de información para las mujeres⁷⁶ y Huston ha señalado un mayor grado de confianza en el médico que en el resto²⁵⁰.

Sin embargo el papel de los sanitarios presenta limitaciones, dado el escaso interés por su parte de explicar a las mujeres la compleja situación y las incertidumbres respecto a la terapéutica hormonal en el momento actual. Este déficit es suplido por el también importante papel informativo que adquieren las amigas y la familia, siendo esta labor pareja a otra de compañía y consuelo. Más del 80% de las menopáusicas hablan de este tema con sus amigas y familiares y 2/3 buscan información en otras fuentes⁷⁶. A pesar de ello la mitad presentan una situación de incertidumbre respecto al tratamiento¹⁰⁰.

Por regla general, las mujeres no se preparan para la menopausia, ni siquiera para buscar información pertinente. Cuando llega, parece como si llegara por sorpresa. Hay quien afirma que ahora las mujeres parecen mejor preparadas, pero ello no parece comprobarse con la realidad de los hechos.

En cualquier caso existe una preocupación, una espera ante algo desconocido que, sin embargo, se intuye que va a significar una nueva etapa. Algo nuevo, distinto, construido sobre nuevas premisas. Existe un cierto misterio, no se sabe bien lo que puede pasar. Se vive de forma individual, aunque se comparta. Obermeyer, 2004, p9⁷⁶.

La generalización del modelo holístico supondría una mayor uniformidad y rigurosidad de la información contribuyendo a la reducción de la iatrogenización. Y ello tanto en la propia formación de los sanitarios, como en la información aportada por estos a la población de mujeres. Todo ello contribuiría a la reducción de la incertidumbre que se ha encontrado en ambos, mejorando la actividad profesional de los sanitarios y la adaptación más positiva al proceso por parte de las mujeres.

Por último, la visión integral permite una aproximación equilibrada de las posiciones extremas representadas por la intervención individual frente a la colectiva y la curativa frente a la preventiva, adaptándose más idóneamente al concepto positivo y biopsicosocial de salud propugnado por la OMS²⁵¹.

2. IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS EN LOS DISTINTOS PAÍSES

- **Aspectos generales.**

Existe una enorme cantidad de publicaciones que hacen referencia al tema de la menopausia.

La búsqueda del término “menopause” en la base de datos americana habitualmente utilizada por los médicos -pubmed- del US National Library y NIH, realizada sin la introducción de límites cronológicos a mediados del 2009, señala un total de 43.162 artículos. Si introducimos conjuntamente “menopause” junto al término “estrogen therapy or HRT” aparecen 18264, que corresponden a un 42.3% del total.

Cuando se realiza la misma búsqueda para el último año, las referencias corresponden a 2295 y 1040, o que supone el 45% -Figura 5-.

Figura 5. Artículos respecto a la Menopausia hallados en la base de datos Pubmed del NIH, EEUU.

Frente a ello, contrasta fuertemente las escasas referencias numéricas a los programas de intervención educativa. Así la introducción de los terminos “menopause” junto a “health program” y –en una segunda búsqueda- “menopause” junto “holistic or integral” supone un total de 521 artículos y 120 sucesivamente, de los que 43 y 8 corresponden al último año. Juntando las dos búsquedas obtenemos 641 artículos, lo que significa el 1.5% y específicamente 51 para el último año, que corresponde al 2.2%.

Se puede ampliar algo los artículos conseguidos mediante la introducción de otros términos de búsqueda, pero el resultado final es tan significativo, que apenas varía.

Tampoco hemos considerado en nuestro análisis las nuevas tendencias educativas que se están abriendo paso “on line” en la web²⁵²⁻²⁵³, pero que por ahora, dado su carácter incipiente, sólo podemos calificar de prometedoras y que no hemos encontrado se hayan incorporado al área que nos ocupa.

Podemos pues concluir afirmando que la investigación de la menopausia está orientada de forma bastante hegemónica a la investigación biológica y en gran parte a la THS. *La investigación acerca de la aproximación holista al proceso y a los programas educativos es cuantitativamente muy baja, prácticamente anecdótica.* Además, y como vamos a ver a continuación, y desde una perspectiva cualitativa, las investigaciones de los programas son de baja calidad metodológica, se han realizado con muestras reducidas y presentan un enfoque fundamentalmente biologicista.

Es pues manifiesta la necesidad de investigación en este campo, aspecto que ha sido enfatizado por el panel de expertos del NIH en el año 2005².

• **Distribución geográfica. Tipos de programas.**

La distribución que hemos encontrado respecto a los programas educativos para la menopausia, realizada a mediados del 2009, se expresa en las tablas 15 a 17.

El análisis de Estados Unidos revela un enfoque preferentemente biologicista donde la información sobre la THS adquiere un carácter preferente y donde los programas holistas son prácticamente anecdóticos –N:4-. Como contrapartida, en el Reino Unido destaca la importante labor de investigación llevada a cabo por Liao y Hunter, del departamento de psicología clínica del University College of London, dentro del marco psicosocial y holista^{227,258,259,276, 301-304}.

El papel de otros países extranjeros tiene un carácter anecdótico, salvo el caso de Canadá²⁹⁵⁻²⁹⁷ y Suecia³¹⁰⁻³¹⁴, en el que se realizan algunas aproximaciones de carácter no biologicista.

En este contexto internacional hay que destacar el papel que ha representado nuestro país en el desarrollo de los programas educativos en el climaterio.

País	Modelo biologicista	Modelo Psicosocial	Modelo Holístico	N	%
España	3	6	11	20	33.3%
USA	7	5	4	16	26.6%
Reino Unido	1	5	4	1	16.6%
Suecia	0	2	3	5	8.3%
Canadá	0	0	3	3	5%
Otros	1 (Japón)	2 (1Méjico, 1 Australia)	3 (2Alem, 1 Holand	6	10%
N / %	N=12 20%	N=20 33,3%	N=28 44,6%	60	100%

Tabla 15. Programas educativos en la Menopausia hallados en la base de datos Pubmed, 2009.

España se sitúa como el lugar donde más se ha desarrollado la actividad educativa -20 programas- en el climaterio²⁶¹⁻²⁷⁹, lo que corresponde a un tercio de la totalidad. Destaca la aproximación psicosocial y holista que corresponde al 85% del total. De hecho, el 40% de todas las intervenciones educativas de carácter holista se han llevado a cabo en nuestro país. -Figura 6-.

A nuestro entender ello guarda relación con el tipo de estructura y gestión sanitaria pública que tenemos –nuestro sistema público de salud-, y concretamente con el desarrollo habido en las últimas décadas de la Atención Primaria.

De hecho, los Centros de Salud constituyen el lugar desde donde se han desarrollado la casi totalidad de las experiencias²⁸⁰. Este hecho es coherente con la idea anteriormente expresada, de la influencia que tiene la organización del sistema de salud en el modelo conceptual con el que se actúa frente al problema y la distinta concepción que los profesionales de Atención Primaria tienen respecto a aquellos hospitalarios – Tabla 12, p.40-.

Figura 6. Número absoluto de programas educativos en España y el resto del mundo, con distribución según el tipo de modelos aplicados.

En nuestro sistema de salud, las actividades educativas de orientación comunitaria forman parte de las tareas de los equipos de atención primaria de salud en su conjunto y de las del médico de familia en particular. Ello es así, y se recoge en la definición de su perfil profesional, en España²⁸¹ y en el ámbito internacional²⁸². Como consecuencia, los profesionales de AP consideran el trabajo en grupo como una forma de desarrollar la educación para la salud. Las comunidades que más han desarrollado esta faceta han sido Madrid y Andalucía²⁷⁹ con un 35 y un 24% del total. Le siguen el País Valenciano -12%-, Cataluña -7%-, Castilla y León y Cantabria -4%-. Otras 7 comunidades presentan porcentajes del 1-2%²⁸⁰.

Las actividades educativas de carácter grupal se dirigen fundamentalmente a pacientes crónicos -28%, sobre todo diabéticos, a cuidadores y al llamado “programa de la mujer” -21%- que incluye los subprogramas de Anticoncepción, Climaterio y Psicoprofilaxis Obstétrica. Así pues, son los adultos y las mujeres los principales beneficiarios. En cualquier caso lo son sobre todo las mujeres, ya que el grupo de adultos también las engloba a ellas; bajo el epígrafe «mujeres» sólo se incluyen las actividades que van específicamente dirigidas a ellas²⁸⁰.

- **Objetivos.**

Lo más frecuente es que los programas formulen objetivos generales, lo que puede ser igualmente asumido respecto al tiempo de desarrollo de los proyectos y a las metodologías utilizadas.

Los objetivos mencionados están relacionados con la promoción y la prevención de la salud y en la mayoría de los casos se formulan genéricamente como “favorecer los autocuidados, la autonomía y la autoestima”.

Hay un pequeño porcentaje de programas que plantean como objetivo la creación o desarrollo de grupos de autoayuda y el desarrollo de tejido social.

- **Metodología.**

Las propuestas metodológicas desarrolladas en los distintos programas incluyen diversas variantes de intervención, que muchas veces no resultan bien definidas.

La mayor parte de los programas son concebidos desde una perspectiva de promoción de la salud para la mujer sana y responden a denominaciones diversas como *grupos de discusión sobre menopausia*²⁸³ y *programas psicoeducativos para grupos de mujeres climatéricas*²⁸⁴⁻²⁸⁵.

De forma minoritaria se encuentran intervenciones dirigidas a mujeres con problemas emocionales, que adoptan también diversas formas. Los *grupos de terapia o de solución de problemas* son coordinados por un terapeuta, mientras que los *Grupos de apoyo* son liderados por otros profesionales, casi siempre *sanitarios*, muchas veces enfermeras y con frecuencia de carácter interdisciplinar. Por último, también se sitúan en este contexto los *grupos de autoayuda* en los que la dirección del grupo se lleva a cabo por las propias mujeres^{261,263,270,275,284,286-288}.

La captación de las mujeres se realiza habitualmente mediante la publicidad en prensa o en los propios centros sanitarios. Los grupos corresponden a 10-20 mujeres y muy rara vez los programas incorporan a las parejas de las mujeres.

Las sesiones casi siempre resultan de una periodicidad semanal y se prolongan durante 1 a 2 horas. Su número total presenta un amplio rango –entre 2 a 18–, siendo los valores más frecuentes los de 8 a 10.

Su contenido incluye casi sistemáticamente aspectos biológicos – sobre todo la THS– y en mayor o menor grado otros aspectos psicosociales.

Flint describió en 1981, durante el tercer Congreso Internacional de Menopausia y en un grupo de trabajo coordinado por Utian²⁸⁹, un modelo de programa para las unidades de menopausia que describió como “*Mid life challenge*”. Superando los contenidos biologicistas clásicos -anatomofisiología, síntomas del climaterio, osteoporosis, riesgo cardiovascular, examen mamario, citología, nutrición, higiene, ejercicio físico, contracepción, THS, etc.- abordaba los problemas que afectan a la mujer en la edad media de la vida, como la crisis de la mitad de la vida, el trabajo, la viudedad, el cuidado de los padres, etc.

Este modelo fue puesto posteriormente en marcha por Hamburger y Anderson en la Universidad de California²⁹⁰ quienes además aportaban a cada paciente material como bibliografía, glosario de términos y un diario para registro de los aspectos concernientes a su salud.

En algunos programas posteriores se ha seguido esta línea, pero se profundiza aún más en el área psicosocial, incluyendo aspectos como el estrés, la comunicación, la sexualidad, las relaciones familiares y sociales y los aspectos culturales y antropológicos del climaterio^{262,291}. En algunos casos se aborda la potencialidad positiva de la transición climaterica²⁹². Por último, en algunos casos, el enfoque psicosocial se realiza desde una perspectiva feminista centrada en el rol de género^{261,271}.

La metodología de las sesiones se desarrolla en diferentes modelos, siendo los más frecuentes los directivos^{275,280,289} etiquetados como charlas-coloquio, este último suele ser utilizado como cierre, hasta los más participativos. Es frecuente que en la descripción de los programas se haga alusión al uso de vídeo, transparencias, folletos, discusiones, ejercicios de trabajo en grupo, tormenta de ideas y juegos^{287,293} y en algunos casos a la entrega de material informativo previo a la sesión²⁶⁶.

En todo caso, la mayor parte de los recursos se centran en el desarrollo de conocimientos y habilidades, aunque también se proponen otros como conocer las actitudes de los participantes, la lluvia de ideas y la rejilla de análisis²⁸⁰. En unos pocos programas el contenido se abre a las propuestas que realizan las participantes, apareciendo aspectos como la preparación para la jubilación, relaciones entre padres e hijos, psicología del adolescente, vida de pareja, el varón climaterico, etc.²⁹³.

El programa *A la croissée de ma vie*²⁹³ en Québec (Canadá) y el de Rodríguez en Granada²⁶⁶ proponen un enfoque más dirigido al “crecimiento” que al “conocimiento”, mediante la ruptura del esquema tradicional profesor-alumno, en el que cada participante sigue su propio camino de dar y recibir, de enseñar y aprender, en un contexto en el que nada es obligatorio y se anima a la participación personal.

- **La experiencia pionera de la Comunidad Valenciana.**

En el ámbito que nos ocupa, merece señalarse de forma específica, por su importancia en España, el Programa de Atención Integral a la Mujer Climaterica iniciado en el año 1992 por la Generalitat Valenciana²⁹⁴⁻²⁹⁵.

Supuso la primera apuesta de una administración sanitaria en nuestro país por el modelo holista de atención a la mujer climaterica²⁹⁴⁻²⁹⁵, definiendo como objetivo la mejora de su salud y calidad de vida^{13,262}.

La organización del programa pretendía la captación del mayor número de mujeres en el intervalo de 45-64 años a través del sistema sanitario -equipos de atención primaria y consultas de diversas especialidades: ginecólogos, traumatólogos, internistas, etc.- o bien a través de los ayuntamientos.

Para el desarrollo de sus actividades, incluyó en su estructura a los dos niveles asistenciales y propuso la coordinación con otras instituciones como los centros de planificación familiar, unidades de salud mental y de diagnóstico precoz del cáncer de mama –Tabla 19–.

tablas 17

tablas 17

tablas 17

tablas 17

tablas 18

tablas 18

Tabla 19. Actividades del programa del climaterio de la Generalitat Valenciana²⁹⁴⁻²⁹⁵.

Actividades de promoción de salud	Actividades de educación sanitaria	Grupos de trabajo sobre temas de información sanitaria de interés Charlas, coloquios Educación sanitaria en la consulta
	Actividades de promoción de la salud física y psíquica	Subprograma específico de gimnasia y técnicas de relajación Actividades coordinadas con servicios sociales: actividades culturales, conferencias, talleres de trabajo
Actividades preventivas	Valoración del estado general de la mujer. Examen de salud al inicio, a los 6 meses, al año y posteriormente cada dos hasta los 65.	Anamnesis Exploración física general con tensión arterial, peso y talla Exploración mamaria y mamografía bienal Analítica: glucemia, urea, creatinina, uricemia, lipemia y orina Pruebas complementarias protocolizadas para diversas situaciones
	Prevención de RCV	Control de tensión arterial, perfil lipídico y peso
	Prevención de riesgos óseos	Valoración del riesgo de osteoporosis (Cuestionario específico) Valoración de la capacidad física (Test de capacidad funcional) Oferta del subprograma de gimnasia y relajación si se considera pertinente
	Prevención de riesgos ginecológicos	Detección del cáncer de mama y de cuello uterino Planificación familiar
	Prevención de problemas sexológicos	Información y educación sexual Consulta sexológica especializada si se precisa
	Prevención de problemas psicológicos	Valoración del estado psíquico a través de la entrevista clínica Consulta especializada si se precisa

Una importante aportación de este programa ha sido su publicación por parte de la Generalitat, definiendo su organización, objetivos y actividades, aportando los documentos necesarios para su desarrollo²⁹⁴⁻²⁹⁵, y la creación y validación en la Comunidad Valenciana de un cuestionario de calidad de vida específico para mujeres en la transición climaterica²⁹⁶ que fue utilizado por nosotros en investigaciones previas.

3. EVIDENCIA CIENTÍFICA ACERCA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

• Aspectos generales.

Si bien la falta de rigor metodológico está presente como denominador común de la mayor parte de los programas educativos, este aspecto resulta especialmente deficitario cuando nos referimos al área de la evaluación.

La mayoría de los autores no sistematizan conclusiones en los resúmenes, probablemente porque han considerado que éstas resultan más bien de interés para el propio grupo que para su difusión a la comunidad científica. Cuando lo hacen, se centran habitualmente en la esfera del grado de conocimientos adquiridos por los participantes, haciendo uso de medidas pre-postintervención. También se utilizan otros sistemas, como encuestas de satisfacción y en ocasiones diferentes escalas de valoración: de calidad de vida, de independencia, de grados de ansiedad, etc.

Tremblay et al²⁹⁷ han realizado una evaluación sistemática de las intervenciones psicoeducativas llevadas a cabo en mujeres menopáusicas, con el objetivo de mejorar los síntomas vasomotores, durante el período comprendido entre 1980 y 2008.

Encontraron un total de 14 estudios que comprendían a 475 pacientes y que demostraban que las intervenciones psicoeducativas y/o la relajación mejoraban la semiología vasomotora, si bien, tal y como hemos referido nosotros, consideraban que la calidad metodológica de los mismos no era buena. Un total de 5 estudios con 257 mujeres correspondieron a intervenciones psicoeducativas -consejo, educación sanitaria, estrategias cognitivo- conductuales y de reducción del estrés- mostrando en todos los casos mejorías. Un total de 9 correspondieron a técnicas de relajación y en 5 de ellos -55.55%- se consiguieron mejorías significativas-.

En la investigación desarrollada para el presente trabajo y referida a 60 programas, sólo un 25% de las intervenciones encontradas correspondieron a ensayos clínicos, siendo la mayor parte estudios pre-postintervención *cuasi-experimental* -40%- o de bajo-nulo nivel de evidencia -35%- en que se evalúa exclusivamente mediante impresiones personales de los autores del programa y/o de las mujeres participantes – Figura 7-.

Figura 7. Programas educativos desarrollados en España y en el resto del mundo y su nivel de evidencia. Se considera MBE alto (I) a los metaanálisis y ECA bien diseñados, medios (II) los EC controlados no aleatorizados bien diseñados: estudios *cuasi-experimentales*, de casos control y cohortes, bajos (III) los no controlados: descriptivos, experiencias, consenso etc²⁹⁸⁻³⁰¹.

- En este contexto de bajo rigor metodológico, poco se puede decir realmente de los resultados conseguidos. Se pueden apuntar como **aspectos puntuales** los siguientes datos:

➤ Existen *algunos resultados*, entre otros los de nuestra propia investigación previa, que han demostrado con *nivel de evidencia medio* -MBE nivel II; estudio *cuasi experimental*- que una intervención educativa holista mejora de forma marcada la CVRS.

En este mismo contexto, los resultados del programa de Valencia presentados en el curso de verano de la Escuela de Salud Pública de Mahón y en las publicaciones de la Generalitat^{12,43,58,209} confirman que el programa es capaz de mejorar la calidad de vida en el 55% de las mujeres, el estado de salud percibida en un 27%, y la capacidad funcional y la sintomatología climatérica en el 50%.

➤ De forma sistemática, *la evaluación de los programas incide generalmente en el carácter muy satisfactorio del mismo* –tanto para los sanitarios como para las mujeres–, así como en la existencia de una demanda social adicional²⁹³.

➤ *Desde una perspectiva biologicista* se consiguen mejorar algunos aspectos como la calidad de vida, la capacidad funcional y la salud percibida²⁶², los conocimientos^{254-255,267,302-303}, las actitudes^{241,270-271}, la satisfacción con el cuidado de la salud²⁶³, los síntomas vasomotores²⁶² y algunas conductas como el consumo de calcio y la realización de ejercicio físico²⁷⁵.

En el programa de la Comunidad de Madrid^{63,274} se constataron cambios en los factores de riesgo cardiovascular, como la TA, el colesterol, la glucemia y el índice de masa corporal –IMC–. Se describe un menor uso y mejor cumplimiento de la THS.

➤ Desde una *perspectiva psicosocial* se consigue una mejoría de la salud psíquica^{241,270,273,302} y la sexualidad²⁵⁵, así como a la creación de redes sociales²⁸⁴ e incluso de algunas asociaciones²⁹³.

Además, hay algunos datos prometedores en las nuevas investigaciones. El Nurses Health Study³⁰⁴, ha puesto en evidencia la necesidad de introducir cambios saludables en estilo de vida de la mujer menopáusica. En un análisis de los datos del período entre 1980 y 1994, atribuye a la mejoría conseguida en la calidad de la dieta una disminución del 16% en la cardiopatía isquémica y a la reducción del 41% del hábito de fumar otra disminución del 13% de aquella.

Así pues y como recapitulación, podemos decir que existen sólidos argumentos para el desarrollo de programas de intervención educativa en la transición menopáusica, aunque la evidencia científica disponible en la actualidad de la efectividad de este tipo de aproximación holista, es escasa, de baja calidad y es referida a muy corto plazo.

Todo ello justifica la opinión del panel de expertos del NIH, que en el año 2005 y en relación con la aproximación no farmacológica al tratamiento de la mujer menopáusica, afirma que las intervenciones no farmacológicas no han demostrado su efectividad pero que pueden ser una importante área de investigación². En el año 2009 Luoto expone una situación similar, señalando la escasa evidencia existente respecto a las intervenciones farmacológicas, tanto para lograr mejorías sintomáticas como para mejorar la CVRS de las mujeres menopáusicas, y la necesidad imperiosa de llevar a cabo nuevas investigaciones²²¹.

Estos hechos contextualizan adecuadamente la necesidad de desarrollar una investigación como la que presentamos en esta tesis.

Tabla 17. Programas de intervención para mujeres climatéricas en el extranjero.

Programa	Autor y año	Carácter	Grupo	Programa	Nivel de Evidencia ¹	Resultados
Milwaukee (USA)	Keith, 1980 ³⁰⁵	Holista	77 Mujeres con histerectomía Enfermera y A. social	1 sesión 4-5 días después de la cirugía	Bajo Series de casos	Utilidad subjetiva
Florida (USA)	Gill, 1983 ³⁰⁶	Biologicista	50 mujeres. 4 grupos: Ejercicio físico, soporte, ambos y control	Grupo de soporte: 2 horas semanales durante 3 meses. Grupo de ejercicio: 1 hora 3 veces/semana, 3 meses	Alto E. Clínico	El ejercicio mejora los parámetros en la salud física (muscular, TA, Fr. Cardíaca). Los grupos de discusión no mostraron cambios actitudinales. No existió sinergismo
Michigan (USA)	Stevenson y Delprato, 1983 ³⁰⁷	Psíquica	4 mujeres de 50 a 57 años	10 sesiones de entrenamiento en Relajación y autocontrol	Bajo Series de casos	Mejoría de la sintomatología vasomotora y temperatura de la piel en un promedio de 70.5% mantenida hasta 6 meses
Detroit (USA)	Germaine y Freedman, 1984 ³⁰⁸	Psíquica	14 mujeres de 44 a 61 años	Relajación muscular progresiva en el grupo de intervención	Regular E. Clínico N baja	Mejoría vasomotora en el grupo de intervención a los 6 meses
San Diego (California, USA)	Hamburger y Anderson, 1989 ²⁹⁰	Biomédico con toques holistas	134 mujeres. Grupos de discusión de 4-6 mujeres y posterior consejo personalizado	Aplicación del "Mid Life Challenge" descrito por Flint Duración 3-6 semanas	Bajo Series de casos	Mejoría subjetiva en la salud física y mental. y en el uso de los servicios del sistema sanitario. Se duplica el uso de THS. El programa responde a las necesidades de las mujeres.
Detroit (USA)	Freedman y Woodward, 1992 ³⁰⁹	Psíquica	33 mujeres de edad no especificada	Relajación mediante la respiración, relajación muscular progresiva y no intervención. 8 sesiones	Regular E. Clínico N baja	Mejoría de clínica vasomotora en el grupo de respiración frente a no mejoría en el de relajación muscular progresiva y el de no intervención
N.York (USA)	Weiss, 1993 ³¹⁰	Holista	25 mujeres Multidisciplinar	8 sesiones en 8 semanas consecutivas	Bajo Series de casos	Mejoría no cuantificada
Boston (USA)	Irvin, 1996 ³¹¹	Psíquica	45 mujeres de 44 a 66 años	3 grupos. Relajación, lectura y no intervención	Regular E. Clínico N baja	Mejoría significativa de la intensidad de sofocos, ansiedad y afecto en el grupo de relajación. Mejoría de la ansiedad en el grupo de lectura. No cambios en el grupo control.
Michigan (USA)	Rothert, 1997 ³⁰³	Biologicista	248 Mujeres Multidisciplinar: médicos, enfermeras y psicólogos	3 formas de intervención: escrita, discusión guiada (3 sesiones de 1 ½ h) o personal (3 sesiones 1½ h)	Regular Cuasi - Experimental	Al año todos los grupos mejoran en conocimientos, autoeficacia y satisfacción con el cuidado de sus salud. La mujer se adhiere mejor a sus propios planes

Perspectiva Integral y Holista

USA (Missouri)	Motheral y Fairman, 1998 ³¹²	Biologicista y centrado en THS	299 mujeres con THS 1513 grupo control Evaluación: 12 meses	Consultas telefónicas Información escrita enviada a domicilio	Alto E. Clínico	Mejora el cumplimiento de la THS con reducción de un 44% en la discontinuación de la misma
USA (California)	Ganz et al, 2000 ³¹³	Holista Enfermería	76 mujeres de 48-60 años con Ca mama	Manejo habitual frente a manejo integral(educación, consejo). 4 meses	Alto E. Clínico	Diferencia significativa a favor del manejo integral en la semiología menopáusica y funcionamiento sexual.
USA (Boston)	O'Connell E, 2005 ³¹⁴	Holista	10 semanas	Información, educación, relajación, modificación estilo de vida.	Bajo Series de casos	Valoración global y subjetiva positiva
USA (Chicago)	Keefer y Blanchard 2005 ³¹⁵	Psíquica	29 mujeres peri-postmenopausias	4 grupos: inmediata y retrasada terapia cognitivo-conductual (N=19) e inmediata y retrasada THS (10)	Bajo Series de casos	La semiología vasomotora, el distress y la interferencia mejoraron para los grupos inmediatos. No se mejoró el funcionamiento psicosocial
USA (Massachusetts)	Carmody et al, 2006 ²⁶⁰	Psicológico	15 mujeres con sofocos moderados-severos	Programa de reducción de estrés de 8 semanas	Regular Cuasi Experimental	Reducción de los sofocos -40%- en las 11 semanas del estudio
USA (Pensylvania)	Elavsky y McAuley, 2007 ^{316,317}	Biológico	161 mujeres	Tres grupos: yoga, paseos y control. 4 meses	Alto E. Clínico	Mejoría del afecto y CVRS con el paseo y el yoga
USA (Texas)	Elkins et al, 2008 ³¹⁸	Psicológico	60 mujeres con Ca mama. Aleatorización.	5 sesiones de hipnosis – semanales- versus placebo	Bajo Series de casos	Reducción significativa (68%) de los sofocos en el grupo de hipnosis (p<0.001). Mejoría subjetiva de ansiedad, afecto y sueño
Méjico	Aldana 2007 ³¹⁹	Psicológico	41 mujeres. 17 sesiones	Grupo de intervención: psicoterapia de grupo de corte analítico.	Alto E. Clínico	Mejoría del estado emocional
Canadá	Grenier, 1987 ²⁹³ A la croisée de ma vie	Holista basado en el Programa Odissée, 1980	112 Mujeres en 7 grupos Equipo: maestro, enfermera, psicólogo	Programa de 15 sesiones de 3 horas en los Centros Comunitarios de las zonas incluidas en el programa	Bajo Series de casos	Evaluación: satisfactoria a nivel subjetivo para las participantes y los profesionales
Canadá	McCracken, 1988 ²⁹¹	Holista	30 mujeres Visitador de salud ayudado por un médico	6 sesiones Promedio de asistencia: 16 mujeres	Bajo Series de casos	8 mujeres deseaban más sesiones No se evaluó la mejoría de la salud
Canadá	Stirtzinger, 1992 ³⁰²	Holista	Multidisciplinar: Médico Ap, ginecólogo y psiquiatra	Trabajo en grupos de 20-30. 1 año	Regular Cuasi Experimental	Se reduce el estrés, la ansiedad y depresión. Se incrementa la satisfacción con sus vidas y la seguridad en sí mismas.

Perspectiva Integral y Holista

Reino Unido	Drenan y McGeeney, 1985 ³²⁰	Biologicista con toques holistas	Grupo de 6 mujeres Visitador de salud, enfermera	1 sesión durante 5 semanas consecutivas	Bajo Series de casos	Evaluación subjetiva positiva
Reino Unido	Greene y Hart, 1987 ³²¹	Psicológico	24 mujeres muy sintomáticas que no responden a THS Psicólogos	Programa de tratamiento psicológico afectivo-cognitivo-conductual. 6 sesiones	Regular Cuasi Experimental	Mejoría significativa en síntomas físicos y psicológicos. 66% afirman haberse beneficiado sustancialmente del programa.
Reino Unido	Granville, 1990 ²⁸⁷	Holista	Médicos, enfermeros y consejeros psicosexuales Grupo de 8 mujeres	1 hora a la semana durante 8 semanas	Bajo Series de casos	Evaluación de 5 preguntas en cada sesión y al terminar el curso Percepción subjetiva de mejoría
Reino Unido	Hunter y Liao, 1995 ²⁴¹	Psicológico	20 mujeres con problemas emocionales Psicólogos clínicos	Grupo de actividad física: 1 hora semanal. Grupo de soporte: 2 horas semanales/3 meses	Regular Cuasi Experimental	Evaluación a las 8 semanas. Resultados: mejoría de la satisfacción vital y cuadro emocional. No hay cambios somáticos
Reino Unido	Hunter y Liao, 1995 ²⁰⁵	Psicológico	61 mujeres de 35-71 años	3 grupos: terapia cognitivo conductual, THS y no intervención. No aleatorización	Regular Cuasi Experimental	Mejoría de clínica vasomotora en los grupos de intervención, y adicionalmente mejora de ansiedad, afecto y problemas en la psicoterapia. Mantenimiento del efecto al menos 3 meses de seguimiento.
Reino Unido	Liao y Hunter, 1998 ²⁵⁴	Holista	86 mujeres divididas en grupos pequeños de intervención de 4-8 mujeres y control	2 sesiones de 1 ½ hora Evaluación a los 3 y 15 meses	Alto E. Clínico	Mejoría de conocimientos y actitudes hacia la menopausia. No hay cambios en el ejercicio ni en el tabaquismo. Menor uso de THS.
Reino Unido	Hunter y O'Dea, 1999 ²⁵⁵	Holista	86 mujeres premenopáusicas en dos grupos	Sesiones. Información, grupos de discusión, manejo del estrés, conductas de salud y tratamiento	Alto E. Clínico Evaluación a los 5 años	Mayores conocimientos. Menor atribución de síntomas. Mayor interés sexual. Evaluación subjetiva positiva.
Reino Unido	Jones, 1999 ³²²	Holista	163 mujeres Grupos de 12-16 Visitador de salud,	4 sesiones de 1 ½ hora	Regular Cuasi Experimental	Evaluación positiva subjetiva No hay diferencias en el uso de THS ni en el de antidepresivos
Reino Unido	Fenlon D, 1999 ³²³	Psicológico	24 mujeres de 29 a 74 años con Ca de mama Enfermería	Grupo de intervención con relajación mediante respiración profunda versus grupo control	Alto E. Clínico	Mejoría en la clínica vasomotora y psíquica en el grupo de intervención
Reino Unido	Fenlon, 2008 ³²⁴	Psicológico	150 mujeres con cancer de mama	Grupo de intervención con relajación 1 mes. Grupo control sin nada.	Alto E. Clínico	Mejoría en la clínica vasomotora en el grupo intervención que se pierde al tercer mes.

Perspectiva Integral y Holista

Alemania	Schmid-Heinish, 1985 ³²⁵	Holista	Referencias a grupos en la antigua república federal "Fragtuen in der Lebensmitte"	Grupos de autoayuda. Sesiones semanales de 2 horas	Bajo Series de casos	Valoración global y subjetiva
Alemania	Schneider, 1992 ²⁹²	Holista	Psicóloga	3 sesiones. Proyecto: "YO: no sé si esto tiene algo que ver con la menopausia"	Bajo Series de casos	No especificado
Suecia	Wijma et al, 1997 ²⁵⁶	Psicológico	6 mujeres. Edad desconocida	Intervención mediante relajación	Bajo Series de casos	Mejoría de clínica vasomotora en un 73% (no se señala el valor p)
Suecia	Nedstrand, 2005 ²⁵⁷	Psicologico versus biológico	38 mujeres de 29 a 74 años con Ca mama	Intervención mediante relajación o THS	Alto. E. Clinico	Mejoría de clínica vasomotora en ambos grupos, mantenida a los 3 y 6 meses, pero más intensa con la THS
Suecia	Nedstrand, 2005 ²⁵⁸	Psicologico versus biológico	30 mujeres de 48 a 63 años	Intervención mediante relajación o bien electroacupuntura	Alto. E. Clinico	Mejoría de clínica vasomotora en ambos grupos, mantenida a los 3 y 6 meses.
Suecia	Carmody et al, 2006 ²⁶⁰	Psicológico	18 mujeres de 48 a 60 años	Técnicas mentales de reducción de estrés	Bajo Series de casos	Mejoría de los sofocos, síntomas psíquicos e insomnio y de la Calidad de Vida (Menqol)
Suecia	Zabarowska et al, 2008 ²⁵⁹	Psicologico versus biológico	102 mujeres distribuidas en	THS, relajación, acupuntura y placebo	Alto. E. Clinico	Mejoría significativa de la sintomatología vasomotora en todos los grupos menos en el del placebo
Holanda	Duijts et al, 2009 ³²⁶	Holista	325 mujeres <50 años con menopausia inducida por cáncer de mama.	Terapia cognitivo conductual y programa, ejercicio físico, ambos y grupo control.	Alto. E. Clinico	En realización.
Australia	Lemaire y Lenz, 1995 ²³⁹	Psicológico	177 mujeres de un centro médico suburbano	No especificado. Conocimientos e incertidumbre	Regular Cuasi - Experimental	Mejoría significativa en los conocimientos y reducción de la incertidumbre
Japón	Ueda et al 2009 ³²⁷	Biológico	39	Programa de ejercicios y literatura. 6 semanas	Regular Cuasi - Experimental	No impacto sobre la semiología climática, pero si sobre la percepción de salud y escala física del SF36

Tabla 18. Programas de intervención para mujeres climatéricas en el España.

Programa	Autor y año	Carácter	Grupo	Programa	Nivel de Evidencia ⁴³²	Resultados
Valencia	Huerta y Sanz, 1990 ²⁶¹	Psicosocial	9 mujeres con problemas emocionales Programa de desarrollo personal	Sesión semanal de 2 horas. 18 sesiones terapia	Bajo. Serie de casos	Mejoría psíquica y reducción de la medicación
Valencia	Generalitat Valenciana, Pastor, 1992 ²⁶²	Holista	Pérdida muestral desde 686 a 215 mujeres	Actuación médica individual y educativa grupal. Heterogéneo	Regular. Cuasi - Experimental	Mejoría en la salud percibida, capacidad funcional y calidad de vida. Valoración difícil por las pérdidas muestrales
Valencia	Dupuy et al, 1994 ²⁶³	Holista	140 mujeres Multidisciplinar	3-6 meses No se especifican las sesiones	Bajo. Serie de casos	Mejoría en el nivel de salud, ansiedad y depresión, relaciones familiares y sociales, autonomía, y menor consumo de fármacos
Cantabria	Amparán, 1994 ²⁶⁴	Holista	Muestra no precisada Grupos 10-12 mujeres	8 sesiones de 1 ½ horas	Bajo. Serie de casos	Evaluación subjetiva
Málaga	Anarte y Cuadros, 1996 ²⁶⁵	Holista	73 mujeres Grupos de 8 mujeres Psicoterapeuta	10-16 sesiones de ½ hora a lo largo de 6 meses	Regular. Cuasi - Experimental	Cambio positivo en las actitudes hacia la menopausia
Granada	Rodríguez, Teno et al, 1997 ²⁶⁶	Holista	41 mujeres. 5 grupos de 6-10 mujeres	8 sesiones semanales consecutivas de 1 ½ h. Trabajadora social y enfermera	Regular. Cuasi - Experimental	Evaluables: 31 Visión menos negativa de la menopausia No se modifica el apoyo social
Madrid	Troyano et al, 1998 ²⁶⁷	Holista	33 mujeres en 3 grupos Enfermera	8 sesiones de 1 1/2 h	Regular. Cuasi - Experimental	Cambios positivos de actitudes, conocimientos
Málaga	Anarte, Cuadros, y Herrera, 1998 ²⁶⁸	Psicosocial	73 mujeres 45-55 años	THS ± tratamiento psicológico	Alto E. Clínico	Mejoran síntomas vasomotores (I. Kuppeman) y psicológicos (Cuestionario de Salvatierra), pero estos últimos más en el grupo sometido a tratamiento psicológico.
Málaga	Díaz, 1998 ²⁶⁹	Holista	Grupos de 10-15 mujeres	10 sesiones	Bajo. Serie casos	Evaluación subjetiva positiva
Albacete	García et al 1998 ²⁷⁰	Holista	106 mujeres: 50% a cada grupo. Grupos de 8-10 mujeres. Enfermeras	10 sesiones semanales de 1 hora	Regular. Cuasi - Experimental	Grupo control no aleatorio Mejoría de la salud psíquica
Madrid	Blanco, 1999 ²⁷¹	Psicosocial	No consta	No consta	Bajo. Serie casos	Subjetivamente positivo

Perspectiva Integral y Holista

Orense	Sueiro, 1999 ²⁷²	Psicosocial	8 mujeres con problemas emocionales Psicólogos	12 sesiones terapéuticas Control de ansiedad, relajación, resolución de problemas, comunicación y redes sociales	Regular. Cuasi - Experimental	Evaluación a los 12 meses Mejoría de la situación emocional: ansiedad, depresión. Mejoría en la calidad de vida
Madrid	Camuñas, 2000 ²⁷³	Psicosocial	79 mujeres con problemas emocionales Centros de Salud del Madrid	15 sesiones de aprendizaje de tipo cognitivo conductual	Regular. Cuasi - Experimental	Reducción de la ansiedad y depresión
Madrid	Sánchez Arcilla, 2000 ²⁷⁴	Biologicista	913 mujeres 13 Centros del Ayuntamiento Madrid	Educación sanitaria individual y grupal (4 sesiones de 1 hora) en grupos de 25 mujeres	Regular. Cuasi - Experimental	Mejoría en el colesterol, IMC, glucemia y tensión arterial
Navarra	Jiménez de Luque, 2000 ²⁷⁵	Holista	Grupos de 10-15 mujeres	Sesiones semanales de 3 horas. 6 sesiones	Regular. Cuasi - Experimental	Cambios positivos a largo plazo tanto en la percepción de la utilidad, actitudes, consumo de calcio y realización de ejercicio físico
Salamanca	Olazábal et al, 1996 ²⁷³	Holista	292 mujeres en Grupos de 15-20 mujeres	2 sesiones semanales. Total 12 sesiones. Médico y psicoterapeuta.	Regular. Cuasi - Experimental	Cambios positivos a largo plazo en la CVRS, sintomatología vasomotora, psíquica y contexto familiar y social
Alicante	Montealegre, Linares y Sánchez, 2003 ²⁷⁶	Holista	28 mujeres de 45 a 64 años	Programa integral de la generalitat Valenciana	Regular. Cuasi - Experimental	Mejoría clínica medida por el test de Kupperman
Granada	Villaverde-Gutierrez et al ²⁷⁷	Biologicista	48 mujeres de 55 a 72 años. 24 al grupo control	24 a programa de ejercicio cardiorespiratorio, muscular y relajación de 3h/semana.	Regular. Cuasi - Experimental	Mejoría clínica y de la CVRS.
Murcia	Saucedo et al, 2008 ²⁷⁸	Biologicista	63 mujeres de 45 a 59. 40 grupo de intervención y 23 control	Seis meses de un programa de ejercicio	Alto E. Clínico	Reducción del RCV en el grupo de intervención (reducción de insulinemia, TA)
Madrid	Larroy et al, 2009 ²⁷⁹	Psicosocial	28 mujeres	8 sesiones de 2h. Dieta, ejercicio, técnicas cognitivas	Bajo. Serie casos	Reducción en la mayor parte de los síntomas físicos y psíquicos

II.PERTINENCIA

OBJETIVOS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

I. JUSTIFICACIÓN. PERTINENCIA DE NUESTRO TRABAJO

Definir la pertinencia constituye un aspecto fundamental en la fase preliminar de toda investigación³²⁸⁻³³⁰.

En nuestro caso dicha justificación se ha ido realizando, en gran parte, de forma simultánea al despliegue del complejo marco teórico -Fundamentos Teóricos- que hemos desarrollado a lo largo del capítulo anterior, donde se ha referido toda la información relevante y las evidencias científicas que apoyan la realización del presente estudio.

El elemento esencial que determina la pertinencia de nuestra investigación es que la pregunta planteada no ha sido adecuadamente contestada: ¿Puede una intervención educativa en grupos de carácter holista mejorar la calidad de vida –CVRS– de las mujeres climatéricas?

Además de ello, retomamos los aspectos previamente comentados, sintetizándolos y agrupándolos en un todo en el área que nos ocupa.

En este contexto, la pertinencia de nuestro trabajo puede explicarse en base a los siguientes aspectos:

- **La importancia socio-sanitaria del área investigada: la menopausia.**

Como hemos visto al explicar el contexto teórico, la menopausia es considerada frecuentemente como un problema de salud pública, justificándose ello por su importante impacto en diversas áreas de nuestra sociedad.

Resultan fundamentales los aspectos demográficos –p.9- que suponen una importante población “diana”, que crecerá progresivamente en el futuro reciente.

Por otra parte, y desde una perspectiva sanitaria se suelen tener en cuenta las repercusiones sobre la salud del hipoestronismo postmenopáusico –p.15-. Desde una perspectiva social es indudable la ya importante y creciente sensibilidad social de las mujeres en general y del subgrupo implicado en particular⁷⁴, que no están satisfechas con la atención que reciben²³⁹⁻²⁴⁰. Por último, se alude al importante impacto económico derivado de los gastos sanitarios y sociales, cuya expresión paradigmática corresponde a la fractura osteoporótica, y específicamente a su localización en la cadera- p.31-.

Desde una perspectiva holista hemos matizado la perspectiva expuesta. Hemos insistido en la etiología multifactorial que tienen muchos de los procesos que se consideran como “consecuencias sanitarias de la menopausia” sobre todo a largo plazo – p.22-, exponiendo también el contexto de intereses económicos e iatrogenización que “contaminan” el análisis objetivo de dicho período⁴⁸⁻⁵⁶.

En todo caso y como expresión institucional de la importancia que nuestro contexto sociocultural da a este período de la vida de la mujer, la actuación sobre las mujeres climáticas se ha considerado en fechas relativamente recientes una prioridad sanitaria en nuestro país, mediante una normativa que partiendo del RD 63/1995 de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias y desarrollada posteriormente en el Plan Integral de Atención a la Mujer, se incorporó a los objetivos generales del antiguo INSALUD para los años 1998-1999³³¹⁻³³³. También desde hace casi una década, el día 18 de octubre se celebra anualmente el día internacional de la menopausia.

• **El campo de investigación, responde a las recomendaciones emanadas para la investigación de la menopausia, tanto por la Organización Mundial de la Salud –OMS– como por otras entidades de reconocida importancia en nuestro contexto social y sanitario.**

➤ Desde una *perspectiva general*.

En 1974 en el documento gubernamental titulado “Nueva visión de la salud de los canadienses” conocido como Informe Lalonde³³⁴, se expone que la atención médica es sólo una de las dimensiones que afectan la salud, destacando la importancia del “estilo de vida” y del entorno, y por ello de la promoción de la salud.

“Hasta ahora, casi todos los esfuerzos hechos por la sociedad para mejorar la salud y la mayoría de los gastos directos en salud se han centrado en la organización de los servicios de atención sanitaria. Sin embargo, cuando identificamos las principales causas actuales de enfermedad y muerte en Canadá, vemos que están arraigadas en los otros tres elementos del concepto: biología humana, medio ambiente y estilos de vida. Por tanto, es evidente que se están gastando grandes sumas en el tratamiento de enfermedades que podrían haberse evitado”, Lalonde, 1974³³⁴.

En 1978 las ideas relativas a los determinantes generales de la salud y la importancia del estilo de vida y de la promoción de la salud se desarrollan más con la conferencia de la OMS de Alma-Ata³³⁵, y posteriormente con la publicación en 1986 de la Carta de Ottawa³³⁶.

En la actualidad, nuestro contexto geopolítico de la Unión europea incluye el Programa de Acción Comunitario Europeo en el ámbito de Salud Pública 2007-2013³³⁷. En su marco general se engloban la amplia gama de medidas comunitarias en el ámbito de la salud a fin de contribuir a la mejora de la salud de los ciudadanos europeos. Se incluyen tres objetivos: mejorar la seguridad sanitaria, promover la salud para aumentar la prosperidad y la solidaridad, y por último, generar y difundir conocimientos sobre la salud. Nuestro trabajo no sólo comparte los dos últimos objetivos, sino que incluye al primero, al pretender contrarrestar los efectos del referido proceso de iatrogenización.

➤ Desde una *perspectiva específica de la investigación de la menopausia*.

Según la OMS²⁵, el modelo de investigación de la menopausia que se está llevando a cabo en Europa y Norteamérica puede no estar incluyendo aspectos relevantes de la salud de la mujer.

En la misma línea, el panel de expertos del NIH en el 2005² hizo hincapié en la escasa investigación y evidencia existente -y por ello de la necesidad de investigar- elementos de carácter no farmacológico de la actuación sanitaria. La situación no se ha modificado, y sigue siendo la misma en la actualidad²²¹.

Si bien se ha investigado mucho sobre los aspectos relativos a la “menopausia como enfermedad”, existe muy poca investigación por lo que respecta a la salud de estas mujeres, a la perspectiva holista integradora, y específicamente respecto a los cuidados de salud a implementar en las mujeres en la edad media de la vida –Figura 5- p.58-.

Por todo ello, la OMS²⁵ propone investigaciones de carácter multidisciplinar cuyos diseños y metodologías se adapten a las necesidades de las mujeres y reflejen las múltiples facetas de la menopausia en las distintas sociedades. Todo ello, en una línea muy diferente al modelo de investigación biologicista hegemónico descrito.

- **Pensamos que nuestra investigación puede promover la realización de nuevos trabajos en el contexto de una línea de investigación holista.**

Este aspecto guarda íntima relación con el punto anterior. Nuestra investigación podría actuar como “elemento facilitador” para el desarrollo de ulteriores trabajos desde esta perspectiva holística, y ello porque facilita la costosa infraestructura previa que se requiere elaborar –el programa educativo- para el desarrollo del programa de intervención.

Nuestro trabajo desarrolla un marco teórico y una actuación educativa mediante un programa ampliamente desarrollado y puesto a disposición –mediante su publicación- de otros grupos de investigación, para que nuestra experiencia y el material generado puedan servir de elemento de ayuda a su actividad⁹¹.

- **Supone una aportación científica innovadora.**

La investigación que presentamos, en sintonía con las ideas expuestas por Umberto Eco³³⁸ sobre los aspectos exigibles a una tesis doctoral, supone la aproximación a un problema bien definido y constituye una aportación original que induce un avance para las disciplinas en las que se incardina.

Su propósito es demostrar con el mayor nivel de evidencia –I: ensayo clínico Aleatorizado, ECA, bien diseñado-³⁰⁰⁻³⁰¹ la efectividad de una intervención educativa de ámbito integral, específicamente diseñada e implementada en grupos de mujeres climatéricas, para mejorar su calidad de vida –CVRS-.

Este objetivo se sitúa en el propósito más genérico, de contribuir a resolver la actual controversia sobre el tipo de atención sanitaria que resulta útil aportar a las mujeres en la transición climatérica, p.40.

- **Es un trabajo útil que puede ayudar a resolver una necesidad presente en nuestra comunidad y de la que se pueden derivar beneficios para ella.**

Si bien es cierto que el ejercicio de la investigación puede constituir una finalidad en sí misma para iniciarse y avanzar en el conocimiento, no lo es menos que los recursos limitados que la comunidad puede invertir en la investigación hacen necesaria una priorización de la misma, que debe estar fundamentalmente orientada a los beneficios potenciales que de ella se puedan derivar para la comunidad^{328,338}.

Como hemos desarrollado en los puntos 1 y 2 nuestra investigación responde a una necesidad sentida de nuestra sociedad. Además, creemos que su desarrollo podría aportar a la misma diversos elementos de utilidad:

➤ *Dar respuesta a las necesidades de educación sanitaria*, percibidas y previamente no satisfechas, de éstas mujeres^{74,239-240}.

➤ *Mejorar por parte de los sanitarios la atención que ofertan a las mujeres climatéricas*, contribuyendo a la integración de aspectos actualmente vividos como un tanto contrapuestos y que determinan una situación de incertidumbre Tabla 12, p.40.

➤ Si el programa se mostrase efectivo, *dispondríamos de una intervención capaz de mejorar la CVRS* de las mujeres en la edad media de la vida, que se podría combinar armónicamente con la atención biologicista hegemónica actual.

➤ Algunas de estas mujeres, muy frecuentadoras de la consulta de atención primaria²⁴⁵, *podrían canalizar de forma tal vez más adecuada algunos de sus problemas*, mediante su inclusión en este tipo de programas.

El Informe Lalonde³³⁴ denunció que los estilos de vida eran responsables de un 43% de los factores que inciden en la salud, y frente a ello tan sólo correspondían a un 1.5% en la distribución total de recursos. Pensamos que de esta forma, se podrían liberar recursos asistenciales, reducir el consumo farmacológico y de pruebas complementarias, y al mismo tiempo evitar la tendencia a cuadros psicósomáticos crónicos generadores de un gran sufrimiento para las mujeres.

➤ *Ayudar a perfilar una actuación sanitaria más adecuada y homogénea* entre todos los profesionales de la salud, para la transición climatérica.

Si la intervención educativa se mostrase efectiva, su difusión en el ámbito científico podría favorecer el logro de un consenso integrador amplio, centrado en la mayor idoneidad de una concepción holística. Este podría ser un punto de encuentro del marco conceptual entre las aproximaciones médicas y de las ciencias sociales, actualmente marcadamente divergentes.

➤ *Poner a disposición de la comunidad de profesionales sanitarios e investigadores, un programa* de intervención educativa de carácter holístico para grupos de mujeres climatéricas, bien estructurado, con sus objetivos, actividades, material, metodología y elementos de evaluación.

Pensamos que supone una aportación importantísima en sí misma, porque pone a disposición de futuros investigadores un material de trabajo, enormemente laborioso de realizar –ver punto 3, objetivos-.

- Por último, hay que destacar que la investigación **constituye la consecuencia lógica de nuestro proceso formativo e investigador** previo.

A lo largo de las últimas dos décadas y en un contexto de grupo de trabajo multidisciplinar, hemos ido desarrollando un proceso simultáneo de formación y docencia, que ha conducido inicialmente al desarrollo de un marco teórico conceptual propio para la comprensión de los fenómenos que acontecen en la transición climática y posteriormente a la presente investigación^{68-69,81-97,196}.

De forma específica, el presente trabajo es la culminación de una aproximación previa, en la que nuestro grupo de trabajo ha demostrado esta misma hipótesis mediante un diseño de menor nivel de evidencia, *quasi-experimental*⁹¹.

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A. OBJETIVO PRINCIPAL

Nuestro propósito es **valorar a corto plazo –3 meses– la efectividad de un programa de intervención educativa en grupos, sobre la calidad de vida –CVRS– de las mujeres climáticas.**

Entendemos por “efectividad” el grado en que una determinada intervención, procedimiento o servicio sanitario puesto en práctica, logra lo que pretende conseguir. A diferencia de la eficacia en que la intervención sanitaria se realiza en condiciones ideales, en nuestro caso las condiciones de implementación son las condiciones reales donde en el futuro se pretende extrapolar la experiencia³³⁹.

B. OBJETIVOS SECUNDARIOS

Juntamente a la Calidad de Vida –CVRS–, que es la variable de resultado fundamental, nuestra intervención pretende otra serie de objetivos complementarios:

- **Valorar la efectividad del programa sobre la “síntomatología a corto y medio plazo”** ligada a la transición climática: Sd. Vasomotor, semiología psíquica, sexual y gineco-urinaria.
- **Evaluar la capacidad de la intervención para modificar otros aspectos de la esfera psicosocial de la vida de la mujer**, y que son importantes para el mantenimiento de salud: autoestima, relaciones de pareja, relaciones sociales y atribución del control de la salud –HCL–.
- Establecer si existe alguna **característica de las mujeres** presentes al inicio del programa, **que incida en el grado de efectividad de la intervención.**

Independientemente de otros factores, se pretende valorar de forma específica los siguientes: a) la CVRS inicial; b) la severidad y tipo de la sintomatología climatérica; c) las características psicosociales, y d) otros: edad, estado menstrual, etc.

- **Evaluar el programa desde la perspectiva de la mujer y específicamente la capacidad del programa para satisfacer sus necesidades sentidas**, ya que estas refieren no estar satisfechas con la atención sanitaria que habitualmente reciben²³⁹⁻²⁴⁰.

- **Otros aspectos:**

- *Elaborar un programa holístico* –completando y mejorando el previo- que sirva para la implementación de una educación sanitaria holista para grupos de mujeres climatéricas.

El desarrollo del programa bien estructurado, con sus objetivos, actividades, material, metodología y elementos de evaluación, permite llevar a cabo la intervención y servir de marco teórico no sólo para nosotros sino para otros grupos de trabajo.

- *Dar apoyo empírico al modelo holista* que hemos contribuido a desarrollar conceptualmente y entendemos como actualmente más idóneo para la actuación sanitaria en el climaterio.

- *Elaborar un “modelo teórico básico”* que pretenda -de forma sencilla- una aproximación explicativa al funcionamiento del programa.

- *Proponer nuevas líneas de investigación futura* en relación con los programas educativos de carácter holista para la atención a la mujer climatérica.

III. HIPÓTESIS DE TRABAJO

En el método científico, partiendo de la observación de una realidad se elabora una hipótesis explicativa, se contrasta la hipótesis y si es aceptada se realizan proposiciones que se incorporan a la teoría científica.

Dicho procedimiento requiere un proceso sistemático, organizado y objetivo destinado a responder a una pregunta³²⁹⁻³³⁰.

Nuestro grupo ha diseñado la investigación porque **creemos en la efectividad de nuestra intervención para lograr una mejoría de la CVRS** de las mujeres, en el grupo expuesto al programa de intervención **-hipótesis 1-**.

- **Asumimos como cierta la hipótesis alternativa –H1–**, que definimos así: “un programa de intervención educativa en grupos inducirá a corto plazo -3 meses- una mejoría en la CVRS de las mujeres climatéricas”.

La Hipótesis nula –H0– que pretendemos descartar, para asumir como cierta la hipótesis alternativa, se expresa así: “no habrá diferencias en las puntuaciones pre-postintervención en los cuestionarios de CVRS para una significatividad de $p < 0.05$ ”.

- **A continuación referimos otras hipótesis que completan a la fundamental de nuestra investigación, expresada anteriormente:**

- El programa se mostrará efectivo para mejorar la semiología “a corto y a medio plazo” del Sd. climatérico, –hipótesis 2-.

- La intervención será además útil para mejorar otros aspectos psicosociales de la salud de la mujer, –hipótesis 3-.

Pensamos que podrían esperarse, en mayor o menor grado, modificaciones en los diversos aspectos que se trabajan en el programa: autoestima, relaciones de pareja, relaciones sociales y atribución de control de su salud –HCL-.

- La evaluación nos permitirá *identificar algunos “factores condicionantes”* presentes en las mujeres al comienzo del programa y que modificarán su efectividad, –hipótesis 4-.

A este respecto partimos de los factores descritos en la experiencia previa⁹¹: CVRS inicial, sintomatología vasomotora, estado psíquico, relación de pareja y redes sociales.

- Nuestra intervención *satisfará sustancialmente las necesidades sentidas por las mujeres climatéricas*, tanto en relación a la información como a otros aspectos en relación a la educación sanitaria, –hipótesis 5-.

- **Otros aspectos:**

- Los datos obtenidos a lo largo de la presente investigación permitirán *dar apoyo empírico al modelo holista*, que entendemos como actualmente más idóneo para la intervención sanitaria en el climaterio, -hipótesis 6-.

- La investigación nos permitirá *diseñar un modelo básico de funcionamiento* del programa, -hipótesis 7-.

- Al finalizar el proyecto actual, estaremos en condiciones de *proponer nuevas líneas de investigación*, que contribuyan a clarificar el papel de los programas educativos de carácter holista en la atención a la mujer climatérica, -hipótesis 8-.

IV. RESULTADOS

IV.1. MUESTRA DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS

I. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA

• Tal y como hemos señalado en la sección “material y métodos” p.91, **la muestra definitiva corresponde a un total de N=114 mujeres**, distribuidas en un grupo de intervención con un tamaño de N=85 -74.6%- y otro control con una N=29 -25.4%-.

Tabla 26. Características sociodemográficas y médicas de la muestra global y por grupos.

Parámetro		Muestra Total N=114	Gr. Intervención N=85	Gr. Control N=29	Diferencias Grupales Intervención/Control
Edad	Media y DT	M:52.5; DT: 4.03	M: 52.92 ET:3.99	Media 51.28 ET:3.95	T Student p= 0.59 Mann Whitney. p=0.07
Estado Civil	Soltera	7.02%	7.1%	6.9%	Chi2, p= 0.72
	Casada	80.7%	80%	82.8%	
	Otros	12.28%	12.9%	10.3%	
Actividad Laboral	Ama de Casa	40.4%	42.4%	34.5%	Chi2 p= 0.25
	Tiempo parcial	17.5%	17.6%	17.2%	
	Jornada completa	42.1%	40%	48.3%	
Estudios de la Mujer	Primarios	28.1%	28.2%	27.6%	Chi2 p= 0.48
	Bachiller	50.9%	49.4%	55.2%	
	Univ. Medio	15.8%	16.5%	13.8%	
	Univ. Superior	5.3%	5.9%	3.4%	
Estratos Clase Social	Alta	5.3%	4.7%	6.9%	Chi2 p= 0.24
	Media Alta	22.8%	21.2%	27.6%	
	Media	38.6%	40%	34.5%	
	Media Baja	32.5%	34.1%	27.6%	
	Baja	0.9%	0%	3.4%	
Familia	Nº Hijos	Media 1.98 ; ET:1.10	Media 1.88 ; DT:0.89	Media 2.29 ; DT 1.56	T Student p=0.20 Mann W. p=0.17 T Student p=0.26 Mann W. p=0.13
	Nº Convivientes	Media 3.12 ; ET:1.24	Media 3.04 ; DT:1.21	Media 3.36 ; DT:1.34	
Períodos Menstruales	No se han modificado	13.2%	12.9%	13.8%	Chi2 P=0.98
	Se han modificado	12.3%	11.8%	13.8%	
	Amenorrea < 1 año	9.6%	9.4%	10.3%	
	Amenorrea>1 año	50.9%	51.8%	48.3%	
	Cirugía	14%	14,1%	13.8%	
	Premenopáusicas	15.3%	15.1%	16%	Chi2 P=0.8
	Perimenopáusicas	25.5%	24.7%	28%	
	Postmenopáusicas	59.2%	60.3%	56%	
Tratamiento con estrógenos	Ahora	0.9%	1.2%	0%	Estratos Si/No Chi2 P=0.40
	Hace menos 6 meses	3.5%	3.6%	3.4%	
	Hace más 6 meses	8%	8.3%	6.9%	
	Nunca	87,6%	86.9%	89.7%	

- **Los aspectos descriptivos de la muestra**, tanto para su conjunto, como por separado para ambos grupos (intervención/control), se presentan en la Tabla 26.

- Tal y como cabe esperar de una distribución aleatoria, como la realizada en nuestro trabajo, y a pesar de las pérdidas existentes durante la investigación en el grupo control, **no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las características que definen al grupo de intervención y al de control.**

A. EDAD

- Cuando se analizan por separado, el estadístico edad se distribuye de forma normal en ambos grupos: Test de Kolmogorov Smirnov, $p=0.06$ para el grupo de intervención y $p=0.59$ para el control. **No hay diferencias significativas respecto a la edad** tanto en la prueba de la T de Student como en el test no paramétrico de Mann Whitney - $p=0.06$ y $p=0.07$ respectivamente-.

- La muestra global muestra una distribución no-normal: Test de Kolmogorov Smirnov, $p=0.02$. En el histograma de distribución de frecuencias –Figura 17–, entre los 45-49 años se sitúa el 31.6% de la muestra, entre los 50-54 el 31.6% y entre los 55-59 años el 36.8%. Llama la atención el “pico” que se produce a los 48 años, en los prolegómenos de lo que viene a ser la media y mediana de aparición de la menopausia en nuestro país, a los 50 años, p.12.

- Podemos sintetizar este apartado, diciendo que se trata de mujeres comprendidas entre los 45 y 59 años, con una media de 52.5 años, con una discreta mayor representación de las mujeres de 48 años y de aquellas comprendidas entre 55 a 59 años.

Figura 17. Histograma de distribución de frecuencias de la edad.

B. ESTADO CIVIL

- Predominan las **mujeres casadas** que constituyen algo más del 80% de ambos conjuntos –Figura 18–.
- **El comportamiento estadístico de ambos grupos** –intervención y control- **no difiere** de forma estadísticamente significativa: χ^2 , $p=0.48$.

Figura 18. Distribución de la muestra por estado civil.

C. ACTIVIDAD LABORAL

- Tampoco se ha demostrado que existan diferencias significativas, respecto a la actividad laboral, entre los grupos de intervención y control: $p \chi^2=0.254$.

Figura 19. Distribución de la muestra teniendo en cuenta su actividad laboral.

- **Predominan las mujeres que trabajan fuera de casa -59.6%-** respecto a aquellas que desempeñan actividad exclusiva de amas de casa -40.4%- . Figura 19.

Entre las que trabajan fuera de casa, existe una alta proporción que realizan jornada laboral completa.

D. ESTUDIOS

- **Ambos grupos** –el de intervención y el de control- **no difieren significativamente** respecto a los estudios: $p\text{ Chi}^2=0.47$.

- **Predominan las mujeres con estudios medios**, del tipo de bachillerato -50.9%- , repartiéndose el resto entre aquellas que tienen estudios primarios -28.1%- , y las que tienen titulaciones universitarias medias 15.6%, siendo escasas las correspondientes a los estudios superiores -5.2%-.

Esta situación difiere significativamente respecto a la de sus maridos - $p\text{ Chi}^2=0.001$ - que se encuentran en una posición de mayor nivel respecto a ellas, Figura 20.

Figura 20. Distribución del nivel de estudios en las mujeres de la muestra y en sus parejas.

E. CLASE SOCIAL

- Se trata fundamentalmente de **mujeres de clase media**, con escasa representatividad de las clases extremas –Figura 21-.

- **No hay significatividad para las diferencias** estadísticas entre ambos grupos: $p\text{ Chi}^2=0.242$.

Figura 21. Histograma de distribución de frecuencias de la Clase social de la muestra.

Figura 22. Distribución de frecuencias de la muestra respecto al número de hijos.

F. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

- Predominan las **familias constituidas por un total de 2 a 4 miembros** -78.8%-, Media 3.12, DT: 1.25; con 1 a 3 hijos -89.2%-, Media 1.98, DT: 1.10. Figuras 22 y 23.
- **Tampoco en este caso existen diferencias estadísticamente significativas** entre el grupo de intervención y control: T Student $p= 0.24$ y 0.20 respectivamente para ambos parámetros.

Figura 23. Distribución de frecuencias del número de convivientes por familia.

G. CARACTERÍSTICAS MÉDICAS

Algunas características médicas básicas de la muestra se exponen en la Tabla 26, p.359.

Figura 24. Distribución de la muestra según el estado menstrual, N=114.

- En relación a la transición climática, **predominan las mujeres postmenopáusicas**, que constituyen un 59.2% del total –Figura 24-. No hay diferencias entre ambos grupos –intervención y control-, Chi2 p=0.8

- La **cirugía uterina/ovárica se ha realizado en un 14% de las mujeres**. La tasa de consumo de THS en ese momento es mínima –<1%-, sin que tampoco haya diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y control, Chi2p=0.4.

- Han participado en programas sanitarios de carácter educativo dirigido a mujeres un 9.6% de las mujeres, y acuden al psiquiatra o psicólogo de forma continuada un 7%, sin que en estos aspectos, se puedan establecer diferencias significativas entre ambos grupos, Chi2 p=0.79 y p=0.35 respectivamente.

II. ANALISIS DE LOS DATOS MUESTRALES

A. ASPECTOS PROPIOS DE NUESTRA MUESTRA

La Figura 25 sintetiza visualmente los datos esenciales de la muestra.

- Las mujeres de nuestra investigación son sobre todo **mujeres peri-postmenopáusicas -84.7%-**, comprendidas entre los **45-59 años** y con una ligera desviación a la derecha del rango por superior representación del quinquenio mayor.

Figura 25. Algunas características fundamentales de nuestra muestra.

- Se trata fundamentalmente de mujeres **casadas -80.7%-** con estudios básicos o medios -79%-, incorporadas en gran parte al mundo laboral -59.6%-.
- Pertenecen a una **clase social media y media baja**, y han tenido un promedio de casi dos hijos -1.98-, permaneciendo en muchos casos algunos de ellos aún en el hogar en el momento del estudio; tamaño familiar medio: 3.12.
- Desde una perspectiva médica, un **14% han sido sometidas a cirugía ginecológica** -histerectomía simple o con anexectomía-, estando prácticamente ausente en ellas el tratamiento hormonal estrogénico, THS, -99.1%-.

B. ASPECTOS COMPARATIVOS CON LA POBLACIÓN DE REFERENCIA

Hemos procedido a realizar la comparación de los datos de nuestra muestra con aquellos referidos a la población de referencia –Salamanca capital-, que han sido obtenidos del censo municipal.

En los datos correspondientes –Figura 26 y Tabla 27- se observa la tendencia en nuestra muestra a una menor representación del quinquenio de menor edad -45 a 49 años- y a otra superior en el de mayor edad -55 a 59 años-. Esta diferencia no alcanza la significatividad estadística, $p=0.28$.

Podemos señalar pues, que *desde la perspectiva etaria, nuestra muestra refleja bastante fielmente la distribución etaria de las mujeres climatéricas de la capital.*

Figura 26. Comparación etaria de nuestra muestra y de la población de Salamanca, 2007.

Tabla 27. Distribución etaria de nuestra muestra y de la población de Salamanca, 2007.

Tramo de Edad	Salamanca N= 17435		Muestra N= 114		P Chi2
	N	%	N	%	
45-49 años	6339	36.56%	36	31.6%	p Chi2=0.28
50-54 años	5724	33.01%	36	31.6%	
55-59 años	5272	30.24%	42	36.8%	

IV. 2. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

I. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS EN LOS INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD –CVRS–

A. ESTADO DE SALUD PERCIBIDA –ESP–

1. SITUACIÓN PREVIA A LA INTERVENCIÓN

• La situación preintervención se muestra en la Figura 27. Para la selección de los test estadísticos se ha tenido en cuenta que la distribución *no cumple criterios de normalidad*; Test de Kolmogorov Smirnov $p < 0.001$.

Predomina un ESP negativo -regular, muy malo o malo, 57%- , pero con amplio predominio del estrato “regular” -51.8%- y muy escaso componente del componente “malo-muy malo”.

Figura 27. Estado de Salud Percibido de la muestra antes de la intervención.

En la Tabla 28, se aprecia que *no existen diferencias significativas entre los grupos de intervención y de control*; test de Mann Whitney, $p=0.62$.

Tabla 28. Comparación del Estado de Salud Percibido preintervención entre el grupo de intervención y control.

Estado de Salud Percibida Situación de Partida	Grupo de Intervención N=85.	Grupo de Control N=29.	Diferencias entre grupos Intervención/Control
Puntuación Global	Media 2.61 DT 0.6	Media 2.52 ET 0.91	Mann Whitney p= 0.62
Estratos del ESP	ESP positivo = 40% ESP negativo= 60%	ESP positivo = 51.7% ESP negativo= 48.3%	Chi2 p= 0.28

• **La comparación de la situación de la muestra respecto a la población española** se expresa en la Tabla 29. Los datos obtenidos en la página web del Ministerio de Sanidad <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm> corresponden a la Encuesta Nacional de Salud del año 2006. La comparación se refiere al grupo de 45-54 años que corresponde al intervalo de clase que aparece en la dicha encuesta

A pesar de que el porcentaje de mujeres con ESP positivo es mayor en la población de referencia, **no se alcanza significatividad estadística**, p Chi2=0.07.

Tabla 29. Datos comparativos en el Estado de Salud Percibido preintervención de nuestra muestra y los datos poblacionales para España, en las mujeres entre 45-54 años.

ESP		Nuestra Muestra N=72		Encuesta Nacional Salud 2006, N= 2.970.700		P Chi2. ESP positivo/negativo	
ESP POSITIVO	Muy bueno	5.6%	51.4% (N=37)	11.90%	59.85%	p=0.18	
	Bueno	45.8%		47.95%			
ESP NEGATIVO	Regular	43.1 %	49.6% (N=35)	30.17%	40.15%		
	Malo	4.2%		7.11%			
	Muy Malo	1.4		2.87%			

2. CAMBIOS PRE-POSTINTERVENCIÓN

A. CAMBIOS EN LOS VALORES GLOBALES

• **Tras el programa de intervención, el ESP muestra una mejoría muy significativa en el grupo de intervención –p<0.001– mientras que el grupo control no muestra cambios significativos**, Tabla 30.

Habida cuenta que la distribución de los valores del ESP se alejan marcadamente de la curva normal, se ha verificado el resultado mediante la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon -p<0.001 y p=0.56 respectivamente-.

Tabla 30. Cambios en los valores pre-postintervención del Estado de Salud percibida para ambos grupos.

Grupos	ESP1 Media y DT	ESP2 Media y DT	p ANOVA C2-C1	Tamaño efecto Eta2
Intervención N=85	2.61 (DT 0.60)	1.85 (DT 0.52)	p<0.001*	Eta2=0.512
Control N=29	2.52 (DT 0.91)	2.59 (DT 0.68)	p=0.57	

B. CAMBIOS EN LOS ESTRATOS DE SEVERIDAD

- Los cambios en la composición de los estratos se muestran en la tabla 31.

El grupo de intervención los modifica, incrementando significativamente el ESP Positivo - $p<0.001$ -, mientras que el grupo control no muestra cambios significativos.

Tabla 31. Cambios de los estratos del cuestionario ESP pre-postintervención.

Grupos	ESP 1	ESP2	Test de Chi2
Grupo de Intervención N=85	ESP positivo = 40.5% ESP negativo= 59.5%	ESP positivo = 92.9% ESP Negativo= 7.1%	$p<0.001^*$
Grupo Control N=29	ESP positivo = 51.7% ESP negativo= 48.3%	ESP positivo = 44.8% ESP Negativo = 55.2%	$p=0.48$

La Figura 28, aporta una *perspectiva más cualitativa* al especificar como estrato separado el correspondiente al valor “regular” y permitir concretar que tras el programa no quedan apenas valores para los estratos “malo y muy malo” en el grupo de intervención.

Figura 28. Cambios porcentuales en los estratos del ESP pre-postintervención del grupo de intervención.

- Se ha valorado el comportamiento de los estratos iniciales del ESP, mediante la realización de un ANOVA de medidas repetidas con dos variables intra sujetos -pre-post de ESP- y una intersujeto -estratos de severidad de ESP al inicio-.

El comportamiento de los estratos se muestra significativamente distinto -Traza de Hotelling $p<0.001$ -, tal que la línea de tendencia adquiere un carácter ascendente y **el efecto de la intervención se concreta en el grupo de ESP negativo**, con un tamaño del efecto de 78.2% – Tabla 32 y Figura 29 –.

Tabla 32. Diferencias pre-postintervención del grupo de intervención en el Cuestionario ESP.

Grupo Intervención	ESP1 Media DT	ESP2 Media DT	p ANOVA C2-C1	Tamaño efecto
ESP Positivo N=34	1.94 (0.24)	1.76 (0.50)	$p=0.05$	
ESP Negativo N=50	3.06 (0.24)	1.90 (0.54)	$p<0.001^*$	Eta2 $p=0.782$

Figura 29. Tamaño del efecto de la intervención sobre los diversos y valores del ESP preintervención. La línea de tendencia se expresa mediante la ecuación correspondiente.

3. SITUACIÓN POSTINTERVENCIÓN DE LA SUBMUESTRA INTERVENIDA

- Tras la intervención, el grupo de intervención muestra un mejor estado de salud percibido respecto al grupo control - $p<0.001$ -, Tabla 33.

Tabla 33. Comparación tras la finalización del programa, del Estado de Salud Percibido entre el grupo de intervención y control.

Estado de Salud Percibida Situación de Partida	Grupo de Intervención N=85.	Grupo de Control N=29.	Diferencias intergrupos Intervención/Control
Puntuación Global	Media 2.61 DT 0.6	Media 2.52 ET 0.91	Mann Whitney $p<0.001^*$
Estratos del ESP	ESP positivo = 92.9% ESP Negativo= 7.1%	ESP positivo = 44.8 ESP Negativo = 55.2%	Chi2 $p<0.001^*$

• La comparación de la **situación de la muestra respecto a la población española** se expresa en la Tabla 34 y Figura 30. Los datos obtenidos en la página <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm> -web del Ministerio de Sanidad- corresponden a la Encuesta Nacional de Salud del año 2006. La comparación se refiere al grupo de 45-54 años que corresponde al intervalo de clase que aparece en la dicha encuesta.

La situación postintervención cambia sustancialmente, tal que el grupo de intervención a pesar de partir de una posición desfavorable, pasa a **situarse en una posición significativamente mejor a la población española de referencia** $p<0.001$.

Tabla 34. Datos comparativos en el ESP postintervención de nuestra muestra y los datos poblacionales para España, en las mujeres entre 45-54 años.

ESP		Grupo de Intervención N=50		Encuesta Nacional Salud 2006, N= 2.970.700		Chi2 ESP positivo/negativo
ESP POSITIVO	Muy bueno	30%	96% (N=60)	11.90%	59.85%	p<0.001*
	Bueno	66%		47.95%		
ESP NEGATIVO	Regular	4 %		30.17%	40.15%	
	Malo	0%	4% (N=12)	7.11%		
	Muy Malo	0%		2.87%

Figura 30. Cuestionario ESP en el grupo de intervención comprendido entre los 45-55 años -pre y post- y comparación con la población española de referencia.

B. PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM -NHP-

1. *SITUACIÓN PREINTERVENCIÓN*

• Como es habitual en este cuestionario -p-165- los valores tanto del índice global como de las diferentes escalas, muestran una *distribución no Gaussiana* en la prueba de Kolmogorov Smirnov; $p = 0.005$ para la puntuación global y $p < 0.001$ para todas las escalas salvo para la de sueño $p = 0.001$ y la de emociones $p = 0.003$. Figura 31.

Figura 31. Distribución "no normal" de los valores del NHP de la muestra global preintervención.

La Tabla 35 **compara la situación preintervención entre los valores del grupo de intervención y del grupo control, señalando la ausencia de diferencias estadísticamente significativas** tanto en la puntuación global como en todas las escalas salvo a la correspondiente al aislamiento social -por peor estado del grupo control- y a aquella otra de la movilidad -en este caso por mejor estado del grupo control-.

Tabla 35. Comparación antes del programa de intervención de ambos grupos -intervención y control- para los datos correspondientes al cuestionario NHP.

Edad 45-54 años	Grupo Intervención N=72		Grupo Control N=29		Test de Mann Whitney
	Media	DT	Media	DT	
Global	32.58	24.16	23.40	20.35	$p=0.05$
Energía	25.87	36.50	17.24	30.37	$p=0.25$
Dolor	32.21	30.52	22.41	28.42	$p=0.13$
Relación emocional	37.64	26.28	32.95	28.09	$p=0.43$
Sueño	44.47	35.77	40	37.42	$p=0.57$
Aislamiento social	24.71	33.76	11.72	27	$p=0.04^*$
Movilidad	26.91	24.13	13.79	16.82	$p=0.002^*$

Tabla 36. Comparación de los datos del NHP muestral con la de la población total.

Edad 45-54 años	Nuestra muestra N=72		NHP Poblacional ³⁷³ N=286		T de Student P
	Media	DT	Media	DT	
Global	30.24	23.50	16.37	17.41	p<0.001*
Energía	23.68	35.11	15.49	29.16	p=0.03*
Dolor	29.71	30.18	19.12	26.97	p<0.001*
Relación emocional	36.44	26.70	25.15	24.40	p<0.001*
Sueño	43.34	36.08	21.6	27.50	p<0.001*
Aislamiento social	21.40	32.55	6.52	15.18	p<0.001*
Movilidad	23.57	23.14	13.90	18.02	p=0.001*

- La Tabla 36 compara la situación preintervención de nuestra muestra con aquella de Barcelona que sirvió para la validación del NHP.

Las diferencias se han realizado para el subgrupo correspondiente al estrato etario del que se disponen los datos de referencia -45 a 54 años-. Hay diferencias estadísticamente significativas, con **peor estado de nuestra muestra respecto a la población total**, tanto en la puntuación global como en todas las escalas.

2. CAMBIOS PRE-POSTINTERVENCIÓN

- Las diferencias pre-postintervención del NHP se muestran en la Tabla 37.

Dada la distribución “no-normal” de sus valores, estos hallazgos se confirmaron mediante la realización de la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon.

Tabla 37. Comparación de los datos del NHP pre-postintervención en ambos grupos.

G. Intervención N=85 G. Control N=29		NHP1 Media y DT	NHP2 Media y DT	p ANOVA C2-C1	Tamaño Efecto Eta2	Wilcoxon C2-C1
Global	Intervención	32.58 (DT 2.62)	11.35 (DT 1.28)	p<0.001*	0.452	p<0.001*
	Control	23.40 (DT 3.78)	25.57 (DT 3.69)	p=0.18		p=0.19
Energía	Intervención	25.88 (DT 3.96)	25.88 (DT 3.96)	p<0.001*	0.311	p<0.001*
	Control	17.24 (DT 5.64)	17.24 (DT 5.64)	p=0.26		p=0.26
Dolor	Intervención	32.20 (DT 3.31)	15.59 (DT 2.43)	p<0.001*	0.246	p<0.001*
	Control	22.41 (DT 5.28)	19.83 (DT 5.35)	p=0.20		p=0.21
R. Emocion.	Intervención	37.64 (DT 2.85)	13.46 (DT 1.89)	p<0.001*	0.479	p<0.001*
	Control	32.95 (DT 5.22)	37.54 (DT 4.76)	p=0.13		p=0.14
Sueño	Intervención	44.47 (DT 3.88)	21.18 (DT 2.87)	p<0.001*	0.301	p<0.001*
	Control	40.00 (DT 6.95)	49.65 (DT 7.13)	p=0.04**		p=0.03**
Aisl. Social	Intervención	24.70 (DT 3.66)	1.41 (DT 0.59)	p<0.001*	0.321	p<0.001*
	Control	11.72 (DT 5.01)	13.10 (DT 5.37)	p=0.49		p=0.48
Movilidad	Intervención	26.91 (DT 2.62)	8.97 (DT 1.60)	p<0.001*	0.384	p<0.001*
	Control	13.79 (DT 3.12)	15.09 (DT 3.30)	p=0.59		p=0.59

Estadísticamente significativo por mejoría.Estadísticamente significativo, pero por empeoramiento

- El grupo de intervención muestra una mejoría significativa para el índice global y para todas las escalas $-p<0.001-$. El grupo de control no muestra cambios significativos, salvo en la escala de sueño, que sufre un empeoramiento significativo ($p=0.04$)

El tamaño del efecto global es de 45%, y en las escalas va disminuyendo progresivamente para la relación emocional -47.9% -, movilidad 38.4% , aislamiento social -32.1% -, energía -31.1% , sueño 30.1% y dolor -24.6% -. Figura 32.

Figura 32. Tamaño del efecto medido mediante el estadístico η^2 obtenido en el grupo de intervención para los distintos aspectos medidos en el Cuestionario NHP.

3. SITUACIÓN POSTINTERVENCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN

- La Tabla 38 compara la situación postintervención entre los valores del grupo de intervención y del control, señalando la existencia de **diferencias estadísticamente significativas por mejor situación del grupo de intervención**, tanto en la puntuación global $-p<0.001-$, como en las escalas de relaciones emocionales, sueño y aislamiento social. La escala de movilidad, que partía de una situación significativamente peor en el grupo de intervención, cambia igualándose al grupo control $-p=0.07-$.

- La Tabla 39 y la Figura 33 muestran la situación postintervención en queda el grupo sometido al programa educativo comparativamente respecto a la muestra de referencia de Barcelona en la que se validó el cuestionario, y ello para el estrato etario correspondiente $-45-55\text{años}-$.

Hay diferencias estadísticamente significativas, con mejor estado de nuestra muestra respecto a la población tanto en la puntuación global como en todas las escalas- $p<0.001$ -, salvo en la de dolor y sueño, que mejoran pero sin llegar a alcanzar significatividad - $p=0.08$ y $p=0.25$ -.

Tabla 38. Comparación tras el programa de intervención educativa, de ambos grupos - intervención y control- para los datos del cuestionario NHP.

Edad 45-54 años	Grupo intervención N=72		Grupo Control N=29		Test de Mann Whitney
	Media	DT	Media	DT	
Global	11.35	11.76	12.64	28.75	$p<0.001^*$
Energía	2.35	10	17.24	30.37	$p=0.07$
Dolor	15.58	22.40	19.82	28.83	$p=0.42$
Relación emocional	13.46	17.40	37.54	25.61	$p<0.001^*$
Sueño	21.17	16.43	49.65	38.40	$p=0.001^*$
Aislamiento social	1.41	5.15	13.10	28.92	$p=0.04^*$
Movilidad	8.97	14.76	15.08	17.79	$p=0.07$

Figura 33. Cambios en las puntuaciones del cuestionario NHP tras la intervención, y modificación consiguiente de su situación respecto a la referencia poblacional correspondiente. La relación entre puntuación y bienestar es inversa para este cuestionario.

Tabla 39. Comparación de los datos del NHP del grupo intervenido con la de la población total.

Edad 45-55 años	Submuestra N=50		NHP Poblacional ³⁷³ N=286		T de Student P
	Media	DT	Media	DT	
Global	9.52	9.10	16.37	17.41	p<0.001*
Energía	1.33	6.59	15.49	29.16	p<0.001*
Dolor	13.5	19.86	19.12	26.97	p=0.08
Relación emocional	12.44	18.04	25.15	24.40	p<0.001*
Sueño	16.88	22.98	21.6	27.50	p=0.25
Aislamiento social	1.20	4.80	6.52	15.18	p<0.001*
Movilidad	7	11.89	13.90	18.02	p=0.001*

C. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA HEALTH SURVEY -SF12-

1. *SITUACIÓN PREINTERVENCIÓN*

• La distribución de la muestra en su conjunto, es normal -Test de Kolmogorov Smirnov p=0.82 para el componente físico y p=0.91 para el mental- lo que se ha confirmado de forma separada para ambos grupos.

No se han encontrado diferencias significativas preintervención entre los grupos de intervención y control, tanto para los componentes globales del SF12 como para cada una de sus 8 subescalas, Tabla 40.

Tabla 40. Comparación del SF12 entre los grupos de intervención y control, previa al programa de intervención.

	Grupo de Intervención N=85		Grupo de Control N=29		T Student
	Media	DT	Media	DT	
Componente físico	45.08	8.33	47.63	11.32	p=0.25
Componente mental	42.79	6.99	44.49	8.75	p=0.34
Subescala función física	44.50	9.52	47.88	10.27	p=0.12
Subescala rol físico	47.53	7.05	50.02	8.40	p=0.12
Subescala dolor	42.81	10.12	45.14	14.76	p=0.43
Subescala salud general	39.21	8.76	40.50	11.28	p=0.58
Subescala vitalidad	48.58	7.48	49.83	9.46	p=0.52
Subescala salud mental	43.24	6.62	43.73	9.15	p=0.79
Subescala rol emocional	41.28	8.21	44.70	7.24	p=0.05
Subescala función social	42.19	8	45.42	11.24	p=0.16

• La Tabla 41 expone la situación preintervención de nuestra muestra considerada de forma global, en comparación **respecto a la población de referencia**.

Para su interpretación, hay que tener en cuenta que la escala que tiene un recorrido desde 0 -el peor estado de salud para esa dimensión- hasta 100 -el mejor estado de salud-, siendo la media correspondiente a la población de 50 y la desviación típica de 10.

Tabla 41. Comparación del SF12 entre la muestra y la población, previa a la intervención.

Edad 45-59 años	Muestra N=114		Población, 2001 N=3.671.890		T Student
	Media	DT	Media	DT	
Componente físico	45.65	9.20	50	10	p<0.001*
Componente mental	43.34	7.53	50	10	p<0.001*
Subescala función física	45.31	9.76	50	10	p<0.001*
Subescala rol físico	48.16	7.46	50	10	p=0.009*
Subescala dolor	43.41	11.45	50	10	p<0.001*
Subescala salud general	39.53	9.43	50	10	p<0.001*
Subescala vitalidad	48.89	8	50	10	p=0.14
Subescala salud mental	43.36	7.30	50	10	p<0.001*
Subescala rol emocional	42.15	8.09	50	10	p<0.001*
Subescala función social	43.02	8.99	50	10	p<0.001*

Nuestras mujeres se encuentran con peor de salud que la población general, puesto que todas las escalas se sitúan por debajo del valor 50, alcanzando significatividad estadística para los aspectos globales -físico y mental, $p<0.001$ - y todas las escalas, salvo la de vitalidad - $p=0.14$ -.

2. CAMBIOS PRE-POSTINTERVENCIÓN

- Tras el programa, en el **grupo de intervención**, tanto los componentes globales -Físico y Mental- del SF12 como las 8 subescalas, **muestran un incremento significativo de sus puntuaciones - $p<0.001$ -, que indican su mejoría**. El tamaño del efecto es mayor para los aspectos emocionales y sociales. Tabla 41 y Figura 34.

Figura 34. Tamaño del efecto de la intervención en el cuestionario SF12.

Tabla 41. Cambios pre-postintervención en las puntuaciones de cuestionario SF12.

G. Intervención N=85 G. Control N=29		SF12 Pre Media y DT	SF12 Post Media y DT	p ANOVA C2-C1	Tamaño Efecto Eta2
Componente físico	Intervención	45.08 (DT 8.33)	51.97 (DT 6.47)	p<0.001*	Eta2= 0.386
	Control	47.63 (DT 11.32)	46.60 (DT 7.86)	p=0.51	
Componente mental	Intervención	42.79 (DT 6.99)	51.99 (DT 5.95)	p<0.001*	Eta2= 0.575
	Control	44.49 (DT 8.75)	41.86 (DT 9.85)	p=0.04**	
Subescala función física	Intervención	44.50 (DT 9.52)	52.17 (DT 6.60)	p<0.001*	Eta2= 0.354
	Control	47.88 (DT 10.27)	43.73 (DT 8.15)	p=0.02**	
Subescala rol físico	Intervención	47.53 (DT 7.05)	52.19 (DT 5.65)	p<0.001*	Eta2= 0.288
	Control	50.02 (DT 8.40)	45.26 (DT 7.84)	p=0.001**	
Subescala dolor	Intervención	42.81 (DT 10.12)	53.49 (DT 6.11)	p<0.001*	Eta2=0.478
	Control	45.14 (DT 14.76)	48.30 (DT 10.67)	p=0.24	
Subescala salud general	Intervención	39.21 (DT 8.76)	47.37 (DT 8.69)	p<0.001*	Eta2=0.410
	Control	40.50 (DT 11.28)	40.43 (DT 10.86)	p=0.96	
Subescala vitalidad	Intervención	48.58 (DT 7.48)	57.58 (DT 6.21)	p<0.001*	Eta2= 0.492
	Control	49.83 (DT 9.46)	46.70 (DT 9.06)	p=0.06	
Subescala salud mental	Intervención	43.24 (DT 6.62)	52.13 (DT 6.27)	p<0.001*	Eta2= 0.565
	Control	43.73 (DT 9.15)	42.05 (DT 8.64)	p=0.21	
Subescala rol emocional	Intervención	41.28 (DT 8.21)	49.70 (DT 6.96)	p<0.001*	Eta2= 0.452
	Control	44.70 (DT 7.24)	38.72 (DT 10.39)	p=0.002**	
Subescala función social	Intervención	42.19 (DT 8)	51.82 (DT 5.95)	p<0.001*	Eta2= 0.498
	Control	45.42 (DT 11.24)	46.47 (DT 10.10)	p=0.57	

**Estadísticamente significativo, pero por empeoramiento

• Frente al comportamiento del grupo de intervención, **el grupo control no muestra cambios**, salvo en el componente global mental -p=0.04- y en las subescalas física y de rol físico que empeoran de forma significativa- p=0.02 y p<0.001 respectivamente-.

3. SITUACIÓN POSTINTERVENCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN

• La Tabla 42 valora la situación comparativa, tras el programa educativo, entre ambos grupos –intervención y control-. **El grupo sometido a la intervención educativa se muestra significativamente mejor** en los componentes globales físico y mental -p<0.001- y en todas las escalas -significación para todas p<0.001 salvo al de dolor p=0.02-.

• La Tabla 43 valora **comparativamente respecto a la población**, la situación del grupo de intervención, tras la finalización del programa.

Todas las puntuaciones, salvo la correspondiente a la subescala de salud general, puntúan mejor que la población general, alcanzándose significatividad estadística para todas ellas, salvo para la correspondiente al Rol emocional que no difiere significativamente de la población -p=0,68-. La subescala de salud general mejora de forma marcada, pero a pesar de ello queda en situación significativamente peor que la población general, p=0.01.

Tabla 42. Comparación del SF12 en los grupos de intervención y control, tras la intervención.

	Grupo de Intervención N=85		Grupo de Control N=29		T Student
	Media	DT	Media	DT	
Componente físico	51.97	6.47	46.60	7.86	p<0.001*
Componente mental	51.99	5.95	41.86	9.85	p<0.001*
Subescala función física	52.17	6.60	43.73	8.15	p<0.001*
Subescala rol físico	52.19	5.65	45.26	7.84	p<0.001*
Subescala dolor	53.49	6.11	48.31	10.67	p=0.02*
Subescala salud general	47.38	8.69	40.43	10.86	p=0.001*
Subescala vitalidad	57.58	6.21	46.71	9.06	p<0.001*
Subescala salud mental	52.13	6.27	42.05	8.64	p<0.001*
Subescala rol emocional	49.70	6.96	38.73	10.39	p<0.001*
Subescala función social	51.82	5.95	46.47	10.10	p=0.001*

Tabla 43. Comparación del SF12 entre el grupo de intervención y la población.

Edad 45-59 años	Muestra N=85		Población 2001 N=3.671.890		T Student
	Media	DT	Media	DT	
Componente físico	51.97	6.47	50	10	p=0.006*
Componente mental	51.99	5.95	50	10	p=0.002*
Subescala función física	52.17	6.60	50	10	p=0.003*
Subescala rol físico	52.18	5.65	50	10	p<0.001*
Subescala dolor	53.48	6.11	50	10	p<0.001*
Subescala salud general	47.37	8.69	50	10	p=0.01**
Subescala vitalidad	57.57	6.21	50	10	p<0.001*
Subescala salud mental	52.13	6.27	50	10	p=0.002*
Subescala rol emocional	49.69	6.96	50	10	p=0.68
Subescala función social	51.82	5.95	50	10	p=0.006*

** Diferencia desfavorable a la muestra

Figura 35. Cambios pre-postintervención en el SF12 y su relación con la puntuación poblacional.

Así pues, **las mujeres de nuestro grupo de intervención han partido de una situación peor que la población general** en el cuestionario SF12, salvo en lo que respecta a la escala de vitalidad donde se sitúan igual. **Tras el programa, las puntuaciones suben y se sitúan mejor que la población general**, salvo en la escala de salud general.

D. CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA PARA LA MENOPAUSIA “CERVANTES”

1. SITUACIÓN PREINTERVENCIÓN

- La *distribución de la muestra fue “normal”*, y ello tanto para la puntuación global como para todas las subescalas -Test de Kolmogorov Smirnov de $p=0.90$ para la puntuación global, $p=0.80$ para la escala física, $p=0.32$ para la psíquica, $p=0.124$ para la de sexualidad y $p=0.74$ para la de pareja-.

Este aspecto, se confirmó separadamente para ambos grupos - $p=0.99$ para la puntuación global del grupo de intervención y $p=0.81$ para el grupo control-.

La Tabla 44 expone **la ausencia de diferencias significativas entre las puntuaciones del cuestionario correspondientes a ambos grupos** -intervención y control-, y ello tanto para la puntuación global como la correspondiente a las distintas escalas y subdominios.

Tabla 44. Comparación entre el grupo de intervención y el grupo control en el cuestionario de Calidad de vida específico para la Menopausia.

Cuestionario Cervantes		Grupo Intervención N=85		Grupo de Control N=29		T
		Media	DT	Media	DT	Student
Puntuación global		59.95	21.12	54.32	24.75	$p=0.25$
Escala menopausia y salud	Global	29.46	11.32	28.36	13.73	$p=0.68$
	Subdominio vasomotor	6.31	4.03	5.68	4.79	$p=0.50$
	Subdominio salud	9.40	4.80	9.61	5.91	$p=0.85$
	Subdominio envejecimiento	13.76	5.66	13.07	7.01	$p=0.61$
Escala psíquica		13.77	8	10.04	8.77	$p=0.05$
Escala sexualidad		11.48	4.02	10.57	5.45	$p=0.43$
Escala pareja		7.25	3.65	5.36	4.56	$p=0.05$

- Para la **comparación de nuestra muestra con la población de referencia** española, se han tenido en cuenta de forma separada los tres estratos de edad en que se clasificó aquella durante el proceso de validación. **La situación de la muestra** -Tabla 45- corresponde, en todos los parámetros -puntuación global, escalas y subdominios- a una mayor puntuación, lo que traduce una **peor calidad de vida que la de la población de referencia**.

Así, la puntuación global para los tres estratos etarios es significativamente mayor, indicando una significativa peor situación: 45 a 49 años, $p=0.001^*$; 50-54 años, $p=0.03^*$; 55-59 años $p=0.006^*$.

Este hallazgo se repite para todas las escalas en los estratos de 45-49 y 55-59 años, a excepción del subdominio vasomotor en el estrato de 45-49 y del subdominio salud y escala psíquica en el de 55-59 años.

El grupo que se muestra más similar a la población de referencia es el de edad intermedia, entre 50-54 años, ya que aunque también puntúa más, sólo alcanza significatividad para la puntuación global $p=0.03$ - y la escala sexual $p=0.03$ -.

Tabla 45. Comparación en el cuestionario CVRS para la Menopausia de nuestra muestra con la referencia poblacional que sirvió para la validación del Cuestionario Cervantes.

Escala		Estratos de Edad	Nuestra muestra		Población		T de Student
			N	Media y DT	N	Media y DT	P
Puntuación global		45-49	36	56.94 (24.20)	555	42.10 (23.92)	p=0.001*
		50-54	36	56.09 (17.70)	645	49.11 (24.46)	p=0.03*
		55-59	42	61.58 (23.74)	595	50.73 (23.89)	p=0.006*
Escala menopausia y salud	Global	45-49	36	28.71 (11.89)	570	20.78 (13.84)	p=0.001*
		50-54	36	27.75 (10.21)	671	25.21 (13.75)	p=0.16
		55-59	42	30.70 (13.32)	644	25.10 (12.83)	p=0.01*
	Subdominio vasomotor	45-49	36	5.24 (4.53)	570	4.11 (4.56)	p=0.15
		50-54	36	6.16 (3.77)	671	5.76 (4.68)	p=0.54
		55-59	42	6.90 (4.26)	644	5.11 (4.44)	p=0.01*
	Subdominio salud	45-49	36	10.82 (4.92)	570	4.11 (4.56)	p=0.001*
		50-54	36	8.58 (4.62)	673	8.51 (5.72)	p=0.93
		55-59	42	9.23 (5.42)	646	8.02 (5.35)	p=0.16
	Subdominio envejecimiento	45-49	36	12.65 (5.95)	570	9.06 (6.44)	p=0.001*
		50-54	36	13.31 (5.36)	672	10.91 (6.48)	p=0.01*
		55-59	42	14.58 (6.55)	645	11.95 (6.44)	p=0.01*
Escala psíquica		45-49	36	14.5 (9.92)	570	9.51 (7.94)	p=0.005*
		50-54	36	10.88 (7.62)	673	10.70 (8.39)	p=0.89
		55-59	42	12.85 (7.2)	646	10.81 (8.30)	p=0.08
Escala sexualidad		45-49	36	10.34 (4.32)	570	8.06 (4.74)	p=0.004*
		50-54	36	11.03 (4.25)	664	9.37 (5.13)	p=0.02*
		55-59	42	12.16 (4.67)	634	10.54 (5)	p=0.001*
Escala pareja		45-49	34	6.71 (4.55)	555	3.54 (3.71)	p<0.001*
		50-54	33	6.72 (3.07)	648	3.71 (3.95)	p<0.001*
		55-59	41	6.84 (4.26)	598	3.91 (4.17)	p<0.001*

2. CAMBIOS PRE-POSTINTERVENCIÓN

- Las diferencias pre-postintervención en la puntuación del Cuestionario Cervantes, se muestran en la Tabla 46.

El grupo de intervención muestra una mejoría significativa $p<0.001$ - tanto para el índice global como para todas las escalas, así como para todos los subdominios de la escala de menopausia y salud. El grupo de control no muestra cambios estadísticamente significativos, salvo en la escala de sexualidad, que sufre un empeoramiento $p=0.005$ -.

• El tamaño del efecto global es de 41.2%, y en las escalas va disminuyendo progresivamente desde la psíquica -47.1%-, pareja -39.4%-, menopausia y salud -25.2%- hasta la de sexualidad -16.4%-. En la escala física de menopausia salud, el menor tamaño del efecto lo presenta la semiología vasomotora. Figura 36.

Tabla 46. Diferencias pre-postintervención para el cuestionario Cervantes de la Menopausia.

G. Intervención N=85 (N Pareja= 81) G. Control N=29 (N Pareja=27)			Cervantes 1 Media y DT	Cervantes 2 Media y DT	p ANOVA C2-C1	Tamaño Efecto Eta2
Puntuación global		Intervención Control	59.95 (DT 21.12) 54.32 (DT 24.75)	41.65 (DT 16.79) 61.68 (DT 19.03)	p<0.001* p=0.13	0.412
Escala menopausia y salud	Global	Intervención Control	29.46 (DT 11.32) 28.36 (DT 13.73)	22.28 (11.93) 31.93 (DT 11.57)	p<0.001* p=0.21	0.252
	Subdominio vasomotor	Intervención Control	6.31 (DT 4.02) 5.68 (DT 4.79)	4.95 (DT 3.98) 5.29 (DT 2.89)	p=0.001* p=0.64	0.128
	Subdominio salud	Intervención Control	9.40 (DT 4.80) 9.61 (DT 5.91)	6.53 (DT 4.43) 10.89 (DT 5.55)	p<0.001* p=0.30	0.231
	Subdominio envejecimiento	Intervención Control	13.76 (DT 6.66) 13.07 (DT 7.01)	10.81 (DT6.05) 15.75 (DT5.69)	p<0.001* p=0.07	0.193
Escala psíquica		Intervención Control	13.77 (DT 8) 10.04 (DT 8.77)	5.56 (DT 5.27) 10.18 (DT 4.43)	p<0.001* p=0.92	0.471
Escala sexualidad		Intervención Control	11.42 (DT 4.01) 10.57 (DT 5.45)	9.64 (DT 3.70) 13.50 (DT 4.10)	p<0.001* p=0.005**	0.164
Escala pareja		Intervención Control	7.15 (DT 3.57) 5.36 (DT 4.57)	4 (DT 3.46) 6.07 (DT 3.23)	p<0.001* p=0.40	0.394

** Significativo, si bien por empeoramiento de la situación.

Figura 36. Tamaño del efecto de la intervención para las distintas escalas del cuestionario Cervantes de la Menopausia.

3. SITUACIÓN POSTINTERVENCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN

- La Tabla 47 expresa los aspectos comparativos entre ambos grupos – intervención y control- en el cuestionario cervantes, en el cuestionario postintervención.

El grupo de intervención se encuentra mejor significativamente mejor, tanto en la puntuación global $-p<0.001$ - como en todas las escalas $-p<0.001$ salvo en la de pareja $p=0.02$ -.

Dentro de la escala de menopausia y salud, la mejoría se produce a expensas del subdominio salud y envejecimiento, más que en la sintomatología vasomotora, en que a pesar de mejorar la puntuación, no alcanza significatividad estadística $-p=0.64$ -.

Tabla 47. Comparación entre el grupo de intervención y el de control en el cuestionario de Calidad de vida específico para la Menopausia.

Cuestionario Cervantes		Grupo Intervención N=85		Grupo de Control N=29		T
		Media	DT	Media	DT	Student
Puntuación global		41.65	16.79	61.68	19.03	$p<0.001^*$
Escala menopausia y salud	Global	6.53	4.43	10.89	5.55	$p<0.001^*$
	Subdominio vasomotor	4.95	3.98	5.29	2.89	$p=0.64$
	Subdominio salud	9.40	4.80	9.61	5.91	$p<0.001^*$
	Subdominio envejecimiento	10.81	6.05	15.75	5.69	$p<0.001^*$
Escala psíquica		5.56	5.27	10.18	4.43	$p<0.001^*$
Escala sexualidad		9.84	3.76	13.50	4.10	$p<0.001^*$
Escala pareja		4.22	3.63	6.07	3.23	$p=0.02^*$

- La Tabla 48 expresa la situación pre y postintervención del grupo de mujeres sometidas al programa educativo, **respecto a la población de referencia** para la puntuación global del cuestionario de calidad de vida “Cervantes”.

Tabla 48. Comparación entre la puntuación global del Cuestionario cervantes pre y postintervención y la población de referencia.

Escala Cervantes. Estratos Etarios		Estratos	G. Intervención		Población		T de Student
Puntuación Global		Edad	N	Media y DT	N	Media y DT	P
Grupo de Intervención	Preintervención	45-49	26	61.39(24.82)	555	42.10 (23.92)	$p<0.001^*$
	Postintervención			44.61 (16.58)		42.10 (23.92)	$p=0.46$
	Preintervención	50-54	24	57.60 (15.16)	645	49.11 (24.46)	$p=0.02^*$
	Postintervención			36.40 (11.11)		49.11 (24.46)	$p<0.001^{**}$
Grupo control	Preintervención	55-59	35	60.35 (23.74)	595	50.73 (23.89)	$p=0.02^*$
	Postintervención			42.74 (19.26)		50.73 (23.89)	$p=0.05$
	Preintervención	45-49	10	46.70 (20.23)	555	42.10 (23.92)	$p=0.54$
	Postintervención			63 (15.08)		42.10 (23.92)	$p=0.006^*$
Grupo control	Preintervención	50-54	12	53.58 (21.80)	645	49.11 (24.46)	$p=0.53$
	Postintervención			60.08 (20.36)		49.11 (24.46)	$p=0.12$
	Preintervención	55-59	7	68.50 (34.17)	595	50.73 (23.89)	$p=0.05$
	Postintervención			62.67 (24.96)		50.73 (23.89)	$p=0.18$

* Por mejor estado de la población **Por mejor estado del grupo intervenido

En el grupo de intervención, **partiendo de una situación peor que la población de referencia**, significativa para todos los estratos de edad - $p<0.001$ estrato 45-49; $p=0.02$ para los estratos 50-54 y 55-59 años- se produce una mejoría en la puntuación global que **lleva a una situación en que ésta no difiere de la correspondiente a la población de referencia, y que incluso la mejora** para el estrato de 50-54 años - $p<0.001$ -.

En el grupo de control la situación de entrada también es peor en el inicio, y se mantiene en esta situación, e incluso empeora significativamente en el estrato etario medio.

La Figura 37 expresa gráficamente la situación pre y postintervención del grupo de mujeres sometidas al programa educativo, respecto a la población de referencia para la puntuación global del cuestionario de calidad de vida “Cervantes”.

Figura 37. Cambios pre postintervención del cuestionario Cervantes y relación con la población de referencia, para los tres estratos de edad. La relación entre puntuación y bienestar es inversa para este cuestionario.

Cuando se estudian las distintas escalas del cuestionario, para el grupo de intervención –Tabla 49- se muestra el mismo comportamiento, mejorando la puntuación y encontrándose incluso significativamente mejor que la población de referencia para algunos grupos etarios de escalas de salud, sexualidad, y psiquismo.

Tabla 49. Comparación entre la puntuación postintervención del Cuestionario Cervantes y la población de referencia, para los tres estratos de edad.

Escala		Estratos de Edad	Grupo de Intervenc.		Población		T de Student
			N	Media y DT	N	Media y DT	P
Menopausia y salud	Global	45-49	26	22.67 (11.18)	570	20.78 (13.84)	p=0.41
		50-54	24	21.25 (10.51)	671	25.21 (13.75)	p=0.08
		55-59	35	22.62 (13.44)	644	25.10 (12.83)	p=0.29
	Subdominio Vasomotor	45-49	26	4.17 (3.88)	570	4.11 (4.56)	p=0.93
		50-54	24	5.3 (3.51)	671	5.76 (4.68)	p=0.54
		55-59	35	5.29 (4.32)	644	5.11 (4.44)	p=0.81
	Subdominio Salud	45-49	26	7.08 (4.07)	570	4.11 (4.56)	p=0.001*
		50-54	24	5.85 (3.81)	673	8.01 (5.72)	p=0.01*
		55-59	35	6.53 (5.03)	646	8.02 (5.35)	p=0.30
	Subdominio Envejecimiento	45-49	26	11.42 (5.95)	570	9.06 (6.44)	p=0.12
		50-54	24	10.10 (5.86)	672	10.91 (6.48)	p=0.51
		55-59	35	10.79 (6.36)	645	11.95 (6.44)	p=0.30
Escala psíquica		45-49	26	7 (6.20)	570	9.51 (7.94)	p=0.05
		50-54	24	4.60 (4)	673	10.70 (8.39)	p<0.001*
		55-59	35	5.12 (5.14)	646	10.81 (8.30)	p<0.001*
Escala sexualidad		45-49	26	11.05 (3.83)	570	8.06 (4.74)	p<0.001*
		50-54	24	11.35 (3.73)	664	9.37 (5.13)	p=0.01*
		55-59	35	11.71 (4.40)	634	10.54 (5)	p=0.13
Escala pareja		45-49	25	4.78 (2.92)	555	3.54 (3.71)	p=0.05
		50-54	23	2.96 (2.77)	648	3.71 (3.95)	p=0.22
		55-59	32	4.22 (4.13)	598	3.91 (4.17)	p=0.68

*Por mejor estado de la muestra

II. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE OTROS INSTRUMENTOS: AUTOESTIMA, PAREJA, APOYO FAMILIAR, APOYO SOCIAL Y LOCUS DE CONTROL DE SALUD

A. CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA DE HEATHERTON Y POLIVY –SSES–

1. SITUACIÓN PREINTERVENCIÓN

- La distribución de los valores preintervención del índice global SSES y de sus tres escalas -social, apariencia y actuación- corresponden a una *distribución normal*; la p respectiva en el Test de Kolmogorov Smirnov es de 0.45, 0.50, 0.05 y 0.50–.

La Tabla 50 señala la **ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y el control.**

- Carecemos de datos poblacionales que permitan hacer una valoración comparativa del estado de autoestima de nuestra muestra respecto a aquella.

Tabla 50. Comparación antes de la fase de intervención de la puntuación en el cuestionario de Autoestima SSES, entre el grupo de intervención y el grupo control.

SSES	Grupo de Intervención N=85 Media y DT	Grupo Control N=29 Media y DT	T Student
Puntuación global	68.21 (8.94)	68.38 (9.79)	p=0.94
Escala de actuación	24.87 (4.18)	25.83 (3.73)	p=0.22
Escala social	25.04 (4.62)	25.41 (4.98)	p=0.71
Escala de apariencia	18,41 (3.15)	19,28 (3.60)	p=0.25

2. CAMBIOS PRE-POSTINTERVENCIÓN

- La Tabla 51 expresa los cambios tras el programa.

El grupo de intervención sufre cambios significativos con mejoría en la puntuación global y en todas las escalas - $p<0.001$ -. El grupo control no sufre cambios en la escala social - $p=0.24$ - y empeora significativamente en la puntuación global y en la escala de actuación y apariencia - $p=0.04$, $p=0.002$ y $p=0.03$ respectivamente-.

Tabla 51. Comparación pre-postintervención para el cuestionario de Autoestima SSES.

SSES Intervención N=85 SSES Control N=29		Preintervención Media y DT	Postintervención Media y DT	T Student	Eta2
Puntuación global	Grupo de intervención	68.21 (8.94)	82.13 (7.87)	$p<0.001^*$	0.599
	Grupo Control	68.38 (9.79)	64.41 (13.95)	$p=0.04^{**}$	
Escala de actuación	Grupo de intervención	24.87 (4.18)	29.36 (2.64)	$p<0.001^*$	0.515
	Grupo Control	25.83 (3.73)	23.10 (5.01)	$p=0.002^{**}$	
Escala social	Grupo de intervención	25.04 (4.62)	30.46 (3.44)	$p<0.001^*$	0.493
	Grupo Control	25.41 (4.98)	24.38 (6.25)	$p=0.24$	
Escala de apariencia	Grupo de intervención	18,41 (3.14)	22.29 (2.96)	$p<0.001^*$	0.276
	Grupo Control	19.28 (3.59)	16.93 (4.01)	$p=0.03^{**}$	

* Mejoría postintervención **Empeoramiento postintervención

Figura 38. Tamaño del efecto de la intervención para la puntuación global y escalas del SSES.

En el grupo de intervención, *el tamaño del efecto es alto para la valoración global y las escalas de actuación y social, reduciéndose en la correspondiente a la apariencia* -Figura 38-.

3. SITUACIÓN POSTINTERVENCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN

- Tras ser sometido al programa, **el grupo de intervención se encuentra con mejor estado de autoestima que el grupo control, tanto en la puntuación global como en todas las escalas**, Tabla 52.

- Carecemos de datos poblacionales que nos permitan hacer una valoración comparativa del estado de autoestima del grupo de intervención, respecto a aquella.

Tabla 52. Comparación de ambos grupos, intervención y control, tras la ejecución del programa educativo, respecto al cuestionario SSES.

SSES Postintervención	Grupo de Intervención N=85 Media y DT	Grupo Control N=29 Media y DT	T Student
Puntuación global	82.14 (7.82)	64.11 (13.95)	p<0.001*
Escala de actuación	29.36 (2.64)	23.10 (5.01)	p<0.001*
Escala social	30.48 (3.42)	24.38 (6.25)	p<0.001*
Escala de apariencia	22.29 (2.95)	16.93 (4.01)	p<0.001*

B. APGAR FAMILIAR

1. SITUACIÓN PREINTERVENCIÓN

- El histograma del Test de Apgar Familiar nos muestra valores con una *distribución que sigue la normal* –Test de Kolmogorov Smirnov p<0.001, -Figura 39-.

Figura 39. Distribución de frecuencias de los valores del Apgar Familiar en la preintervención.

En la Tabla 53 se observa la **ausencia de diferencias significativas** en las puntuaciones obtenidas, **entre el grupo de intervención y el control** - $p=0.13$ -.

Tabla 53. Comparación previa a la intervención en el test de Apgar Familiar.

Apgar Familiar	Grupo de Intervención N=85 Media y DT	Grupo de Control N=29 Media y DT	Significatividad
Apgar familiar	7.47 (2.30)	8.21 (2.23)	T Student $p=0.13$

- Como no existen **datos referentes a la población general**, la situación preintervención se ha comparado con la de la población en la que se validó el cuestionario -Tabla 54-.

Las mujeres captadas presentan peor función familiar - $p=0.002$ - y **mayor porcentaje de familias disfuncionantes** -28.1% frente a 16%- a la población. *Esta situación no difiere de aquella encontrada en personas que utilizan con frecuencia los servicios sanitarios, $p=0.97$.*

Tabla 54. Puntuaciones del Test de Apgar Familiar en nuestra muestra antes de la intervención y comparación con los datos correspondientes a la población en que se validó el cuestionario.

Estudio		Bellón, 1995 Y 1999 ³⁷⁷ N=656	Nuestra muestra N=114	P	
				T Student	Chi ²
Edad y Sexo		Ambos sexos. ¾ mujeres. Edad: Media 50, DE: 18.9	Mujeres Edad Media 52.5, DE: 4.03	$p=0.002^*$	
Puntuación		Media: 8.44. DT: 2.38	Media 7.66. DT: 2.30	$p=0.004^*$	
% Disfuncionantes		16%	28.1%		$p=0.002^*$
Servicios sanitarios	Normoutilizadores	Puntuación 8.9 (8.7-9.1) Disfuncionantes: 10%	Media 8.19. DT: 1.88	$p<0.001$	$p<0.001$
	Hiperutilizadores	Puntuación 8.1 (7.8-8.4) Disfuncionantes: 26.8%	Media 8.19. DT: 1.88	$p=0.61$	$p=0.97$

2. CAMBIOS PRE-POSTINTERVENCIÓN

- Tras el programa educativo, el test de Apgar Familiar del **grupo de intervención indica una mejoría muy significativa** - $p<0.001$ -, con un tamaño de efecto medido por el estadístico η^2 del 18.1%.

En el grupo control no se obtienen diferencias estadísticamente significativas - $p=0.84$ -.Tabla 55.

Tabla 55. Cambios pre-postintervención en el cuestionario del Apgar Familiar.

Apgar Familiar	Apgar Pre Media y DT	Apgar Post Media y DT	p ANOVA	Tamaño efecto	Prueba de Wilcoxon
Grupo Intervención, N=85	7.47 (2.30)	8.34 (1.94)	$p<0.001$	$p=0.181$	$p<0.001$
Grupo Control N=29	8.21 (2.26)	8.52 (1.99)	$p=0.49$		$p=0.84$

- Al analizar el comportamiento de los estratos en el grupo donde se ha realizado la intervención, se observa que **la efectividad corresponde al grupo de mujeres que pertenecen a las familias disfuncionantes**, en las que el tamaño del efecto corresponde a un η^2 de un 53.7% -Tabla 56 y Figura 40-.

Tabla 56. Efectividad para cada uno de los dos estratos del cuestionario del A. Familiar

Estratos apoyo social	N	Preintervención Media DT	Postintervención Media DT	P ANOVA Pre-post	Tamaño Efecto
Familias Normofuncionantes	56	8.75 1.01	8.98 1.14	p=0.15	
Familias Disfuncionantes	29	4.58 1.70	6.88 2.55	p<0.001	p=0.537

Figura 40. Tamaño del efecto en los dos estratos del test de Apgar Familiar.

3. SITUACIÓN POSTINTERVENCIÓN EN EL GRUPO DE INTERVENCIÓN

- Tras la intervención, **las familias disfuncionantes se reducen de un 34.1% a un 13.2%** -Tabla 57 y Figura 41-. *Los cambios en los estratos resultan estadísticamente significativos, $\chi^2 p<0.001$.*

Tabla 57. Puntuaciones del Test de Apgar Familiar en nuestra muestra tras la intervención y datos comparativos con los estudios de validación del test.

Estudio		Bellón, 1995 Y 1999 ³⁷⁷ N=656	Muestra intervenida N=85	P	
				T Student	Chi ²
Edad y Sexo		Ambos sexos. ¾ mujeres. Edad: Media 50, DE: 18.9	Mujeres Edad Media 52.92, DT: 3.99	p<0.001*	
Puntuación		Media: 8.44. DE: 2.38	Media 8.39. DT: 1.95	p=0.82	
% Disfuncionantes		16%	13.2%		p=0.52
Servicios sanitarios	Normoutilizadores	Puntuación 8.9 (8.7-9.1) Disfuncionantes: 10%	Media 8.39. DT: 1.95	p=0.02*	p=0.40
	Hiperutilizadores	Puntuación 8.1 (7.8-8.4) Disfuncionantes: 26.8%	Media 8.39. DT: 1.95	p=0.17	p=0.002*

- Partiendo de una posición peor inicial, **el grupo de intervención presenta una situación familiar postintervención que no difiere a aquella de la población** en la que se validó el test, $p=0.82$.

C. CUESTINARIO DE APOYO SOCIAL DE DUKE UNK –DUFSS–

1. SITUACIÓN PREINTERVENCIÓN

- La distribución de frecuencias antes de la intervención muestra una *distribución normal* de la muestra captada para el índice global del cuestionario, Test de Kolmogorov Smirnov $p=0.06$. La misma distribución se presenta por separado para el apoyo confidencial, $p=0.06$ y el apoyo afectivo, $p=0.21$.

La Tabla 58 señala la **ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos, intervención y control**, tanto para la puntuación global como para ambas escalas del cuestionario DUKE UNK.

Tabla 58. Comparación entre el apoyo social del grupo de intervención y el grupo control.

Apoyo Social	Grupo de Intervención N=85. Media y DT	Grupo de Control N=29. Media y DT	T Student
Global	35.67 (9.01)	37.79 (9.79)	$p=0.29$
Apoyo Confidencial	20.27 (5.31)	21.45 (6)	$p=0.32$
Apoyo Afectivo	15.40 (4.24)	16.34 (4.36)	$p=0.31$

Tabla 59. Apoyo social de nuestra muestra previa a la intervención, y comparación con el encontrado en otras circunstancias por Bellón, 1996.

Porcentaje de apoyo social bajo en diversas circunstancias N= 656 ³⁷⁵		Muestra N=114	P Chi ²
Mujeres en la población general	16.5%	Apoyo Social bajo: 29.8%	$p=0.001^*$
Personas que viven solos	18.4%		$p=0.007^*$
Edad >40 años	19%		$p=0.01^*$
≥ 10 procesos crónicos	22.8%		$p=0.13$
Viudos/Separados/ Divorciados	23%		$p=0.14$
Hiperutilizadores de los recursos sanitarios	23.4%		$p=0.17$
Disfunción familiar en el test de Apgar	52.4%		$p<0.001^{**}$

**Por mejor apoyo social de nuestra muestra

- En la Tabla 59 se compara el apoyo social de nuestras mujeres con el obtenido en diversas circunstancias³⁷⁶.

Un 29.8% de nuestra muestra presenta un “apoyo social bajo”, que ha sido definido como una puntuación ≤ 32 , que corresponde al percentil 15³⁷⁶.

Nuestra muestra presenta peor apoyo social al correspondiente el sexo femenino en la población general $-p=0.001-$ o incluso para el grupo de personas que viven solas $-p=0.007-$.

Su situación es similar al de algunas circunstancias asociadas a bajo apoyo social, como la existencia de pluripatología - $p=0.13$ -, el excesivo uso del sistema sanitario - $p=0.17$ - o la pérdida de la pareja - $p=0.14$ -. A pesar de ello, es claramente mejor al encontrado en las situaciones de disfunción familiar - $p<0.001$ -.

2. CAMBIOS PRE-POSTINTERVENCIÓN

- **El apoyo social del grupo intervenido** medido, tanto de forma global así como en las escalas correspondientes a los componentes de apoyo confidencial y afectivo, **muestra una significativa mejoría tras la intervención** - $p<0.001$ -. Tabla 60.

El grupo control muestra de forma simultánea y para los mismos parámetros, *un peor apoyo social*; $p<0.001$ para la puntuación global, $p=0.001$ para el apoyo confidencial y $p=0.007$ para el apoyo afectivo. Tabla 60.

Tabla 60. Cambios pre-postintervención en el grupo de intervención y el grupo control.

Grupo Intervención, N=85 Grupo Control N=29	DUKE Pre Media-DT	DUKE Post Media DT	p ANOVA C2-C1	Tamaño efecto
Global	Grupo Intervención 35.67 (9.01) Grupo 37.79 (9.69)	41.82 (8.93) 34.14 (9.53)	$p<0.001^*$ $p<0.001^{**}$	Eta2=0.248
Apoyo Confidencial	Grupo Intervención 20.27 (5.31) Grupo Control 21.45 (6)	23.49 (5.06) 19.24 (5.68)	$p<0.001^*$ $p=0.001^{**}$	Eta 2 $p=0.213$
Apoyo Afectivo	Grupo Intervención 15.40 (4.23) Grupo Control 16.34 (4.36)	18.33 (4.29) 14.90 (4.21)	$p<0.001^*$ $p=0.007^{**}$	Eta2=0.252

** Por empeoramiento

- La Figura 41 refleja que **para el grupo de intervención, el porcentaje de mujeres con apoyo social bajo se reduce de un 34.1% a un 15.3%.**

Figura 41. Cambios porcentuales pre-postintervención en los estratos del apoyo social.

De las 29 mujeres que presentaban apoyo social bajo inicial solo persisten en él 9 mujeres -31%- mientras que 20 -69%- cambian al estrato de apoyo social normal. De las 56 mujeres que presentaban apoyo social normal, persisten en este estrato un total de 52 -92.9%-.

La Tabla 61 recoge para el grupo de intervención, los cambios habidos para los dos estratos sociales del cuestionario. *El tamaño del efecto se centra en las mujeres que al inicio presentan un bajo apoyo social* –Figura 42-.

Tabla 61. Cambios tras la intervención, en los estratos correspondientes al apoyo social en el grupo de intervención.

Cuestionario DUFSS. Estratos apoyo social al inicio Apoyo Normal N=56, Bajo N=29		Preintervención Media DT		Postintervención Media DT		ANOVA Pre-post	Tamaño Efecto
Duke UNK Global	Apoyo normal	41.04	5.55	43.38	7.68	p=0.03*	Eta2=0.083
	Apoyo bajo	25.31	3.82	38.83	10.46	p<0.001*	Eta2=0.571
Apoyo Confidencial	Apoyo normal	23.25	3.42	24.39	4.42	p=0.05	Eta2=0.507
	Apoyo bajo	14.52	3.08	21.76	5.76	p<0.001*	
Apoyo Afectivo	Apoyo normal	17.97	2.76	18.98	3.61	p=0.03*	Eta2=0.082
	Apoyo bajo	10.79	2.37	17.07	5.20	p<0.001*	Eta2=0.595

Figura 42. Tamaño del efecto en el cuestionario de DUKE para los dos estratos del apoyo social.

3. SITUACIÓN POSTINTERVENCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN

- Tras la mejoría ligada a la intervención educativa, el 15.3% de las mujeres del grupo de intervención presentan bajo apoyo social, **tasa similar al de las mujeres de la población general** -16.5%-, p=0.78.

El grupo control presenta una tasa de apoyo social bajo similar al del inicio del programa, 27.6%

D. LOCUS DE CONTROL DE SALUD –HCL–.

1. DATOS PREINTERVENCIÓN

- El histograma de frecuencias muestra que la distribución de los valores de la variable HCL en la muestra captada *difiere significativamente de la distribución normal*, Test de Kolmogorov Smirnov $p < 0.001$.

La Tabla 62 expresa la **ausencia de diferencias significativas de puntuación respecto al HCL entre el grupo de intervención y control**, $p = 0.99$.

Tabla 62. Puntuaciones del Test HCL en ambos grupos de nuestra muestra.

	Grupo de Intervención N=85. Media y DT	Grupo de Control N=29. Media y DT	T Student
Locus de Control de Salud	11.07 (1.92)	11.07 (3.56)	$p = 0.99$

- No se disponen de **datos correspondientes a la población** española, por lo que los aspectos comparativos que hemos podido establecer se refieren a la muestra en la que se validó el cuestionario HCL.

A este respecto, y respecto a ella, tal y como señala la Tabla 63 **nuestra muestra presenta un Locus de Control más externo**, y ello, *no sólo respecto al subgrupo de pacientes normofrecuentadores sino también respecto a aquellos hiperfrecuentadores de los servicios sanitarios*.

En todo caso, esta interpretación debe realizarse con cierta reserva, ya que la distribución etaria y por sexos en ambas muestras, es distinta.

Tabla 63. Locus de Control de nuestra muestra antes de la intervención y comparación con los datos de muestra en la que se validó el cuestionario.

	Nuestra muestra	Bellón, 1999 ³⁷⁸	T de Student
Características	N=114 Mujeres Edad Media 52.5, DT: 4.03	N=656 Ambos sexos. ¾ mujeres. Edad: Media 50, DT: 18.9	$p = 0.002^*$
Locus de Control de Salud	Media: 11.47, DT: 2.44	Normoutilizadores de servicios sanitarios 12.8 (12.6-12.9) Hiperutilizadores de servicios sanitarios 12.5 (12.2-12.8)	$p < 0.001^*$ $p < 0.001^*$

2. CAMBIOS PRE-POSTINTERVENCIÓN

- Tras la intervención la muestra sometida al programa** educativo presenta una puntuación significativamente mayor $-p = 0.001-$, lo que indica un **HCL más**

interno, alcanzando un tamaño de efecto que medido por el estadístico η^2 es del 3.7% –Tabla 64–.

El grupo control no difiere de forma significativa, $p=0.63$.

Tabla 64. Cambios en el locus de control de salud –HCL–, pre-post intervención.

Locus de control de salud HCL	HCL pre Media-DT	HCL post Media DT	p ANOVA	Tamaño efecto	Prueba de Wilcoxon
Grupo Intervención, N=85	11.07 (1.93)	12.64 (1.67)	<0.001	0.317	$p<0.001$
Grupo Control N=29	11.07 (3.58)	11.28 (3.39)	0.59		$p=0.63$

3. SITUACIÓN POSTINTERVENCIÓN

- Tras ser sometido al programa el grupo de intervención mejora su HCL. Cuando se compara con los datos muestrales correspondientes a la validación del cuestionario HCL, **no se encuentran diferencias significativas** $-p=0.38$ y $p=0.44$ - **para los normo e hiperfrecuentadores, respectivamente**, -Tabla 65-.

En todo caso, y tal y como se ha comentado previamente, esta interpretación debe realizarse con reserva, ya que la distribución etaria y por sexos en ambas muestras, no es idéntica

Tabla 65. Locus de Control del grupo de intervención de muestra tras el programa y comparación con los datos de la población en la que se validó el cuestionario.

	Grupo intervención tras programa	Bellón, 1999 ³⁷⁸	T de Student
Características	N=85 Mujeres Edad Media 52.92, DE: 3.99	N=656 Ambos sexos. ¾ mujeres. Edad: Media 50, DE: 18.9	<0.001*
Locus de Control de Salud	Media:12.64, DE: 1.68	Normoutilizadores de servicios sanitarios 12.8 (12.6-12.9) Hiperutilizadores de servicios sanitarios 12.5 (12.2-12.8)	0.38 0.44

III. RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE LAS USUARIAS

- La valoración más subjetiva de la intervención, que corresponde a la opinión que las mujeres tienen del programa, se ha realizado mediante la cumplimentación de un cuestionario específico **-Cuestionario de satisfacción del cliente, CSQ-**, que se llevó a cabo en el grupo de intervención al finalizar la última sesión del programa.

- Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 66 y en la Figura 43. **Las mujeres realizan una altísima valoración del programa, señalando sin ningún género de duda que valoran el servicio recibido, que éste les ha mejorado su capacidad de resolver problemas, que regresarían al mismo y que lo recomendarían a sus amistades.**

Tabla 66. Resultados del CSQ en la muestra sometida al programa de intervención.

CSQ. N=85 Muy positiva 4 a muy negativa 1	Óptimo %	Media (DT)	Regular %	Malo %	T Student
Valoración del servicio recibido	78.8	3.78 (0.45)	1.2	0	p=0.71
Ha obtenido el servicio que ella deseaba	51.8	3.51 (0.52)	1.2	0	p=1
Nuestro programa ha hecho frente a sus necesidades	42.4	3.42 (0.50)	0	0	p=0.15
Recomendaría nuestro programa a sus amistades	85.9	3.86 (0.35)	0	0	p=0.03*
Satisfacción con la ayuda recibida	71.8	3.72 (0.45)	0	0	p=0.21
Mejoría en la capacidad de resolver sus problemas	65.9	3.66 (0.48)	0	0	p=0.17
Satisfacción global con el servicio recibido	77.6	3.78 (0.42)	0	0	p=0.04*
Regresaría a nuestro programa	80	3.80 (0.40)	0	0	p=0.41
Puntuación media global		3.69 (DT 0.29)

Figura 43. Representación grafica de la valoración de las usuarias del CSQ.

IV. 3. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Para la valoración de los datos que han sido reseñados en el capítulo anterior-p.369-, seguimos los siguientes apartados:

- **Analizar la situación de la muestra previa a la intervención**, con aspectos comparativos específicos respecto a la población de referencia.
- **Analizar los cambios pre-postintervención**, tanto en el grupo de intervención sometido al programa educativo como en el grupo control.

Se incluye una doble perspectiva:

- *Cambios globales* en la CVRS.
- *Cambios específicos* desde la perspectiva biológica y psicosocial.

- **Analizar la situación –tras el programa educativo- del grupo de intervención**, con aspectos comparativos específicos respecto a la población de referencia.

- **Análisis de la valoración realizada por las usuarias.**
- **Aproximación al tamaño del efecto de la intervención.** Se incluye una doble perspectiva:
 - *Aproximación cualitativa.*
 - *Aproximación cuantitativa.*
- **Estudio de los factores presentes en la muestra al inicio, que condicionan la efectividad de la intervención.**

I. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA MUESTRA PREVIA A LA INTERVENCIÓN

A. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

- Podemos decir de forma sintética que **la situación global de la calidad de vida relacionada con la salud –CVRS- en el momento de la preintervención de nuestra muestra, es peor que la correspondiente a la población general de referencia.**

Y ello es así, porque de forma sistemática las puntuaciones indican peor estado y porque se alcanza una alta significatividad estadística en las puntuaciones globales de dos de los tres cuestionarios genéricos -NHP y SF12, p.377 y p.381- mientras que en el tercero -el ESP- la situación de la muestra también es peor, aunque no se alcance la significatividad estadística, p. 372.

También el cuestionario Cervantes, específico para la valoración de la CVRS en la menopausia, muestra significatividad estadística con peor CVRS en la puntuación global para los tres grupos etarios, p.385.

Tabla 67. Comparación entre la muestra global y la población antes de la intervención de los cuestionarios que miden la CVRS.

Aspectos Medidos	Instrumentos Utilizados	Diferencias muestra/ población
Cuestionario genérico de calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)	Estado de Salud Percibido (ESP) Perfil de Salud de Nottingham (NHP) SF12	p=0.18 p<0.001* p<0.001* (componente físico y comp. mental)
Cuestionario específico de CVRS para la menopausia	Cuestionario Cervantes	Estrato de edad 45-49 años: p=0.001* Estrato de edad 50-54 años: p=0.03* Estrato de edad 55-59 años: p=0.006*

- Por otra parte, la idea previa de carácter global, se consolida cuando se definen los distintos componentes de la CVRS, tal y como se expresa en los apartados siguientes, relativos a los componentes biológicos -apartado B- y psicosociales -apartado C- de la CVRS.

Tabla 68. Comparación entre la muestra global y la población antes de la intervención en los aspectos biológicos de los cuestionarios evaluados.

Cuestionario	Escala y Dominio	Diferencias muestra/ población
NHP	Energía	p=0.03*
	Dolor	p<0.001*
	Movilidad	p=0.001*
SF12	Componente físico	p<0.001*
	Subescala función física	p<0.001*
	Subescala rol físico	p=0.009*
	Subescala dolor	p<0.001*
	Subescala salud general	p<0.001*
	Subescala vitalidad	p=0.14
Cuestionario Cervantes de CVRS en Menopausia	Escala Menopausia y Salud. Subescala Global	Estrato de edad 45-49 años p=0.001* Estrato de edad 50-54 años: p=0.16 Estrato de edad 55-59 años p=0.01*
	Escala Menopausia y Salud. Subescala Vasomotora	Estrato de edad 45-49 años p=0.15 Estrato de edad 50-54 años p=0.54 Estrato de edad 55-59 años p=0.01*
	Escala Menopausia y Salud. Subescala Salud	Estrato de edad 45-49 años p=0.001* Estrato de edad 50-54 años p=0.93 Estrato de edad 55-59 años p=0.16
	Escala Menopausia y Salud. Subescala de Envejecimiento	Estrato de edad 45-49 años p=0.001* Estrato de edad 50-54 años p=0.01* Estrato de edad 55-59 años p=0.01*

B. SITUACIÓN ESPECÍFICA DE LOS COMPONENTES BIOLÓGICOS DE LA CVRS PREVIA A LA INTERVENCIÓN

Desde una perspectiva biológica, la muestra se encuentra peor que la población de referencia, en casi todos los componentes analizados: escala de energía, dolor y movilidad del NPH, p.377; componente físico global, salud general, subescala de dolor, función física y rol físico del SF12, p.381; escala de salud física y envejecimiento del Cuestionario Cervantes, p.385.

Un aspecto a tener en cuenta, es que la separación por estratos para la comparación con la población en el cuestionario cervantes, conlleva una reducción del tamaño muestral que dificulta que se alcancen diferencias significativas en las puntuaciones, que por otra parte se muestran sistemáticamente peores a las de la población.

C. SITUACIÓN ESPECÍFICA DE LOS COMPONENTES PSICOSOCIALES DE LA CVRS PREVIA A LA INTERVENCIÓN

La perspectiva psicosocial insiste en esta visión negativa de la muestra, que se encuentra peor también en casi todos los componentes analizados: relación emocional, sueño y aislamiento social del NPH, p.377; componente mental, salud mental, rol emocional y función social del SF12, p.381; y escala de sexualidad y pareja del cuestionario Cervantes, p.385.

Tabla 69. Comparación entre la muestra global y la población antes de la intervención en los aspectos psicosociales de los cuestionarios evaluados.

Cuestionario	Escala y Dominio	Diferencias muestra/ población
NHP	Relación emocional	p<0.001*
	Sueño	p<0.001*
	Aislamiento social	p<0.001*
SF12	Componente mental	p<0.001*
	Subescala salud mental	p<0.001*
	Subescala rol emocional	p<0.001*
	Subescala función social	p<0.001*
Cuestionario Menopausia Cervantes	Escala psíquica	Estrato de edad 45-49 años p=0.005*
		Estrato de edad 50-54 años p=0.89
		Estrato de edad 55-59 años p=0.08
	Escala sexualidad	Estrato de edad 45-49 años p=0.004*
		Estrato de edad 50-54 años p=0.02*
		Estrato de edad 55-59 años p=0.001*
	Escala pareja	Estrato de edad 45-49 años p<0.001*
		Estrato de edad 50-54 años p<0.001*
		Estrato de edad 55-59 años: p<0.001*
DUKE	Apoyo Social	p=0.001*
APGAR F.	Funcionamiento Familiar	p=0.002*
Control de Salud	Locus de Control de la Salud	p<0.001*

Es necesario, también aquí, tener en cuenta que para la comparación con la población en el cuestionario Cervantes, se ha procedido a una división de la muestra intervenida en los distintos estratos etarios, lo que conlleva una reducción del tamaño de la N, lo que dificulta que se alcancen diferencias significativas en las puntuaciones, que sin embargo, resulta sistemáticamente peores a las de la población.

Por otra parte, y de forma independiente, los cuestionarios de Apgar Familiar p.392, Apoyo Social de DUKE UNC, p.394 y el de Control de Salud –HCL- p.397, también identifican esta misma situación.

D. SITUACIÓN PREINTERVENCIÓN: CONCLUSIONES

Tal y como se demuestra por los resultados expuestos a lo largo del capítulo anterior, **la muestra constituye un extracto poblacional sesgado que no refleja el estado de salud de la población de referencia.**

El sesgo de este grupo de mujeres está caracterizado por un peor estado de salud, tanto respecto al aspecto global de calidad de vida, como específicamente a los aspectos biológicos, psíquicos y sociales, -Tabla 70-.

Tabla 70. Situación Preintervención.

Aproximación global de CVRS	Aproximación específica respecto a los aspectos biológicos y psicosociales
Peor estado de la muestra Se expresa en dos de los tres cuestionarios genéricos de CVRS y en el cuestionario específico de Cervantes.	Peor estado de la muestra Se expresa en casi todas las escalas implicadas

II. CAMBIOS PRE-POSTINTERVENCIÓN

A. CAMBIOS GLOBALES EN LOS CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD –CVRS-

Los cambios pre-postintervención resultan muy significativos para el grupo sometido a la intervención educativa, que cambia positiva y significativamente en todos los cuestionarios, tanto genéricos como el específico de la CVRS en la menopausia, $p < 0.001$ para todos ellos.

Frente a ello y también de una forma uniformemente constante, **el grupo control no muestra mejoría alguna** en la puntuación global, para todos los cuestionarios mencionados.

Siendo ambos grupos similares, tal y como se ha descrito en los dos capítulos anteriores, consecuencia lógica de la aleatorización de la muestra inicial, salvo para el **programa ejecutado, podemos atribuir a este el cambio positivo** detectado.

Tabla 71. Cambios pre-postintervención en la puntuación global de los cuestionarios de calidad de vida -CVRS-, para ambos grupos, intervención y control.

Cuestionarios de CVRS		Grupo de Intervención	Grupo Control
Genéricos	Estado de Salud Percibido ESP	p<0.001*	p=0.57
	Perfil de Salud de Nottingham NHP	p<0.001*	p=0.19
	Calidad de Vida SF12		
	Componente Físico	p<0.001*	p=0.51
	Componente Mental	p<0.001*	p=0.04 (empeoramiento)
Específico	CVRS en Menopausia: Cuest. Cervantes	p<0.001*	p=0.13

B. ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS ESPECÍFICOS EN EL ÁREA BIOLÓGICA

La Tabla 72 refiere los cambios pre-postintervención en los dos grupos – intervención y control- para aquellos aspectos que se relacionan fundamentalmente con el ámbito de lo biológico.

Es uniforme la mejoría altamente significativa -p<0.001- para todas las cuestionarios y escalas investigadas en el grupo de intervención, que contrasta con la no mejoría obtenida en el grupo control.

Tabla 72. Cambios pre-postintervención para las escalas de los cuestionarios de calidad de vida -CVRS- que perciben los aspectos somáticos, en ambos grupos, intervención y control.

Cuestionario	Escala y Dominio	Grupo Intervención	Grupo Control
NHP	Energía	p<0.001*	p=0.26
	Dolor	p<0.001*	p=0.20
	Movilidad	p<0.001*	p=0.59
SF12	Componente físico	p<0.001*	p=0.51
	Subescala función física	p<0.001*	p=0.02 (empeoramiento)
	Subescala rol físico	p<0.001*	p=0.001 (empeoramiento)
	Subescala dolor	p<0.001*	p=0.24
	Subescala salud general	p<0.001*	p=0.96
	Subescala vitalidad	p<0.001*	p=0.06
Cuestionario Cervantes de CVRS en Menopausia	Escala Menopausia y Salud. Global	p<0.001*	p=0.21
	Escala Menopausia y Salud. Vasomotor	p<0.001*	p=0.64
	Escala Menopausia y Salud. Salud	p<0.001*	p=0.30
	Escala Menopausia y Salud. Envejecimiento	p<0.001*	p=0.07

C. ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS ESPECÍFICOS EN EL ÁREA PSICOSOCIAL

La Tabla 73 refiere los cambios pre-postintervención en los dos grupos – intervención y control- para aquellos aspectos relacionados con el ámbito de lo psicosocial.

Al igual que en el componente biológico, también es uniforme la mejoría altamente significativa para todas los cuestionarios y escalas investigadas en el grupo de intervención $p<0.001$ -, lo que contrasta con la no mejoría obtenida en el grupo control.

Tabla 73. Cambios pre-postintervención para los cuestionarios que valoran los aspectos psicosociales, para ambos grupos, intervención y control.

Cuestionario	Escala y Dominio	Grupo Intervención	Grupo Control
NHP	Relación emocional	$p<0.001^*$	$p=0.13$
	Sueño	$p<0.001^*$	$p=0.04^{**}$
	Aislamiento social	$p<0.001^*$	$p=0.49$
SF12	Componente mental	$p<0.001^*$	$p=0.04^{**}$
	Subescala salud mental	$p<0.001^*$	$p=0.21$
	Subescala rol emocional	$p<0.001^*$	$p=0.002^{**}$
	Subescala función social	$p<0.001^*$	$p=0.57$
Cuestionario Menopausia Cervantes	Escala psíquica	$p<0.001^*$	$p=0.92$
	Escala sexualidad	$p<0.001^*$	$p=0.005^{**}$
	Escala pareja	$p<0.001^*$	$p=0.40$
SSES	Autoestima Global	$p<0.001^*$	$p=0.04^{**}$
	Escala de actuación	$p<0.001^*$	$p=0.002^{**}$
	Escala social	$p<0.001^*$	$p=0.24$
	Escala de apariencia	$p<0.001^*$	$p=0.03^{**}$
APGAR F.	Valoración Global	$p<0.001^*$	$p=0.49$
DUKE UNC	Global	$p<0.001^*$	$p<0.001^{**}$
	Apoyo Confidencial	$p<0.001^*$	$p<0.001^{**}$
	Apoyo Afectivo	$p<0.001^*$	$p<0.007^{**}$
HCL	Control de Salud	$p<0.001^*$	$p=0.59$

* Mejor estado del grupo de intervención ** Peor estado del grupo de intervención

Los cambios positivos afectan al psiquismo de la mujer y de forma específica a la autoestima y sueño. También lo hacen sobre la *relación de pareja* y específicamente sobre la sexualidad. Mejora el funcionamiento *familiar* y *el apoyo social* tanto en la vertiente confidencial como afectiva.

Además, la mujer experimenta una mejoría en la percepción del *control de la salud*, con un desplazamiento interno del HCL.

D. CAMBIOS PRE-POSTINTERVENCIÓN: CONCLUSIONES

Los cambios pre-postintervención resultan muy significativos para el grupo sometido a la intervención programática, que cambia positivamente en todos los cuestionarios, tanto genéricos como el específico de la CVRS en la menopausia, y tanto en los componentes somáticos como aquellos psicosociales, $p<0.001$ para todos ellos.

El grupo control no modifica la puntuación. Tabla 74.

Tabla 74. Cambios pre-postintervención en la muestra.

Aproximación global de CVRS	Aproximación específica respecto a los aspectos biológicos y psicosociales
Cambios significativos - $p < 0.001$ - para todas las escalas implicadas, tanto biológicas como psicosociales, y solamente en el grupo de intervención.	Cambios significativos - $p < 0.001$ - para todas las escalas implicadas, tanto biológicas como psicosociales, y solamente en el grupo de intervención.

III. SITUACIÓN TRAS LA INTERVENCIÓN

Podemos decir sintéticamente, que **partiendo de una situación peor, la situación post-intervención** referida al aspecto fundamental evaluado **-la calidad de vida relacionada con la salud, CVRS-** y referido al grupo de intervención sometido al programa, **es igual e incluso algo mejor en algunos aspectos, al correspondiente a la población general de referencia.**

El grupo control no sufre modificaciones respecto a su situación inicial y a la población de referencia.

Así, y referida a una perspectiva holista de la CVRS, las puntuaciones globales de los tres cuestionarios genéricos –ESP p.374, NHP p.379, Y SF12, p.382- muestran una diferencia estadísticamente significativa para todos ellos, por mejor estado que la población general. Tabla 75.

En el caso del cuestionario específico para la menopausia de Cervantes p.385, sólo se alcanza significatividad en el estrato de 50-54 años, pero a este respecto hay que tener en cuenta que el análisis estadístico para este cuestionario, en relación a su comparación poblacional, se ve limitado por el hecho de que al realizarse una división en tres estratos, la N de cada uno de ellos deviene muy pequeña, dificultando que el análisis estadístico adquiera significatividad.

Por otra parte, **esta idea de mejor estado del grupo de intervención, se consolida, cuando se tratan de definir los distintos componentes de la CVRS.**

Tabla 75. Cambios pre-postintervención en la muestra.

Aproximación global de CVRS	Aproximación específica respecto a los aspectos biológicos y psicosociales
La situación se iguala -e incluso en algunos aspectos mejora- respecto a la población de referencia, para todos los cuestionarios, tanto genéricos como específicos.	Muchas de las escalas somáticas y psicosociales muestran una situación mejor que la población de referencia. Sólo la escala de salud general del SF12, aunque mejora, se sigue situando peor.

Desde una perspectiva estrictamente biológica, la muestra se encuentra mejor que la población de referencia en bastantes de los componentes analizados: escala de energía y movilidad del NPH; componente físico global, subescala de dolor, función física, rol físico y vitalidad del SF12.

El resto de los componentes no difieren de la población de referencia, salvo para la subescala de salud general del SF12 que a pesar de la marcada mejoría conseguida, se sigue encontrando aún peor que la población -puntuación inicial 39.1, puntuación final 47.37; puntuación poblacional 50-. Tabla 76.

Tabla 76. Datos comparativos postintervención, en referencia a los aspectos biológicos, entre el subgrupo sometido al programa y los datos poblacionales de referencia.

Cuestionario	Escala y Dominio	Comparación	Diferencias
NHP	Energía	Grupo etario 45-54 años	p<0.001*
	Dolor		p=0.08
	Movilidad		p=0.001*
SF12	Componente físico	Muestra global 45-59 años	p=0.006*
	Subescala función física		p=0.003*
	Subescala rol físico		p<0.001*
	Subescala dolor		p<0.001*
	Subescala salud general		p=0.01**
	Subescala vitalidad		p<0.001*
Cuestionario Cervantes de CVRS en Menopausia	Escala Menopausia y Salud. Global	45-49 años	p=0.41
		50-54	p=0.08
		55-59	p=0.29
	Escala Menopausia y Salud. Vasomotor	45-49 años	p=0.93
		50-54	p=0.54
		55-59	p=0.81
	Escala Menopausia y Salud. Salud	45-49 años	p=0.001*
		50-54	p=0.01*
		55-59	p=0.30
	Escala Menopausia y Salud. Envejecimiento	45-49 años	p=0.12
		50-54	p=0.51
		55-59	p=0.30

* Mejor estado del grupo de intervención ** Peor estado del grupo de intervención

Tabla 77. Datos comparativos postintervención, en referencia a los aspectos psicosociales, entre el subgrupo sometido al programa y los datos poblacionales de referencia.

Cuestionario	Escala y Dominio	Comparación	Diferencias
NHP	Relación emocional	Grupo etario 45-54 años	p<0.001*
	Sueño		p=0.25
	Aislamiento social		p<0.001*
SF12	Componente mental	Muestra global 45-59 años	p=0.002*
	Subescala salud mental		p=0.002*
	Subescala rol emocional		p=0.68
	Subescala función social		p=0.006*
Cuestionario Menopausia Cervantes	Escala psíquica	45-49 años	p=0.05
		50-54	p<0.001*
		55-59	p<0.001*
	Escala sexualidad	45-49 años	p<0.001*
		50-54	p=0.01*
		55-59	p=0.13
	Escala pareja	45-49 años	p=0.05
		50-54	p=0.22
		55-59	p=0.68
APGAR F.	Función Familiar	Población de validación	p=0.82
DUKE UNC	Apoyo social	Mujeres de la población	p=0.78

* Mejor estado del grupo de intervención ** Peor estado del grupo de intervención

La perspectiva psicosocial insiste en esta visión positiva del grupo de intervención, que se encuentra significativamente mejor que la población de referencia en casi todos los componentes analizados: relación emocional y aislamiento social del NPH; componente mental, salud mental y función social del SF12, y varios estratos de la escala psíquica y de sexualidad del cuestionario Cervantes.

Además, partiendo de una posición peor inicial, el grupo de intervención presenta una situación familiar y de apoyo social postintervención que no difiere a aquella de la población de referencia. Tabla 77.

IV. LA PERSPECTIVA VALORATIVA DE LAS USUARIAS

La evaluación del programa por parte de las usuarias, se realizó mediante el **Cuestionario de Satisfacción del Cliente –CSQ-** p.176, cuyos resultados se muestran en la Figura 44.

La evaluación señala una altísima valoración del programa.

Las mujeres valoran el servicio recibido, perciben que éste les ha mejorado su capacidad de resolver problemas, y exponen que regresarían al mismo y que lo recomendarían a sus amistades.

Figura 44. Representación gráfica de la valoración de las usuarias del CSQ.

V. APROXIMACIÓN AL TAMAÑO DEL EFECTO O IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN

Los datos aportados en los apartados anteriores dejan claro que el programa es efectivo para mejorar la salud de las mujeres incluidas en el grupo de intervención. A este respecto, los test estadísticos señalan de forma coincidente y con alto valor, la significatividad de los cambios.

Tras esta primera aproximación genérica, en la que podemos afirmar que el programa educativo es efectivo, de forma adicional, *en la presente sección deseamos llevar a cabo una aproximación adicional que permita comprender el impacto o el “tamaño de efecto” de programa educativo.*

Resulta interesante este tipo de acercamiento, puesto que es distinto que un programa sea “efectivo” porque así lo señale su significatividad estadística, y otra bien distinta el hecho de que sea “clínicamente significativo”, *es decir que la magnitud de los cambios que produce tenga un impacto real en la vida de las mujeres.*

Este último aspecto, lo que corresponde a la “efectividad”, resulta un elemento imprescindible para poder evaluar posteriormente lo que sería el cociente costo/efectividad o eficiencia, y poder valorar el interés que tiene su implementación en la praxis clínica, dentro de un amplio margen de posibles medidas de salud a implementar. Tabla 78.

Tabla 78. Aproximación a la significatividad clínica mediante el tamaño del efecto.

Aproximación Cualitativa	Aproximación Cuantitativa
<ul style="list-style-type: none"> * Cambios pre-postintervención altamente significativos para todos los cuestionarios. * Cambios pre-postintervención altamente significativos para las escalas que recogen por separado los aspectos somáticos y psicosociales. * El grupo de intervención parte de una posición peor que la población y pasa a otra significativamente mejor. * Las usuarias del programa creen que este ha impactado claramente en su capacidad de resolver problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> *Reducciones marcadas -en torno al 50%- en los porcentajes correspondientes a los estratos negativos del ESP, APGAR Familiar y el Apoyo social de Duke UNC. * Importante tamaño del estadístico η^2: en torno al 45% de toda la variabilidad conseguida puede ser atribuida al programa. * Cambios marcados en las puntuaciones finales del grupo de intervención respecto a la población inicial de referencia con tasas de mejoría que alcanzan en torno a un tercio del máximo posible.

A. APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL TAMAÑO DE LA INTERVENCIÓN

La aproximación inicial más simple se consigue mediante la valoración de algunos aspectos del análisis de los resultados realizado previamente. Tabla 78.

Un primer dato a considerar es que las **modificaciones introducidas por la intervención educativa** y referidas a los cambios pre-post del grupo de intervención, *resultan muy significativas - $p < 0.001$ - y para todos los cuestionarios utilizados.*

Hay pues, consistencia y robustez estadística. Así, ocurren cambios positivos en los cuestionarios genéricos de calidad de vida -ESP p.372, NHP p.377, SF12 p.382- y en el específico para el Climaterio -Cuestionario Cervantes- p.385, así como en aquellos relacionados con el apoyo familiar -Apgar Familiar- p. 391 y social -Cuestionario de DUKE- p.390.

Otro aspecto a considerar es que **las mejoras se confirman por separado para las escalas que recogen los aspectos somáticos como aquellos otros de carácter psicosocial**. Ello vuelve a dar, desde otra perspectiva de la solidez de los cambios. Ver la misma paginación.

Un tercer componente que resulta de especial interés viene dado por los **cambios** que los valores de los cuestionarios del **grupo de intervención experimental respecto a la población de referencia**.

Y es que, *partiendo de una posición significativamente peor a aquella pasa tras la intervención a otra mejor, y ello tanto desde una perspectiva de la CVRS global, como teniendo en cuenta por separado los aspectos somáticos y psicosociales*. Ver ESP p.374, NHP p.378, SF12 p. 382- y en el específicos para el Climaterio -Cuestionario Cervantes- p.387, así como en aquellos relacionados con el apoyo familiar -Apgar Familiar- p. 393 y social -Cuestionario de DUKE- p.391.

Por último, **la valoración de las usuarias**, en el ítem 6 del cuestionario CSQ definen específicamente su opinión respecto a que el programa ha impactado en su capacidad para resolver problemas: *puntuación media de 3.66 sobre una puntuación máxima de 4*.

B. APROXIMACIÓN CUANTITATIVA AL TAMAÑO DE LA INTERVENCIÓN

La perspectiva cuantitativa completa a la del apartado anterior, al permiternos cuantificar numéricamente el tamaño de la intervención. Ello se realiza desde 3 puntos de vista:

Valorar los **cambios habidos en los estratos** en que se pueden clasificar la severidad de puntuación de los distintos cuestionarios, en el grupo de intervención.

Medición del impacto mediante el **estadístico eta cuadrado –eta2-**

Valoración de los **cambios pre-postintervención habidos en la situación de la muestra sometida al programa, respecto a la población de referencia**.

1. CAMBIOS EN LOS ESTRATOS DE SEVERIDAD DE LOS CUESTIONARIOS

Disponemos de una primera aproximación cuantitativa, que corresponde al cambio en los estratos de algunos cuestionarios. Esta perspectiva es posible *realizarla en los cuestionarios que presentan la característica de agrupar los resultados en estratos: el ESP, el test de Apgar, el de Apoyo Social de DUKE, y el Cuestionario Cervantes*.

La Figura 45 expone gráficamente los cambios pre-post en los estratos “negativos” de los tres cuestionarios -p para todos <0.001-, y el “espacio porcentual” ganado con la intervención. Llama la atención que **los estratos negativos** correspondientes a las familias disfuncionantes en el Apgar Familiar y a las mujeres con bajo apoyo social en el cuestionario DUKE-UNK, **se reducen en más de un 50%**.

Los cambios son muy marcados en el ESP. **El estrato ESP negativo -regular y malo/muy malo- se reduce de un 60 a un 7.2% en el grupo de intervención**.

Figura 45. Cambios porcentuales en los estratos negativos del ESP y disfuncionantes del A. Familiar y Cuestionario Social de DUKE, pre-postintervención en el grupo sometido al programa.

Figura 46. Cambios en el porcentaje de la muestra -estratificada por quinquenios de edad- que presenta problemas de CVRS, en la fase pre y postintervención, para el cuestionario de CVRS de menopausia de Cervantes, y su relación con la población de referencia.

En el cuestionario específico de CVRS de Cervantes, se pueden constituir dos estratos de bienestar: mujeres con problemas o con problemas leves/sin problemas, según la puntuación se sitúe por encima o debajo de + 1DT respecto a la media. La puntuación correspondiente a + 1DT corresponde al P81 poblacional, tal que un 15% se define como población con problemas de CVRS.

La Figura 46 indica, para los distintos quinquenios, la marcada reducción tras el programa de intervención, en el porcentaje de mujeres que corresponden al estrato con problemas, y que es sustancialmente mayor en el quinquenio de menor edad.

2. TAMAÑO DEL EFECTO MEDIDO POR EL ESTADÍSTICO η^2

Otra aproximación, más específica, resulta la realización de un *test de ANOVA de medidas repetidas pre-postintervención para los diversos estratos*.

Ello nos permite una aproximación al tamaño del efecto desde una perspectiva cuantitativa, mediante el **estadístico *Eta Cuadrado* -*Eta Squared***-³⁶⁹. Este parámetro se estima con el cociente entre la variabilidad debida al factor y la variabilidad total, SCI/SCT cociente entre la suma de cuadrados intergrupos y la suma de cuadrados total.

Se interpreta como la proporción de la variabilidad total de la variable dependiente que se explica por la variación en la variable independiente. Es una medida de asociación que tradicionalmente se ha utilizado como un indicador del tamaño del efecto de un programa de tratamiento, es decir *la proporción de la varianza “justificada” por la intervención*. Un valor cercano a 1 –100%– indica que toda la variabilidad es atribuible a las diferencias entre los grupos, en tanto que un valor cercano a 0 –0%– indica que la variable de agrupamiento explica muy poco de la variabilidad total.

Figura 47. Tamaño del efecto medido mediante el estadístico η^2 para los distintos cuestionarios.

Se trata por tanto de un indicador de la influencia que el tratamiento ha tenido en el cambio producido en la variable en cuestión.

La Figura 47 expresa que el **tamaño del efecto medido para los cuestionarios de CVRS genéricos y específicos utilizados se sitúan en torno al 45% ($\pm 7\%$)**. Traduciendo a un lenguaje estadísticamente menos formal, podemos decir que aproximadamente ese es el % de los cambios que podemos atribuir con certeza a nuestra intervención.

3. CAMBIOS EN LA PUNTUACIÓN RESPECTO A LA POBLACIÓN DE REFERENCIA

Los cambios pre-postintervención en el grupo sometido al programa educativo, han demostrado que se ha producido un cambio de situación.

Partiendo de una situación preintervención peor que la población de referencia se pasa a otro postintervención, mejor que aquella.

A. ESP

El ESP del grupo de intervención, ha sido comparado con el de la población de referencia española, para el estrato en que es posible la comparación -45-54 años-. Figura 48.

La marcada mejoría en los estratos del ESP, desde un 52% con un ESP negativo a tan sólo un 4%, posiciona a este al finalizar el programa, en una posición mejor a la población de referencia, que tiene un ESP negativo de un 40% - $p < 0.001$ -.

Figura 48. Cuestionario ESP en el subgrupo de intervención comprendido entre los 45-54 años y comparación con la población de referencia.

El intervalo de puntuación para el ESP es de 1 a 5, de muy bueno a muy malo, donde el valor 3 representa la puntuación a regular. La puntuación preintervención es similar para ambos grupos, por el proceso de aleatorización; 2.5 -DT 0.9- para el grupo control y 2.61 -DT 0.6- para el de intervención, encontrándose entre el valor bueno y regular.

Tras la intervención, el grupo control permanece en el mismo valor 2.59 -DT 0.68- mientras que el grupo sometido al programa mejora situando su media en -0.76 puntos, situándose en el valor 1.85 -DT 0.52-.

Esta mejoría absoluta de -0.76 se produce en un contexto donde la mejoría posible es del intervalo entre 1 y 2.6, es decir de un hiato de 1.6. Esto viene a decir que *se ha producido una mejoría del 47.5% del total posible, lo cual resulta muy significativo.*

B. NHP

Las puntuaciones del NHP se puntúan porcentualmente en un intervalo de 0 a 100% en el que la puntuación es invertida, tal que la menor puntuación supone un mejor estado de CVRS.

La puntuación preintervención del grupo de intervención, corresponde a valores de 32.58 -DT 24.16- y tras la intervención experimenta un descenso importante de 21.23 -DT 23.53- puntos. *Este descenso corresponde al 65,16% del total del intervalo que podría mejorar para situarse en el mejor valor, el 0.*

La Figura 49 define estos cambios en las puntuaciones globales del NHP y con ello la modificación de su situación respecto a la referencia poblacional etaria correspondiente.

Figura 49. Cambios en las puntuaciones globales del cuestionario NHP tras la intervención, y modificación de su situación respecto a la referencia poblacional etaria correspondiente de 45-54 años. La relación entre puntuación y bienestar es inversa para este cuestionario.

C. SF12

El SF12 es un cuestionario cuya puntuación se valora en dos componentes resumen, uno mental y otro físico. La población normal se encuentra en el valor 50 -DT 10-, y el incremento de los valores suponen un mejor nivel de salud

Los componentes resumen del SF12 y su relación con la población de referencia se muestra en la Figura 50.

La media de la línea poblacional –amarilla- situada en el valor 50, se amplía a ambos lados con su DT ± 10 .

El grupo de intervención mejora significativamente el componente mental y físico, ganando respectivamente tras la intervención 9.2 (DT 6.3) y 6.89 (DT 8.749, lo que supone que se sitúan casi en el valor 52. En términos relativos, supone que *logran una mejoría del 16.5% y 13.2% para el componente mental y físico, del total de mejoría posible.*

Para ambos componentes la puntuación final difiere de la poblacional de forma significativa - $p=0.006$ y $p=0.002$ - para el componente físico y mental respectivamente.

Figura 50. Puntuaciones del componente mental y físico del SF12, pre y postintervención, y situación respecto a la referencia poblacional de media 50 y DT ± 10 .

D. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE CERVANTES

La puntuación de referencia del cuestionario Cervantes de Calidad de Vida de la menopausia viene referenciada para los distintos quinquenios etarios^{513,582-586}.

La puntuación global presenta un intervalo entre 0 y 115, y tiene un carácter invertido, tal que 115 corresponde al máximo deterioro.

En los cambios pre-post de las puntuaciones el grupo de intervención logra diferencias significativas - $p<0.001$ -, mientras que no cambia el grupo control.

La puntuación media pasa de 59.95 -DT 21.12- a 41.65 -DT 16.79-, lo que supone en términos absolutos un descenso de 18.30 -DT 21.98-. Desde una perspectiva relativa supone que *se ha conseguido una mejoría de un 33.3% del total que se podría conseguir para alcanzar un estatus de CVRS óptimo.*

E. CONCLUSIONES

La mejoría que experimentan las puntuaciones de los cuestionarios de CVRS en el grupo de intervención tras el programa, tienen un carácter marcado, puesto que alcanzan a un 35% del máximo posible para el conjunto de los cuestionarios genéricos, y un 33.3% para el cuestionario específico de Cervantes. Figura 51.

Además la reducción de los estratos que corresponden a las categorías disfuncionales, se reducen en todos los cuestionarios, también de forma sustancial. El ESP negativo se reduce en un 50%, mientras que la reducción de los estratos de mujeres con problemas corresponde a un intervalo del 8 al 30% para los diferentes quinquenios del cuestionario Cervantes.

Figura 51. Porcentaje de mejoría en los cuestionarios de CVRS, respecto al total posible

C. LA OPINIÓN DEL EFECTO DESEDE LA PERSPECTIVA DE USUARIAS

Los resultados obtenidos en el cuestionario de evaluación y que se muestran en la Figura 52 son muy contundentes y señalan una **altísima valoración del programa.**

Las mujeres valoran el servicio recibido, perciben que éste les ha mejorado su capacidad de resolver problemas, y exponen que regresarían al mismo y que lo recomendarían a sus amistades.

Figura 52. Representación gráfica de la valoración de las usuarias del CSQ.

VI. FACTORES PRESENTES AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN QUE CONDICIONAN LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA

Se han estudiado las características presentes al inicio en la muestra sometida a la intervención educativa, que condicionan la efectividad de la intervención.

A. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha determinado la relación entre diversos factores biopsicosociales presentes al inicio en la muestra sometida al programa -*variable independiente*- con las modificaciones habidas en la CVRS del cuestionario específico Cervantes -*variable dependiente*-, mediante la aplicación de técnicas estadísticas de *regresión lineal simple* y de *ANOVA mixto para medidas repetidas* con una variable intrasujeto - CVRS pre-postintervención - y una intersujeto -estratos de la variable independiente analizada-, Tablas 79 a 81.

Como *factores biológicos* que pueden condicionar el resultado de la intervención se sitúan la *sintomatología vasomotora*, *escala de salud y envejecimiento* y la *escala física en el cuestionario de Cervantes*; En el SF12 la *función y el rol físico* y la *escala de vitalidad*. En ambos casos, el signo de la relación está invertido, tal que a peor estado inicial mayor efecto. Tabla 79.

Tabla 79. Influencia de los factores biológicos presentes al inicio en la muestra, sobre la efectividad de la intervención.

Factores biológicos al inicio de la intervención	Técnica estadística	P
Sintomatología Vasomotora Cervantes	Regresión lineal simple	<0.001* (R2: 88%)
Escala Salud Cervantes	Regresión lineal simple	<0.001* (R2: 13%)
Escala Envejecimiento Cervantes	Regresión lineal simple	<0.001* (R2: 20%)
Escala Física Global Cervantes	Regresión lineal simple	<0.001* (R2: 24%)
Función Física SF12	Regresión lineal simple	0.02* (R2: 6%)
Rol Físico SF12	Regresión lineal simple	0.04* (R2: 5%)
Vitalidad SF12	Regresión lineal simple	0.03* (R2: 11%)
Componente Físico SF12	Regresión lineal simple	0.25* (R2: 6%)
Edad	Regresión lineal simple	0.81
Escala energía NHP	Regresión lineal simple	0.07
Escala dolor NHP	Regresión lineal simple	0.11
Escala sueño NHP	Regresión lineal simple	0.18
Escala movilidad NHP	Regresión lineal simple	0.40
Dolor SF12	Regresión lineal simple	0.12
Salud general SF12	Regresión lineal simple	0.19
Estado menstrual	ANOVA de un factor	0.57

Tabla 80. Influencia de los factores psicosociales presentes al inicio en la muestra, sobre la efectividad de la intervención.

Factores psicosociales al inicio de la intervención	Técnica estadística	P
Escala Psíquica Cervantes	Regresión lineal simple	<0.001* (R2: 37%)
Escala Pareja Cervantes	Regresión lineal simple	0.002* (R2:13%)
Autoestima Global (SSES)	Regresión lineal simple	0.001 (R2:13%)
Autoestima Social (SSES)	Regresión lineal simple	0.01 (R2:13%)
Apgar Familiar	Regresión lineal simple	0.03 (R2:13%)
Estratos de Apgar familiar	ANOVA de un factor	0.01*
Estado civil	ANOVA de un factor	0.72
Clase social	ANOVA de un factor	0.94
Estudios de la mujer	ANOVA de un factor	0.63
Actividad laboral	ANOVA de un factor	0.76
Número de hijos	Regresión lineal simple	0.10
Escala Sexualidad Cervantes	Regresión lineal simple	0.34
Escala relaciones emocionales NHP	Regresión lineal simple	0.57
Escala aislamiento social NHP	Regresión lineal simple	0.25
Funcionamiento social SF12	Regresión lineal simple	0.30
Roel emocional SF12	Regresión lineal simple	0.20
Salud mental SF12	Regresión lineal simple	0.24
Componente mental SF12	Regresión lineal simple	0.32
Autoestima Apariencia (SSES)	Regresión lineal simple	0.25
Apoyo social Global (DUKE)	Regresión lineal simple	0.53
Apoyo social Confidencial (DUKE)	Regresión lineal simple	0.12
Apoyo social Afectivo (DUKE)	Regresión lineal simple	0.23
HCL	Regresión lineal simple	0.4

Como *factores psicosociales* de la muestra de origen, que pueden condicionar el resultado de la intervención se sitúan la *escala psíquica y de pareja* en el cuestionario de Cervantes, y la *autoestima global y social*. En ambos casos, *el signo de la relación está invertido tal que a peor estado inicial mayor efecto*. Tabla 80.

Así mismo, tal y como era previsible la *CVRS inicial en el Cuestionario Cervantes se relaciona en la regresión con una mayor efectividad de la intervención, con alto R²: 48%*. Esta relación se confirma aunque con menor intensidad en el NHP. Tabla 81.

Tabla 81. Influencia de la CVRS inicial de la muestra sobre la efectividad de la intervención.

Calidad de Vida –CVRS–	Técnica estadística	P
Estado de Salud Percibida –ESP–	ANOVA MIXTA	0.11
NHP	Regresión lineal simple	0.003* (R ² :7%)*
Cuestionario Cervantes	Regresión lineal simple	<0.001 (R ² :48%)*

Figura 53. Representación gráfica del modelo explicativo de los cambios pre-postintervención.

Se ha realizado *posteriormente una regresión lineal múltiple* con aquellos factores que se han mostrado significativos en la etapa previa simple, extrayéndose un modelo en el que la *CVRS previa a la intervención justifica un 41.3% del cambio*.

Por último, *se ha procedido a la realización de una nueva regresión múltiple, y a un análisis multivariante del ANOVA* en el que además del tiempo (pre-post) y del grupo (intervención y control), se han introducido los factores biopsicosociales que en el análisis simple se ha visto que influían significativamente. En este caso, dado que el factor de CVRS inicial de la muestra forma parte de la variable dependiente, se ha eliminado este factor.

Se ha configurado un nuevo modelo donde *el componente fundamental es el estado psíquico de la muestra* - $p < 0.001$, R^2 : 36%-. *El segundo componente es la función familiar* - $p < 0.001$, R^2 : 10%-. *El tercer componente es la función física* - $p = 0.012$, R^2 : 3.5%-, y el cuarto la *relación de pareja* - $p = 0.007$, R^2 : 2.8%-. Figura 53.

B. ANÁLISIS DE LOS DATOS

De acuerdo con los datos aportados anteriormente, podemos decir que el programa se muestra igualmente efectivo en un “amplio grupo de mujeres”, que incluye las diversas edades, clase social, estudios, trabajo realizado, etc. *Se trata, por tanto, de un programa que se puede calificar como de “amplio espectro”, en cuanto que resulta efectivo sin requerir criterios de selección previos de carácter estricto.*

Por otra parte, está fuera de toda duda, puesto que ocurre de forma llamativa para todos los cuestionarios, *la mujer que más se beneficia del programa es que acude con un deterioro importante de su calidad de vida.*

En ella pueden concurrir en distintas combinaciones e intensidad los diversos factores que podemos considerar como predictores de una mejor respuesta. Entre estos cabe destacar por su mayor impacto *el deterioro psíquico inicial de la mujer, el deterioro en la relación de pareja, el escaso apoyo familiar y social y el mal estado físico, incluyendo una sintomatología climatérica importante.*

VII. ASPECTOS COMPARATIVOS CON EL PROGRAMA DEL CLIMATERIO DESARROLLADO EN EL AÑO 1996

A. COMPARACIÓN DE LAS MUESTRAS

Los datos comparativos de las muestras, se refieren en la Tabla 82 y Figura 54-

Un elemento diferencial importante es que las dos muestras son distintas respecto a su estructura etaria. La muestra actual se sitúa entre los 45 y 59 años, lo que la diferencia claramente de la del programa del año 1996, que correspondió al intervalo 40-55 años, -Figura 55-.

Esta diferencia en el rango etario ha surgido como consecuencia de la primera investigación, que demostró que el programa de intervención educativa era por un lado menos atractivo para la mujeres más jóvenes – rango 40- 45 años- y por otro, más efectivo para las mujeres peri-postmenopáusicas, que formaban un solo grupo estadístico con una peor CVRS y una mayor semiología climatérica inicial.

Así pues es la investigación del año 96, la que condiciona *una intervención centrada en mujeres de más de 45 años*, más interesadas en el programa y por otra parte en un rango etario donde el programa se mostraba más efectivo.

Esta estructura etaria condiciona en nuestra muestra actual una *mayor presencia del estado menstrual correspondiente a la postmenopausia*, $p<0.001$.

Tabla 82. Comparación de los datos descriptivos de ambas muestras, 1996 y 2008.

Parámetro		Programa 2008 N=114	Programa 1996 N=292	Significatividad Diferenc.
Edad		Edad 45-59 años M:52.5; DT:4.03	Edad 40-55años M: 47.8 DT:4.02	U de Mann Whitney $p<0.001^*$
Períodos Menstruales	Premenopáusicas	15.3%	33.2%	Chi2 $p<0.001^*$
	Perimenopáusicas	25.5%	39.6%	
	Postmenopáusicas	59.2%	27.2%	
Estado Civil	Soltera	7.02%	6.2%	Chi2 $p<0.01^*$
	Casada	80.7%	88.0%	
	Otros	12.28%	5.8%	
Actividad Laboral	Ama de Casa	40.4%	64%	Chi2 $p<0.001^*$
	Tiempo parcial	17.5%	14.90%	
	Jornada completa	42.1%	21.1%	
Estudios de la Mujer	Primarios	28.1%	60%	Chi2 $p<0.001^*$
	Bachiller	50.9%	29.7%	
	Univ. Medio	15.8%	7.2%	
	Univ. Superior	5.2%	3.1%	
Clase Social	Alta	5.3%	2.5%	Chi2 $p<0.001^*$
	Media Alta	22.8%	7.8%	
	Media	38.6%	40.6%	
	Media Baja	32.5%	44.5%	
	Baja	0.9%	4.6%	
Familia	Nº Hijos	Media 1.98 ; DT:1.10	Media 2.27 y DT 1.22.	Mann Whitney $p=0.02^*$ Mann Whitney $p<0.001^*$
	Nº Convivientes	Media 3.12 ; DT:1.24	Media: 4.02 y DT 1.2	
Tratamiento con estrógenos	Ahora	0.9%	8.9%	Chi2 $p<0.001^*$
	Menos de 6 meses	3.5%	2.1%	
	Más de 6 meses	8%	2.7%	
	Nunca	87,6%	86.3%	

Además, se han modificado otros aspectos en el perfil muestral.

Respecto al *estado civil* se ha incrementado de forma estadísticamente significativa $-p<0.001$ - el grupo de mujeres que corresponden al estatus “otras”, y que corresponden a separadas, uniones de hecho, viudas, etc. Esto se puede explicar porque el envejecimiento muestral ha condicionado un mayor número de viudas y por las tendencias sociológicas que han facilitado progresivamente el establecimiento de nuevas fórmulas de convivencia.

Desde esta misma perspectiva sociológica se puede interpretar los cambios significativos en la *situación laboral* $-p<0.001$ -, con duplicación del porcentaje de mujeres que realizan actividad laboral completa fuera de casa, que pasa del 21 al 42%.

En el mismo sentido, las mujeres del programa actual han mejorado respecto a las anteriores, en su acceso a los *estudios medios y superiores* $-p<0.001$ - y también su *posición social* $-p<0.001$., reduciendo su número de *hijos* y *el tamaño de los núcleos familiares* $-p<0.001$ -.

Figura 54. Comparación de los datos de las muestras de ambos programas del Climaterio.

El impacto de las nuevas concepciones médicas acerca del uso de la terapia estrogénica tiene su expresión en una marcada reducción del uso, que prácticamente corresponde a una situación de casi abandono, con tasas del 0.9% - $p < 0.001$ -.

Figura 55. Comparación de la distribución etaria de ambos programas.

En todo caso y como resumen, podemos decir que *nuestra muestra actual de mujeres está constituida por un grupo de mayor edad y estado menstrual postmenopáusico* al de aquellas del programa anterior del año 1996.

Su distribución porcentual en el intervalo de 40 a 59 años, refleja bastante fielmente aquella del intervalo etario correspondiente de la capital de Salamanca, $\chi^2 p=0.28$. Otros aspectos como una *mayor dedicación al trabajo fuera de casa*, *estatus social*, *menor tamaño del núcleo familiar* y *del número de hijos*, y *menor uso de la terapia estrogénica*, resultan muy congruentes con los cambios sociológicos que se han producido en esta década.

B. COMPARACIÓN DEL ESTADO INICIAL DE LA CALIDAD DE VIDA

También se ha comparado la situación preintervención de ambas muestras.

De forma sintética se puede decir que la **muestra actual se encuentra con peor estado de salud que aquella correspondiente al programa del año 1996**. Tabla 83.

Esto se expresa en los cuestionarios de CVRS, donde puntúa peor en los dos cuestionarios - tener en cuenta que ambas puntuaciones, ESP y NHP están invertidas, es decir a menor puntuación mejor CVRS-, aunque sólo en el NHP se alcanza significatividad estadística.

Por lo que respecta específicamente a los *aspectos biológicos* -representados por las escalas energía, dolor, y movilidad del NHP-, todas las comparaciones indican un peor estado de la muestra actual.

Tabla 83. Comparación del estado inicial de ambas muestras. ¹Cuestionarios invertidos, en que la mayor puntuación se liga a un peor estado.

		Muestra 2008 N=114		Muestra 1996 N=292		p
		Media	DT	Media	DT	
ESP ¹		2.59	0.70	2.34	0.58	T Student $p<0.001^*$
NHP ¹	Global	30.24	23.50	17.93	14.98	T Student $p<0.001^*$
	Energía	23.68	35.11	8.85	20.05	T Student $p<0.001^*$
	Dolor	29.71	30.18	17.78	24.93	T Student $p<0.003^*$
	Relación emocional	36.44	26.70	26.85	22.03	T Student $p<0.001^*$
	Sueño	43.35	36.08	24.73	30.57	T Student $p<0.001^*$
	Aislamiento social	21.40	32.55	9.31	17.14	T Student $p<0.001^*$
	Movilidad	23.57	23.14	12.93	16.34	T Student $p<0.001^*$
SSES	Puntuación global	68.26	9.12	72.70	9.53	T Student $p<0.001^*$
	Escala de actuación	25.11	4.07	25.21	3.66	T Student $p=0.81$
	Escala social	25.13	4.70	27.54	4.38	T Student $p<0.001^*$
	Escala de apariencia	18.63	3.27	19.92	3.51	T Student $p<0.001^*$
Apgar Famil.	Global	7.66	2.30	8.19	1.88	$p=0.03^*$
	Familias Disfunc.	28.1%		21.31%		$\chi^2 p=0.08$
DUKE	Apoyo Social Bajo	29.8%		23.3%		$\chi^2 p=0.22$
	Apoyo Global	36.21	9.19	38.53	8.74	T Student $p=0.01^*$
	Apoyo Confidencial	20.57	5.49	21.27	5.43	T Student $p=0.24$
	Apoyo Afectivo	15.64	4.27	17.30	3.90	T Student $p<0.001^*$
HCL	Control Salud	11.07	2.44	11.41	2.48	T Student $p=0.21$

Lo mismo ocurre con los *aspectos emocionales* que tienen representación en el cuestionario NHP -relación emocional y sueño-, y en el cuestionario de autoestima SSES, donde se alcanza significatividad estadística para la puntuación global y para todas las escalas, salvo la de actuación.

La impresión de peor estado de la muestra actual se refuerza con el comportamiento del test de *Apgar Familiar*, donde la puntuación global es significativamente menor y donde la tasa de familias disfuncionantes es 7 puntos mayor.

Lo mismo ocurre en el cuestionario de *apoyo social de DUKE*, que muestra una situación global significativamente peor para la muestra actual, y una tasa de apoyo social baja de 6.5 puntos peor.

Como el elemento que diferencia fundamentalmente las muestras corresponde a su **distribución etaria**, más longeva en la actualidad, se han realizado los aspectos comparativos para los grupos etarios comprendidos entre los 45-55 años que comparten ambas muestras – Tabla 84-. La muestra actual sigue puntuando peor en todos los cuestionarios, y alcanza significatividad estadística el NHP y SSES.

Así pues podemos decir que *hemos actuado sobre mujeres que se encontraban con un estado de salud pero al de la muestra del programa anterior, de 1996.*

Tabla 84. Comparación del estado inicial de ambas muestras para el subgrupo etario de 45-54 años. ¹Cuestionarios invertidos, en que la mayor puntuación se liga a un peor estado.

Edad 45-54 años	Muestra 2008 N=72		Muestra 1996 N=209		T de Student
	Media	DT	Media	DT	
ESP ¹	2.5	0.73	2.42	0.58	p=0.4
NHP ¹	28.12	23.46	19.71	15.52	p=0.006*
SSES	68.44	10.11	72.32	9.38	p=0.003*
APGAR FAMILIAR	7.50	2.41	8.04	1.98	p=0.08
DUKE	34.97	9.32	37.63	9.02	P=0.03

Tabla 85. Comparación del estado inicial de ambas muestras para el subgrupo menstrual postmenopáusico. ¹Cuestionarios en que la mayor puntuación se liga a un peor estado.

Grupo de Postmenopáusicas	Muestra 2008 N=67		Muestra 1996 N=72		T de Student
	Media	DT	Media	DT	
ESP ¹	2.62	0.56	2.59	0.61	p=0.76
NHP ¹	30.95	23.06	23.35	16.82	p=0.02*
SSES	67.71	8.12	70.04	11.04	p=0.16
APGAR FAMILIAR	7.96	1.96	7.48	2.12	p=0.16
DUKE	38.06	8.5	36.06	9.64	p=0.16

Para controlar hasta que punto de vista es el **estrato menstrual** y/o etario el que puede estar influyendo, se confrontaron los valores de los cuestionarios para los grupos de postmenopáusicas de ambas muestras.

La tabla 85 compara la situación de ambas muestras para el mismo estrato etario y específicamente para el estado menstrual de las postmenopáusicas. Ambas muestras se comportan de forma muy similar, siendo solo el Perfil de Salud de Nottingham el que señala un peor estado de nuestra muestra.

Así pues, y como resumen podemos decir que *hemos actuado sobre mujeres que se encontraban peor estado de salud al de la muestra anterior, por ser mujeres correspondientes a un estado etario y menstrual distinto, con más edad y mayor estado postmenopáusico.*

C. COMPARACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE NUESTRA INTERVENCIÓN

En ambos programas los cambios pre-postintervención para los cuestionarios de evaluación que han sido compartidos, tanto respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, como a otros aspectos en relación con la autoestima y el apoyo familiar y social, **resultan estadísticamente muy significativos.**

El tamaño del efecto cuando se mide por el estadístico eta², se revela –salvo para el caso del funcionamiento familiar– significativamente *más elevado en nuestro programa actual.* Tabla 86.

Esto resulta razonable ya que la muestra actual ha sido seleccionada con un sesgo etario “positivo”, teniendo en cuenta que el programa anterior se había mostrado más efectivo en mujeres peri-postmenopáusicas.

Cuando se compara el tamaño del efecto sobre los estratos más desfavorecidos – Tabla 87– sólo muestra diferencias para el ESP. Así pues el programa actúa de forma similar y *el mayor tamaño del efecto de esta última intervención viene condicionada fundamentalmente por la distinta estructura etaria.*

Tabla 86. Comparación de los resultados de los cambios pre-postintervención en los programas del año 1996 y 2008. Grado de significatividad de las diferencias del tamaño del efecto de ambas intervenciones.

Cuestionarios Utilizados		Año 2008 (n=85)		Año 1996 (n=292)		Diferencias efecto
		Signif.	Eta ² %	Signif.	Eta ² %	Chi ² de Eta ²
CVRS	Estado de Salud ESP	p<0.001*	51.2	p<0.001*	7.9%	p<0.001*
	Perfil de Salud NHP	p<0.001*	45.2%	p<0.001*	4.9%	p<0.001*
SSES	Autoestima	p<0.001*	59.9%	p<0.001*	9.4%	p<0.001*
APGAR	Funcionamiento familiar	p<0.001*	18.1%	p<0.001*	15.5%	p=0.74
DUKE	Apoyo Social	p<0.001*	24.8%	p<0.001*	1.7%	p<0.001*

Tabla 87. Comparación del tamaño del efecto sobre los estratos de salud más negativos en distintos cuestionarios.

Cuestionarios Utilizados		Año 2008 (n=72)		Año 1996(n=292)		Diferencias efecto
		N	Eta ² %	N	Eta ² %	Chi ² de Eta ²
CVRS	Estado de Salud negativo	49	68.1%	72	44%	p=0.02
APGAR	Disfunción familiar	29	53.7%	62	75.7%	p=0.08
DUKE	Apoyo Social Bajo	29	57.1%	68	52.8%	p=0.67

D. COMPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LAS USUARIAS

Cuando se compara esta evaluación con aquella realizada por las mujeres en el año 1996 mediante la puntuación global correspondiente al Cuestionario de Satisfacción del Cliente –CSQ- no se objetivan diferencias estadísticamente significativas $p=0.58$, – Tabla 88-.

En ambos programas, todos los ítems puntúan de forma muy alta -más de 3 sobre 4- con un promedio de 3.7, lo que por sí mismo indica la alta aceptación del mismo, similar para ambos programas.

Tabla 88. Comparación de la valoración realizada por las usuarias de ambos programas.

CSQ. Muy positiva 4 a muy negativa 1 Programa 1996 N=278; 2008,N=85		Óptimo %	Bueno %	Regular %	Malo %	Media (DT)	T Student
Valoración del servicio recibido	Progr.2008 Progr.1996	78.8 80.2	20 19.8	1.2 0	0 0	3.78 (0.45) 3.80 (0.40)	$p=0.71$
Ha obtenido el servicio que ella deseaba	Progr.2008 Progr.1996	51.8 51.4	47.1 48.2	1.2 0.4	0 0	3.51 (0.52) 3.51 (0.51)	$p=1$
Nuestro programa ha hecho frente a sus necesidades	Progr.2008 Progr.1996	42.4 34.3	57.6 63.2	0 2.5	0 0	3.42 (0.50) 3.33 (0.52)	$p=0.15$
Recomendaría nuestro programa a sus amistades	Progr.2008 Progr.1996	85.9 94.6	14.1 5.4	0 0	0 0	3.86 (0.35) 3.95 (0.23)	$p=0.03^*$
Satisfacción con la ayuda recibida	Progr.2008 Progr.1996	71.8 65.3	28.2 34.3	0 0.4	0 0	3.72 (0.45) 3.65 (0.48)	$p=0.21$
Mejoría en la capacidad de resolver sus problemas	Progr.2008 Progr.1996	65.9 74.5	34.1 25.5	0 0	0 0	3.66 (0.48) 3.74 (0.44)	$p=0.17$
Satisfacción global con el servicio recibido	Progr.2008 Progr.1996	77.6 67.3	22.4 32.4	0 0.4	0 0	3.78 (0.42) 3.67 (0.48)	$p=0.04^*$
Regresaría a nuestro programa	Progr.2008 Progr.1996	80 83.6	20 16.4	0 0	0 0	3.80 (0.40) 3.84 (0.37)	$p=0.41$
Puntuación media global	Progr.2008 Progr.1996					3.69 (0.29) 3.71 (0.31)	$p=0.58$

E. RESUMEN COMPARATIVO DE AMBOS PROGRAMAS EDUCATIVOS - 1996 Y 2008-

El comportamiento de nuestro programa educativo actual es prácticamente igual al de aquel llevado a cabo en el año 1996.

Las diferencias halladas están muy posiblemente determinadas por la distinta configuración etaria y menstrual de las muestras, consecuencia directa de nuestra propia selección.

Ambos programas se muestran muy significativos para los cambios introducidos por la intervención en todos los aspectos: CVRS, autoestima, funcionamiento familiar y social, etc.). El tamaño del efecto es también mayor, y en ambos casos, para las mujeres que parten de peor posición inicial de salud.

figura 56

VIII. UNA PROPUESTA DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Un objetivo de menor entidad de nuestra investigación, correspondiente a la hipótesis 7, que abordamos en esta sección, corresponde a la **elaboración de un modelo analítico que pudiera explicar de forma sencilla el funcionamiento del programa educativo.**

A. INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva sistémica en la que se sustenta el modelo holístico –p.42-, *podemos considerar nuestro programa como un sistema abierto*: al mismo tiempo que se está llevando a cabo, en la vida de las mujeres que están participando en él -en su ecosistema-, están ocurriendo otros múltiples sucesos que también condicionan su CVRS. Se trata de elementos “externos” al programa, no controlables, que interaccionan con él, amplificando o reduciendo su efecto. Figura 56.

B. MODIFICACIONES INICIALES

Las actividades del programa suponen una propuesta directa para modificar conductas, cogniciones y vivencias de las mujeres, que se refuerzan por el contexto concreto donde se realizan: el grupo. El marco conceptual que justifica estas propuestas ha sido expuesto en el capítulo III, sección III-B, p.91-122, y su desarrollo programático pormenorizado en el anexo III-3, p.195-354.

Clasificamos estos posibles cambios en cognitivos, afectivos y conductuales, aunque a veces se solapan y se interrelacionan, tal que cambios iniciales de un tipo pueden conllevar a otros ulteriores de otro. Por ejemplo, cambios cognitivos pueden modificar posteriormente conductas o sentimientos, o bien de forma alternativa, el comprender los propios sentimientos puede facilitar cambios en las conductas y/o cogniciones, etc.

Además, el grupo de mujeres actúa como un “medio de cultivo” que facilita los cambios.

Ello ocurre merced a diversos mecanismos. Por un lado, las reflexiones surgidas a lo largo de las sesiones, sobre todo en el trabajo en grupo. Por otro, la comparación social con las conductas, conocimientos y afectos expresados por las iguales del grupo. En tercer lugar, el refuerzo de las conductas modificadas de las mujeres, por parte de las compañeras de grupo. Por último, la red de apoyo social surgida a través de los contactos establecidos en el grupo, etc.

Estas modificaciones no ocurren por separado, sino que a su vez interaccionan entre sí. Por ejemplo, si se produce un cambio en la distribución del tiempo, con una mayor dedicación al ocio y a las relaciones sociales, se puede producir secundariamente un cambio afectivo –la mujer se siente mejor– y un cambio cognitivo sobre la importancia que tiene la distribución del tiempo en su bienestar. Si se produce un cambio en el ámbito cognitivo respecto a lo que significa la transición climática, la mujer puede sentirse mejor y cambiar sus conductas haciéndolas más “positivas”, lo que a su vez conllevará un mayor bienestar, etc.

1. MODIFICACIONES COGNITIVAS

Las modificaciones cognitivas que el programa ha tratado de introducir de forma inicial, constituyen un marco inicial de conocimientos, y son las siguientes:

- *Conocer* en qué consiste un estilo de vida saludable y *el concepto de salud* desde una perspectiva integradora u holística.
- Desarrollar *una perspectiva holista* de los cambios que ocurren en la transición climática.
- *Concebir el climaterio como una época de crisis madurativa potencialmente positiva* para el desarrollo personal.
- *Conocer los cambios biológicos* que tienen lugar durante la transición climática, su importancia y especificidad, así como las necesidades existentes y estrategias de autocuidado.
- *Conocer las claves que permiten mejorar la autoestima y fomentar la conciencia del yo –autoconciencia-* para aprender a conocerse mejor.
- *Conocer las cinco dimensiones de la rueda de Miller* que engloba las tres funciones psicológicas básicas: pensar, sentir, actuar y las dos motivacionales: querer y percibir.
- *Conocer los “mitos del climaterio”*; es decir, aquellas informaciones relacionadas con la transición climática, prevalentes, no ciertas o sólo parcialmente ciertas, pero tomadas socialmente como tales.
- *Conocer y analizar los aspectos socioculturales que se relacionan con la transición climática.* Los diferentes modos de vivir el climaterio en las diversas culturas y de una forma específica aquellos factores de nuestro contexto sociocultural que influyen en esta vivencia.
- *Conocer los cambios psicológicos y familiares* que ocurren en la transición climática. Analizar los “mitos maritales”.
- *Modificar de forma positiva las atribuciones dadas a diversos cambios climáticos.*
- *Conocer las tres funciones mentales básicas:* pensar, sentir y actuar, y su interrelación funcional.
- *Aprender a observar los pensamientos* para pensar de forma más efectiva y en tiempo presente.
- *Conocer los sentimientos básicos:* miedo, alegría, tristeza, rabia y afecto y los elementos que influyen en la respuesta emocional. Conocer las cinco leyes del equilibrio emocional.
- *Discernir las características de los tres estilos de comunicación:* pasiva, agresiva y asertiva. *Conocer* las consecuencias de su respectivo uso.
- *Aprender las “técnicas de análisis de situaciones” y “toma de decisiones”.*
- *Reflexionar sobre las distintas necesidades afectivas* de hombres y mujeres, errores de comunicación y “mitos maritales”.

- *Fomentar una actitud positiva y tolerante ante la sexualidad.*
- *Potenciar las actitudes tolerantes*, mediante el respeto mostrado a las diferentes posturas de las otras mujeres del grupo, tanto de forma genérica como de forma específica en relación a los diversos aspectos tratados a lo largo del programa.
- *Adquirir una visión realista y contrastada de lo que significa, aquí y ahora, el trabajo en casa y fuera de ella de la mujer.*
- *Potenciar aquellas actitudes cognitivas que ayudan a vivir el momento presente.*
- *Comprender las diferencias básicas en la forma de “ser y estar en el mundo”, de varones y mujeres en nuestro contexto sociocultural.* Los errores más frecuentes que las mujeres cometen con los hombres. Las circunstancias en la relación de pareja que hacen que la mujer pierda su dignidad. Las reglas básicas que permiten mantener viva una relación de pareja.
- *Reflexionar sobre las metas individuales.* Aprender a marcarse objetivos personales y a desarrollarlos a corto y medio plazo, en el contexto de un desarrollo personal que conduce a la autorrealización.

2. MODIFICACIONES AFECTIVAS

El programa ha pretendido ir introduciendo de forma lenta y progresiva cambios actitudinales “positivos”, que supusieran modificaciones en la esfera afectiva de las mujeres.

- *Percibir de forma positiva*, como un momento vital lleno de posibilidades, *la propia transición climática.*
- *Aceptarse a una misma* y las señales-huellas que el paso de los años ha dejado en el cuerpo, como expresión del propio hecho de vivir.
- *Evaluar la THS de forma más objetiva* y con menor implicación afectiva, como una posibilidad terapéutica más, con sus indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios.
- *Percibir el autocuidado de forma positiva*, como una forma de respeto a una misma.
- *Conseguir escuchar, sin sentirse mal*, que otras personas expresan ideas distintas a las propias, como forma de enriquecimiento personal.
- *En el caso concreto de las amas de casa*, un objetivo específico desarrollado a lo largo del programa fue la *“recuperación de su dignidad laboral”*, dado el *“mito social descalificador”* que considera su labor como *“frustrante para la mujer”*.
- *Caer en la cuenta de las propias emociones, aceptarlas y expresarlas sin miedo, así como aceptar sin miedo y culpabilidad la expresión de sentimientos de los demás.*
- *No sentirse culpables por expresar las propias necesidades y ser capaz de decir no.*
- *Aceptar con responsabilidad el reto de vivir integrando las equivocaciones como parte del proceso de la vida.*

- *Lograr sentirse bien cuando aplican las cinco leyes del equilibrio emocional:* dándose y pidiendo lo que necesitan, dando reconocimiento a los demás, aceptando lo positivo y rechazando lo negativo.
- *Organizar el tiempo* de tal forma que se contemplen espacios dedicados al disfrute y la satisfacción personal.

3. MODIFICACIONES CONDUCTUALES

Las modificaciones conductuales que el programa ha tratado de introducir inicialmente son las siguientes:

- *Cambios en la dieta.* Sobre todo aquellos que suponen un aumento en el consumo de calcio. Supresión de tóxicos: tabaco, alcohol etc.
- *Cambios en relación con la higiene corporal y fomento del cuidado del cuerpo:* piel, vestido, higiene genital. Que la mujer acuda a los controles de cribado médico adecuados para este grupo de edad: cáncer de mama, ginecológico, etc.
- *Fomentar conductas específicas que ayuden a mejorar la sintomatología vasomotora:* uso de abanico, modificaciones en la alimentación y vestido, control de la temperatura ambiental, etc.
- *Fomentar la práctica de ejercicio físico* aeróbico y de los ejercicios del suelo pélvico.
- Fomentar la práctica de la *relajación muscular*.
- *Utilización adecuada de los métodos de planificación familiar*, así como estimular el desarrollo de una actividad sexual no rutinaria.
- *Práctica de la comunicación asertiva*, donde las quejas se transformen en peticiones claras y concretas, y donde se contemplen las propias necesidades, la toma de decisiones, la expresión adecuada de las emociones -sobre todo de la rabia- y se dé permiso para practicar los derechos asertivos desde el paradigma proactivo y del vivir.
- *Practicar las leyes del equilibrio emocional y la libertad interior de elegir* como elemento imprescindible en el desarrollo personal
- Promover los *reajustes precisos en la distribución del tiempo*, para conseguir una mayor nivel de satisfactoriedad en la consecución de objetivos y metas personales.

C. CAMBIOS INTERMEDIOS

Las modificaciones que han sido inducidas por el programa en la triple esfera afectivo- cognitivo-conductual no han sido medidas, al menos en gran parte, aunque sí algunos aspectos concretos.

Se han evaluado algunos cambios intermedios entre las modificaciones iniciales y los resultados finales. Estos cambios pueden afectar a la triple esfera biopsicosocial y presentan también el mismo carácter circular de los iniciales.

Por ejemplo, los cambios sociales como la constitución de un grupo, pueden facilitar un cambio biológico como la realización de ejercicio físico, saliendo a caminar juntas; cambios positivos en el área afectiva pueden determinar que la mujer pueda tener más interés en el cuidado de cuerpo o en las salidas con las amistades, etc.

D. CAMBIOS FINALES

Las modificaciones en la CVRS corresponden a la vía común terminal de todos los cambios previos, tanto iniciales como intermedios, pudiendo evaluarse desde las diversas perspectivas o aspectos que forman parte de este amplio concepto: oportunidad de salud, percepción de salud, estado funcional social y psicológico, deficiencias, etc. – Ver Figura 15 y Tabla 22 del capítulo III–, p.142 y 143.

La secuencia antecedentes→consecuentes vuelve a presentar el mismo carácter recursivo, ya que *en la medida que se mejora la CVRS, ésta retroalimenta las modificaciones iniciales e intermedias, al actuar como mecanismo de refuerzo positivo de los cambios que producen bienestar.*

Así, la mejora en la CVRS estimula nuevos cambios positivos que mejoran aún más el bienestar, estableciéndose una relación circular que conduce a *cambios positivos progresivos.*

La evaluación realizada supone sólo una aproximación parcial al conjunto del sistema implicado, lo que se conoce como “Fenómeno del iceberg”³⁶⁴. Conocemos las modificaciones propuestas, pero éstas no sólo se han debido a nuestra intervención, sino a otros factores dependientes del ecosistema que de forma simultánea concurren con aquella. Desconocemos los cambios que han sido inducidos de forma no planificada, y aquellos que habiéndolo sido, no han sido adecuadamente evaluados.

Modelo teórico de funcionamiento del programa educativo

Figura 56. Propuesta de un modelo de funcionamiento de nuestro programa de intervención educativa

**V. APORTACIONES Y LIMITACIONES
DE NUESTRA INVESTIGACIÓN.
LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA**

A. APORTACIONES DE NUESTRA INVESTIGACIÓN

Las aportaciones que hemos realizado con nuestro proyecto investigador, se corresponden con los diversos grados de verificación de los objetivos e hipótesis planteados al inicio de nuestro trabajo –sección II-2 y II-3, p.79 a p.81-. Por ello, **los enumeramos en el mismo orden que las hipótesis y objetivos planteados.**

Conviene tener en cuenta que dichas aportaciones deben entenderse no de forma absoluta, sino situarse en el contexto de las limitaciones de nuestra investigación, que se señalan en el apartado B, p.444.

1. VERIFICACIÓN DE NUESTRA HIPÓTESIS PRINCIPAL

- **La principal aportación** de nuestra investigación a la comunidad científica se relaciona con el cumplimiento de su objetivo principal.

Hemos verificado, para un ámbito cronológico a corto plazo -3 meses-, la efectividad de un programa de intervención educativa en grupos para mejorar la calidad de vida –CVRS- de las mujeres climatéricas.

Estamos en condiciones de poder afirmar -de una forma razonable y en el contexto de un ECA, Ensayo Clínico Aleatorizado, Nivel de Evidencia I³⁰⁰⁻³⁰¹-, que corroborando nuestra hipótesis principal –p.80- la intervención educativa es capaz de mejorar la CVRS de las mujeres climatéricas durante el período de tiempo especificado, p.406-408. Los aspectos correspondientes se sintetizan en la Tabla 89.

Tabla 89. Aspectos relacionados con la efectividad del programa sobre la CVRS de las mujeres del grupo de intervención.

Datos cualitativos	Datos cuantitativos
<p><i>La intervención educativa se muestra estadísticamente muy significativa –$p < 0.001$–.</i></p> <p><i>* En todos los cuestionarios de CVRS, tanto genéricos como específicos.</i></p> <p><i>* Para todos los aspectos, tanto somáticos como psicosociales.</i></p>	<p><i>* La mejoría supone en torno a 1/3 de la máxima posible.</i></p> <p><i>* Las mujeres en estratos disfuncionales se reducen en más del 50%.</i></p> <p><i>* Partiendo de una posición inicial peor a la población de referencia, las mujeres se posicionan en otra mejor al finalizar la intervención.</i></p> <p><i>* El porcentaje de cambio que se puede atribuir a la intervención, medido con el estadístico η^2 se sitúa en torno al 45%.</i></p> <p><i>* La valoración de las usuarias en el cuestionario CSQ alcanza una puntuación de 3.69 sobre un máximo de 4 puntos.</i></p>

Entendemos por “efectividad” el grado en que una determinada intervención, procedimiento o servicio sanitario puesto en práctica, logra lo que pretende conseguir. Resulta importante señalar que en nuestra intervención, *la efectividad se ha demostrado en todos los cuestionarios de CVRS utilizados, tanto genéricos -ESP, NHP, SF12- como específicos para el climaterio -CVRS Cervantes-, y que para todos ellos la significatividad estadística alcanzada fue muy alta – $p < 0.001$ –. Ambos elementos dan idea tanto de la consistencia como de la robustez estadística de los cambios.*

- **Esta primera conclusión de carácter cualitativo, se ha completado mediante una aproximación adicional cuantitativa**, en el sentido que permitiera comprender el impacto o el “**tamaño de efecto**” de programa educativo.

Resulta importante este tipo de aproximación, puesto que *es distinto que un programa sea “efectivo”* porque así lo señale su significatividad estadística, y otra bien distinta *que sea “clínicamente significativo”*, es decir que la magnitud de los cambios que produce tenga un impacto real en la vida de las mujeres.

Desde esta perspectiva, la “efectividad”, resulta un elemento imprescindible para poder contemplar posteriormente lo que sería el cociente coste/efectividad o *eficiencia*, y poder así valorar el interés que tiene su implementación en la praxis clínica, dentro de un amplio margen de posibles medidas de salud a implementar.

Con esta perspectiva, y para aproximarnos a evaluar la **efectividad de la intervención**, hemos utilizado distintas perspectivas -p.412 a p.420- que nos señalan el **carácter marcado** de la misma:

- *La mejoría que experimentan las puntuaciones de los cuestionarios de CVRS suponen un 35% de su máximo posible para el conjunto de los cuestionarios genéricos y un 33.3% para el cuestionario específico de Cervantes.*
- *Se ha confirmado dicha mejoría para los distintos aspectos contemplados, tanto los somáticos como para aquellos de carácter psicosocial.*
- *Se ha producido una marcada reducción -en todos los cuestionarios de CVRS- del porcentaje correspondiente a las mujeres pertenecientes a los estratos disfuncionales.*

El porcentaje de mujeres pertenecientes a familias disfuncionales o con bajo apoyo social se ha reducido *en más de un 50%*. Aquellas con estado de salud negativo en el cuestionario ESP se reducen de un 60 a un 7.2%. En la puntuación global del Cuestionario de Cervantes, las mujeres con problemas se reducen en un rango que oscila del 8 al 30% para los diferentes quinquenios del cuestionario.

- *El cambio de posición de la muestra respecto a la población de referencia.*
Así, partiendo de una posición inicial peor a la de la población de referencia, al finalizar el programa, el grupo de mujeres sometido a la intervención educativa se sitúa en otra posición, mejor a aquella.
- *La valoración del tamaño del efecto determinada mediante el estadístico η^2 .*

Para los cuestionarios de CVRS utilizados -tanto genéricos como específicos-, el valor del estadístico η^2 *se sitúa en torno al $45 \pm 7\%$* . Este sería, por tanto, el porcentaje de los cambios que podemos atribuir con certeza a nuestra intervención, lo cual resulta muy importante.

- *La excelente valoración subjetiva de las usuarias*, que en el CSQ dan al programa una puntuación muy alta, en todos y cada uno de los 8 ítems, con una media global de 3.69 sobre una puntuación máxima de 4.

2. CONFIRMACIÓN DE NUESTRA SEGUNDA HIPÓTESIS

También se ha verificado nuestra segunda hipótesis, respecto a que el programa mejora el conjunto de manifestaciones clínicas que se han relacionado más específicamente con el climaterio, y que corresponden a **las conocidas clásicamente como “complicaciones a corto-medio plazo de la menopausia”**, Figura 5, p.22.

Desde una perspectiva global, la escala *Menopausia Salud* que hace referencia a la presencia del conjunto de diversos signos y síntomas clínicos que aparecen típicamente en las mujeres postmenopáusicas, *muestra cambios altamente significativos tras la intervención*, $p < 0.001$ –Tabla 72, p.407-.

Desde un punto de vista más específico, el llamado *Sd. Vasomotor*, que viene caracterizado en la subescala del mismo nombre del Cuestionario Cervantes, también presenta cambios pre-postintervención igualmente significativos, $p < 0.001$, -Tabla 72, p.407-.

3. RATIFICACIÓN DE NUESTRA TERCERA HIPÓTESIS

Ha quedado también demostrada nuestra hipótesis 3, que establecía la efectividad de la intervención educativa para **modificar positivamente algunos aspectos psicosociales** de la vida de las mujeres, que resultan importantes para su salud. Tabla 73, p.408.

En este sentido, tras el programa de intervención, las mujeres han presentado *cambios positivos muy significativos* $-p < 0.001-$ para las áreas correspondientes a la salud mental de la mujer, relación de pareja y sexualidad, funcionamiento familiar y a las redes de apoyo social.

Además, las mujeres perciben un mayor grado de control sobre su salud, mejoran en su autoestima y están más satisfechas con su auto-valoración.

4. VERIFICACIÓN DE NUESTRA CUARTA HIPÓTESIS

Mediante nuestro trabajo hemos corroborado la hipótesis 4, que establecía la **posibilidad de identificar algunos factores en el estado basal de las mujeres que condicionaran la efectividad** de nuestra intervención educativa. En la tabla 79 y 81, p.421, hemos analizado dichos factores.

A partir de estos resultados, hemos establecido un **modelo explicativo inicial y posteriormente otro alternativo** -tras la supresión del componente de CVRS inicial- *donde el componente fundamental es el estado psíquico de la muestra* $-p < 0.001$, R^2 : 36%-, siendo el *segundo componente la función familiar* $-p < 0.001$, R^2 : 10%-. Alejados en importancia, *el tercer componente es la función física* $-p = 0.012$, R^2 : 3.5%-, y el cuarto la *relación de pareja* $-p = 0.007$, R^2 : 2.8%. Figura 57.

Figura 57. Representación grafica del modelo explicativo de los cambios pre-postintervención.

Nos encontramos ante un programa que se puede calificar como de “amplio espectro”, en cuanto que resulta efectivo para todas las mujeres incluidas, sin requerir criterios de selección previos de carácter estricto. La mujer que más se beneficia del programa es que acude con un deterioro importante de su calidad de vida.

Justifican los diversos grados de deterioro, la concurrencia en distintas combinaciones e intensidad de los diversos factores que podemos considerar como predictores de una mejor respuesta. Entre estos cabe destacar por su mayor impacto el *deterioro psíquico inicial de la mujer, el deterioro en la relación de pareja, el escaso apoyo familiar y social y el mal estado físico, incluyendo una sintomatología climatérica importante.*

5. VALIDACIÓN DE NUESTRA QUINTA HIPÓTESIS

Nuestra investigación ha verificado también la hipótesis 5 **que establecía la capacidad de nuestra intervención educativa para satisfacer sustancialmente las necesidades sentidas por las mujeres climatéricas**, Tabla 66 y Figura 43, p.399.

Se trata de hacer hincapié en el ámbito de lo subjetivo, puesto que *ambos tipos de medidas, subjetivas y objetivas, son necesarias para satisfacer la credibilidad clínica*, p.145,^{508,515}.

Esta perspectiva subjetiva presenta un comportamiento paralelo al objetivo puesto que *la evaluación de las mujeres en el cuestionario de satisfacción del cliente – CSQ- señala una altísima valoración del programa.*

Así, las mujeres valoran muy positivamente el servicio recibido, perciben que éste les ha mejorado su capacidad de resolver problemas, y exponen que regresarían al mismo y que lo recomendarían también a sus amistades, p.399.

6. REAFIRMACIÓN DE NUESTRA SEXTA HIPÓTESIS

Los datos obtenidos a lo largo de la presente investigación permiten **sustentar experimentalmente nuestro apoyo conceptual al modelo teórico holista**, que como hemos expuesto en el capítulo I-4, p. 39, entendemos como el más idóneo de los existentes para llevar a cabo la intervención sanitaria en el climaterio.

La afirmación de que sólo una minoría de las intervenciones médicas de uso diario están apoyadas en una evidencia científica suficiente y fiable³⁴⁵ es aún más aplicable a los programas de intervención educativa, cuyas evaluaciones raramente cumplen los criterios mínimos de calidad exigibles.

Nuestra investigación del año 96 supuso una aproximación empírica que daba soporte experimental al modelo holista, pero su diseño *pre-post* o “*quasy-experimental*” carecía de grupo control, lo que restaba nivel de evidencia a los resultados obtenidos. En este sentido, **nuestra actual investigación correspondiente a un ECA**, p. 85, y supone una muy sólida confirmación de la hipótesis y su **posicionamiento en el mayor nivel de evidencia científica -I-**^{300,301}.

Hay *dos elementos adicionales* que resultan a este respecto de interés:

- *El paralelismo entre los datos aquellos de carácter objetivo y los expresados desde una perspectiva subjetiva, por las usuarias.*
- *El comportamiento similar al programa realizado por nosotros con anterioridad –año 96- tanto desde una perspectiva cualitativa como cuantitativa, así como en los diversos aspecto relacionados con la satisfacción de las mujeres, p.423.*

Podemos por tanto exponer, que nuestro programa sustenta seriamente y desde una perspectiva experimental, la intervención sanitaria durante la transición climatérica basada en el modelo holístico.

A partir de este hecho, pensamos que la difusión de nuestros resultados en el ámbito científico podrá ayudar a mejorar la actuación sanitaria en la transición climatérica –centrada hasta el momento actual en el modelo biologicista– favoreciendo el logro de un consenso integrador amplio y basado en la necesidad de una atención integral. En este contexto, el programa educativo se constituiría como eje de la intervención sanitaria en el climaterio, sin contraponerlo al enfoque biologicista y la THS, sino coexistiendo armónicamente con él.

También pensamos que nuestro trabajo podrá facilitar el desarrollo de esta línea de investigación, claramente minoritaria, y promover la puesta en marcha de trabajos de investigación sobre la validez de los programas educativos en mujeres climatéricas, situándolos en otros contextos geográficos y socioeconómicos.

7. COMPROBACIÓN DE NUESTRA SÉPTIMA HIPÓTESIS

Al finalizar nuestra investigación, hemos estado en condiciones para analizar los factores que la condicionan, p.420 y hemos propuesto posteriormente un **diseño de modelo básico de funcionamiento del programa educativo**. Figura 56, p.430.

8. ACEPTACIÓN DE NUESTRA OCTAVA HIPÓTESIS.

Tras el desarrollo de nuestra investigación estamos en condiciones de **proponer nuevas líneas de investigación**, que contribuyan a clarificar aún más el papel de los programas educativos de carácter holista en la atención a la mujer climatérica, -apartado C del presente capítulo-, p.447.

B. LIMITACIONES DE NUESTRA INVESTIGACIÓN

Establecer las limitaciones de nuestra investigación supone **analizar los factores que puedan perturbar su validez**, tanto interna –la referida al propio estudio– como la externa –posibilidad de extrapolación a la población de los datos obtenidos–.

La Tabla 90 expone los factores que podemos considerar para el desarrollo de este análisis.

Tabla 185. Amenazas a los resultados de la investigación. A partir de Fernández-Ballesteros, 1996, p:21-47³⁴⁶.

Amenazas a la validez interna	Amenazas a la validez externa
Historia: avatares del contexto que pueden incidir	Intervenciones previas
Interacción con otras intervenciones simultáneas	Sesgos muestrales
Maduración: procesos que afectan a las unidades de intervención. P. ej. cansancio	Efectos reactivos introducidos por el programa en las unidades
Administración de test repetidos con efecto recuerdo	
Instrumentos inadecuados	
Análisis estadístico inadecuado	
Sesgos de las unidades en diseños multicéntricos	

1. LIMITACIONES LIGADAS A LA VALIDEZ INTERNA

Se trata de un estudio unicéntrico, con una intervención bien definida, homogénea para las distintas unidades de intervención y llevada a cabo por la misma persona, en la que se ha realizado una cuidadosa selección de instrumentos –psicométricamente adecuados y validados para nuestro contexto- y un riguroso análisis estadístico “externo” al programa. Material y métodos, Cap. III, p. 83.

El factor de sesgo que habitualmente es el más importante -la no homogeneidad de los grupos y/o la intervención de factores externos al programa sobre alguno de ellos- se ha controlado en nuestro caso, por medio del diseño de las características de la investigación, que corresponde a un *ECA –Ensayo Clínico Aleatorizado-*, p.85.

El elemento fundamental del ECA es el proceso de *aleatorización o randomización*, que permite la comparación de ambos grupos en todas las variables estadísticas salvo aquellas relacionadas con la intervención, lo que posibilita evitar sesgos y atribuir a la intervención educativa los elementos diferenciales encontrados tras la misma. Constituye junto a los estudios de metaanálisis la mejor prueba científica para apoyar la eficacia de las intervenciones terapéuticas –*Nivel de Evidencia I*³⁰⁰⁻³⁰¹. Como hemos visto, este diseño *resulta especialmente importante* en los estudios de menopausia, dada la marcada respuesta que se encuentra mediante el uso del placebo².

Sin embargo, *las propias características de la investigación impiden su “cegado”*³²⁹⁻³³⁰. Los programas educativos no se pueden desarrollar en forma de lo que se consideran los estudios ideales “doble ciego”, porque la intervención es explícita y las mujeres conocen la intervención, entre otros aspectos porque este aspecto constituye una obligación ética que forma parte del consentimiento informado –p.156– por lo que no puede ser “confundida” con la no intervención.

El mayor problema respecto a la validez interna de nuestra investigación lo constituye la pérdida muestral del grupo control, que corresponde en torno a 2/3 del total.

Como era razonable que las mujeres que se presentaban con la intención de incorporarse al programa educativo pudieran abandonar el mismo al no incorporarse al grupo de intervención, este elemento se tuvo en cuenta en el diseño de la investigación, y ello desde distintos puntos de vista.

Por una parte se comunicó a estas mujeres del grupo control la posibilidad de realizar con ellas un programa de intervención, posterior a la actual investigación, pero resulta evidente que ello no evitó las cuantiosas pérdidas. En todo caso, el diseño estadístico se concibió con altas tasas de abandono en este grupo, lo que ha permitido que se alcanzase una alta significatividad estadística de los cambios.

Por otra, dado el claro riesgo de introducir con el abandono un sesgo muestral, se controló la homogeneidad de los dos grupos –intervención y control– para todos los parámetros. A este respecto hay que decir que *no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las características del grupo de intervención y del grupo control*, y ello tanto para los aspectos descriptivos habituales de la muestra, como para los resultados de calidad de vida –CVRS genéricos y específicos–, así como para el resto de los aspectos evaluados –Familia, Apoyo social, HCL, etc.–.

Así pues, **la limitación interna del estudio, aparece ligada a la alta tasa de abandono en el grupo control, pero a nuestro entender parece que está suficientemente controlada** como para no poner sustancialmente en entredicho la validez interna del mismo.

2. LIMITACIONES LIGADAS A LA VALIDEZ EXTERNA

Los criterios de inclusión-exclusión fueron muy amplios, tal que permitieron la aceptación del 94% de las mujeres que lo desearon.

Se excluyeron por tanto sólo a un 6% de las mujeres, correspondiendo a aquellas que habían participado en programas “similares”, que realizaban “psicoterapia”, que no garantizaban una adecuada asistencia al programa o bien con patología psíquica grave. Todos estos elementos interferían con nuestra intervención educativa.

Así pues actuamos –sin apenas selección– sobre aquellas mujeres que deseaban participar en nuestro programa educativo.

Existió pues un “sesgo de selección externo”, en la medida que sólo acudieron al programa aquellas mujeres motivadas, que se presentaron para su inclusión.

Sin embargo no deja de ser cierto que **este sesgo es común al de las mujeres de la población a las que se desea extrapolar las conclusiones del mismo**. Además, el carácter de dicho sesgo parece limitado, habida cuenta que el estudio comparativo de nuestra muestra con la población de referencia ha mostrado su similitud en un gran número de los parámetros analizados.

Se definió de forma exhaustiva la intervención a realizar -Anexo III-3, p.195 -, que fue ejecutada por la misma profesional, para todos los grupos de mujeres. A este respecto, conviene enfatizar en el hecho que garantizar la “*extrapolabilidad de nuestros resultados*” supone garantizar también la correcta ejecución de la intervención, es decir, la “*extrapolabilidad de nuestra intervención*”.

En este sentido resulta de interés la reflexión que contempla hasta qué punto nuestra intervención es extrapolable al contexto donde pensamos que se debería implantar; la atención primaria. La preparación de la profesional que ha ejecutado el programa –médico y psicoterapeuta- dista mucho de ser la habitual en las personas que normalmente asumen este tipo de actividades en el sistema sanitario –enfermeras y/o matronas-. Tampoco la metodología de trabajo, es utilizada habitualmente en los programas de educación para la salud en el ámbito de la atención primaria. Todo ello abre una vía de investigación “naturalista”, que se contempla más adelante en el presente capítulo, p.447.

3. LIMITACIONES DE NUESTRA INVESTIGACIÓN: CONCLUSIONES

La investigación que hemos desarrollado nos permite afirmar, en un contexto de razonable seguridad estadística y para un nivel de evidencia científica grado I, que el **programa educativo** de carácter holístico que hemos desarrollado y aplicado en grupos de mujeres climatéricas de la ciudad de Salamanca, se ha mostrado **efectivo a corto plazo -3 meses-**, para mejorar su CVRS, su sintomatología climatérica y otros componentes biopsicosociales de su salud.

- *Se han controlado los factores que pueden afectar a la validez interna de la investigación*, que en parte queda limitada por su propio diseño, que supone por una parte el cegado incompleto y por otra la marcada pérdida muestral del grupo control.

- Con respecto a validez externa, *la extrapolabilidad de los resultados* al conjunto de la población española tiene que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Sólo se pueden *inferir resultados para las mujeres que cumplen los criterios de inclusión y exclusión*. Es decir, el programa es efectivo sobre mujeres de 45-59 años que desean participar en un programa educativo para el climaterio y que no presentan patología psíquica grave.

Los datos analizados nos permiten afirmar que dicha muestra es muy similar a la población coetánea de referencia, por lo que la “extrapolabilidad de resultados” puede ser probablemente inferida para el ámbito de nuestro contexto sociocultural.

- Es necesario garantizar también la “*extrapolabilidad de la intervención*”; es decir, lograr que ésta se lleve a cabo por los profesionales de AP implicados en este ámbito –médicos, enfermeros y matrones-, de forma similar a la realizada en nuestra investigación.

Entendemos por “efectividad” el grado en que una determinada intervención logra lo que pretende conseguir. Hablamos de “eficacia” cuando la intervención sanitaria se realiza en condiciones ideales. Esta perspectiva de “alejamiento de la realidad del terreno habitual”, aproxima nuestra intervención al concepto de “eficacia”, reduciendo posiblemente parte de su validez externa cuando se desarrolle en un entorno menos especializado, como el que puede ser inferido a los profesionales de AP.

C. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA

Tras nuestra investigación, estamos en condiciones de realizar alguna propuesta que representan posibles líneas de investigación futura, lo que se incardina con el cumplimiento de la hipótesis 8, p.81 y 444.

- **Evaluar la efectividad del programa educativo a más largo plazo.**

Resultaría muy interesante para la investigación ampliar la evaluación cronológica definiendo el intervalo de tiempo en que se mantienen los beneficios del programa, así como el comportamiento de los distintos aspectos de la mejoría en el mismo.

Ello nos ayudaría a definir posteriormente hasta qué punto resultan necesarias intervenciones de “refuerzo”, siendo en este caso de interés el investigar su tipo y cronología más adecuados.

- **Valorar la efectividad del programa educativo en un contexto “naturalista”.**

Nos interesaría conocer la efectividad “real” de la intervención, en el contexto en que se podría implementar en nuestro sistema sanitario.

Ello supone evaluar de nuevo la efectividad del programa tras llevarse a cabo en el ámbito de la AP, por los distintos profesionales, en su medio natural de trabajo –horario, local, etc.–y en los distintos contextos geográficos– medio urbano, semi-urbano y rural–.

- **Demostrar la eficiencia del programa.**

La efectividad de la intervención es un criterio necesario pero no suficiente para tomar la decisión político-sanitaria de poner en marcha un programa de estas características.

Desde una perspectiva estrictamente clínica, la efectividad podría ser un criterio, pero si aceptamos que los recursos destinados a mantener o aumentar la salud son limitados respecto a sus aplicaciones potenciales, es preciso tener también en cuenta el coste de los procedimientos, es decir la *relación coste/efectividad: la eficiencia*³⁴⁶.

En este sentido, a medida que se fueran teniendo datos a más largo plazo acerca de la efectividad de nuestra intervención educativa, se podrían realizar consideraciones económicas sobre la eficiencia. Ello facilitaría una valoración razonada de la “rentabilidad” de esta intervención frente a otras actuaciones sanitarias, basada no sólo en la efectividad y en la eficiencia de las mismas sino también en los valores sociales, políticos, culturales y en las preferencias de las interesadas.

- **Mejorar el contenido y la metodología del programa.**

Consideramos que el programa educativo debe contemplarse desde *una perspectiva dinámica*, ya que su contenido y metodología deberán enriquecerse con las aportaciones de las sucesivas investigaciones y adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad y población de mujeres a la que va dirigida.

Desde nuestra perspectiva, *las investigaciones futuras deberían ayudar a establecer cambios del programa que permitan mejorar progresivamente su efectividad y eficiencia*. En este sentido y como ejemplo, nuestra propia intervención actual, ha supuesto la introducción de ciertas modificaciones que ha pretendido mejorar la previa.

De forma imparable, a medida que pasa el tiempo, se irán incorporando a la transición climática nuevas generaciones de mujeres cuyas características biológicas, psíquicas y socioculturales se irán modificando y con ellas sus conocimientos, actitudes, conductas, roles, intereses, etc. Como consecuencia también se irán modificando los problemas de salud que plantean. Por ejemplo, y partiendo del contexto actual, sería presumible que acudamos a un mayor agotamiento físico-psíquico de las mujeres por efecto de la “doble jornada”, a mayores tasas de obesidad, más patología psíquica, aislamiento social, etc.

De forma simultánea se están produciendo continuos cambios en la sociedad en la que las mujeres están inmersas: fenómenos como el “nido lleno”, creciente rol trabajador de la mujer, mayor grado de tolerancia sexual, importancia creciente de los estratos demográficos de edad avanzada, desarrollo tecnológico acelerado, mayor impacto de los medios de comunicación sobre la salud, etc.

Las nuevas inquietudes y problemas de la mujer y los adelantos tecnológicos deberían incorporarse a los programas educativos futuros. Será necesario aprovechar el fenómeno social de “internet” para mejorar la efectividad y eficiencia de nuestro programa: listas de correo, *chats* de mujeres de diversas culturas, páginas *webs* con material de trabajo etc. son líneas de investigación que pueden ser ya estudiadas.

Por último y como consideración de carácter específico que podría ser objeto de estudio futuro, es la valoración de las consecuencias que tiene sobre la efectividad de la intervención la *incorporación de las parejas de las mujeres al programa*. A nuestro entender este aspecto es un reto investigador de gran interés.

- **Determinar el grado de especificidad del programa para la etapa climatérica.**

Los resultados de nuestra investigación apoyan la idea que un programa educativo de carácter holista como el nuestro actúa como una intervención sanitaria de “amplio espectro”, capaz de mejorar la CVRS de las mujeres climatéricas a través de la mejoría de muy diversas áreas, p.423.

Por ello, puede resultar de interés a este respecto, la conveniencia de valorar su *grado de especificidad*, es decir, determinar hasta qué punto este mismo programa, con pequeñas modificaciones adaptativas a otros contextos, podría resultar igualmente efectivo para mejorar la CVRS en mujeres situadas en otras fases de la vida.

VI. CONCLUSIONES

Para facilitar su exposición, hemos clasificado las conclusiones en función de la importancia que, desde nuestra perspectiva, tienen por su aportación al conocimiento científico previo en el que se incardinan.

A este respecto, diferenciamos las conclusiones que consideramos fundamentales de aquellas otras accesorias, enumerándolas ambas en orden descendente de importancia.

A. CONCLUSIONES FUNDAMENTALES

1. La investigación que hemos realizado nos permite razonablemente afirmar, con un alto nivel de evidencia científica -grado I³⁰⁰⁻³⁰¹-que el programa educativo de carácter holista que hemos desarrollado y aplicado en grupos de mujeres climatéricas de la ciudad de Salamanca, se ha mostrado efectivo a corto plazo -3 meses-, para mejorar su CVRS -Calidad de Vida Relacionada con la Salud-.

2. Desde una perspectiva cualitativa el programa actúa sobre todos los componentes que forman parte de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

- 2.1 La efectividad se ha mostrado *en todos los cuestionarios de CVRS*, y la *significatividad estadística* alcanzada en todos los casos, *ha sido muy alta* ($p < 0.001$).
- 2.2 *La efectividad se expresa en todos los aspectos s evaluados*; tanto a los de carácter somático como aquellos otros psicosociales. Se trata de un programa que podemos calificar como de “amplio espectro”.
- 2.3 *Dentro de los aspectos somáticos, el efecto* incluye genéricamente a todos ellos y *específicamente* a aquellos síntomas que se atribuyen específicamente a la transición climatérica -*Sd.Vasomotor*-.
- 2.4 *La efectividad se refiere también a todos los aspectos psicosociales evaluados*: salud mental de la mujer, relación de pareja y sexualidad, funcionamiento familiar y redes de apoyo social.

3. Desde una perspectiva cuantitativa, podemos considerar que existe un importante tamaño del efecto, viniendo ello definido por los siguientes aspectos:

- 3.1 *La mejoría conseguida se sitúa*, en todos los cuestionarios de calidad de vida -CVRS- *en torno a un tercio de la máxima mejoría posible*.
- 3.2 *El tamaño del efecto expresado específicamente mediante el estadístico eta²*, que corresponde a la proporción de la varianza justificada por la intervención, toma un valor medio para los distintos cuestionarios de CVRS *en torno al 45%*.

3.3 *La marcada reducción de las mujeres que se sitúan en los estratos disfuncionantes* de los distintos cuestionarios, y que para los distintos quinquenios del cuestionario específico del Climaterio –Escala Cervantes- se sitúa en el rango del 8-30%.

3.4 *El cambio en la situación del grupo de intervención*, que pasa de una posición inicial de peor CVRS que la población de referencia, a otra mejor en la postintervención.

3.5 *La excelente valoración subjetiva*, recogida en el cuestionario CSQ de satisfacción de las usuarias, que adjudican al programa una puntuación media de 3.69 sobre un máximo de 4.

4. Los factores presentes en las mujeres al inicio de la intervención, y que se han demostrado condicionan su efectividad, son los siguientes:

4.1 Desde una perspectiva global, la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud –CVRS- y el estado biopsicosocial de las mujeres*. Ambas presentan un carácter invertido, tal que a peor estado, mayor tamaño del efecto de la intervención.

4.2 Desde una perspectiva cuantitativa, el componente fundamental que determina el efecto de la intervención *es el estado psíquico (R²: 36%) seguido de la función Familiar (R²: 10%), ya que ambos justifican casi la mitad de la varianza de la intervención*.

5. En todo caso, las conclusiones anteriores sólo pueden ser extrapoladas a un contexto poblacional y programático específicos:

5.1 *Desde una perspectiva poblacional*, a aquellas mujeres climatéricas en que coinciden los criterios de inclusión-exclusión expuestos. Es decir, el programa es efectivo sobre mujeres de 45-59 años que desean participar en un programa educativo para el climaterio y que no presentan patología psíquica grave.

5.2 La extrapolabilidad de nuestros resultados supone garantizar también la correcta ejecución de la intervención, es decir, la “*extrapolabilidad de nuestra intervención*”.

B. CONCLUSIONES ACCESORIAS

1. Nuestra investigación representa *un poderoso refuerzo al modelo holista de aproximación sanitaria al climaterio*, que hemos expuesto en el marco teórico del presente trabajo.

1.1 Porque desde una *perspectiva experimental* se refuerzan las conclusiones extraídas a partir del marco teórico expuesto y sobre todo de la investigación previa, de carácter “*quasy-experimental*”, mediante el desarrollo actual de un ECA que corresponde a un nivel máximo de evidencia científica –Grado I-.

- 1.2 Por la *coherencia* tanto del conjunto de los resultados obtenidos en la presente investigación, como de su similitud a los del programa previo del año 1996.
 - 1.3 Por la disponibilidad de de una propuesta- hipótesis explicativa sobre el modo de actuación del programa educativo.
2. *Entendemos que los programas educativos de carácter holístico en el ámbito de la Atención Primaria deberían constituir el elemento básico de intervención sanitaria en el climaterio*, sin contraponerse a las terapias farmacológicas -incluida la THS- sino coexistiendo armónicamente con ellas.
- 2.1 Desde nuestra perspectiva, en la actuación sanitaria sobre las mujeres climatéricas debe primarse el carácter preventivo-promocionador y holista de la salud.
 - 2.2 Como consecuencia, la actuación sanitaria en el climaterio debe desarrollarse sobre todo en el ámbito de la AP *versus* al modelo de propuesta actual, centrado en las unidades de menopausia hospitalarias.
3. *El programa educativo resulta satisfactorio también desde una perspectiva subjetiva*, en cuanto da clara respuesta a las necesidades de educación para la salud, sentidas y ampliamente referidas, por las mujeres climatéricas de nuestro país.
4. Nuestra investigación, pone *a disposición* de todos los profesionales interesados, el *programa educativo* llevado a cabo, como substrato inicial de cualquier otro tipo de intervención profesional que se desee realizar.
5. *Las propuestas futuras* de mejora del programa de intervención deberán contemplar al menos los siguientes aspectos:
- 5.1 *Realización de nuevos estudios, en diferentes contextos socioculturales*, y con alto nivel de evidencia -ECA- que confirmen los resultados obtenidos.
 - 5.2 Evaluación específica en un *contexto de intervención "naturalista"*: en el medio real de aplicación, la Atención Primaria, y por los profesionales de este ámbito.
 - 5.3 *Evaluar la efectividad de la intervención, en un plazo más largo*, ayudando a conocer la cronología de mantenimiento de resultados y la de los refuerzos programáticos más adecuados.
 - 5.4 *Investigación de su eficiencia*, es decir de la relación entre coste/efectividad, que permita la evaluación del interés de su posible implementación en el contexto de otras posibles intervenciones en el ámbito sanitario.

- 5.5 *La adaptación dinámica* a las necesidades cambiantes de las nuevas generaciones de mujeres que alcanzan la edad climatérica y a la incorporación al programa de las llamadas “nuevas tecnologías”.
- 5.6 Determinar el grado de *especificidad del programa* para la etapa climatérica a la que nos hemos referido.

C. CONCLUSIONES: RESUMEN

1. Desde una perspectiva genérica **podemos considerar que hemos demostrado razonablemente y como ciertas las hipótesis planteadas al inicio de la presente investigación y específicamente aquella que corresponde a nuestra hipótesis principal** que postulaba la efectividad a corto plazo del programa educativo de carácter holista para mejorar la CVRS –Calidad de Vida Relacionada con la Salud– de las mujeres climatéricas.

La efectividad se asocia a un *tamaño del efecto* que podemos considerar clínicamente significativo, y mediado sobre todo a los cambios psicosociales conseguidos en la muestra, que por otra parte, se muestra altamente satisfecha.

La afirmación anterior se realiza con un buen nivel de evidencia científica – grado I-, a partir de los resultados obtenidos en un ECA. A este respecto consideramos asumibles las limitaciones internas de la investigación, ligadas a la ausencia de cegado y al abandono de parte de las mujeres del grupo control.

2. Nuestra investigación **consolida los resultados preliminares** obtenidos en la previa del año 96 de carácter “*quasy experimental*”.

Ambos aportan un nuevo **sustrato experimental a la perspectiva de una aproximación de intervención sanitaria de carácter preventivo-promocionador de la salud y de carácter holista, para las mujeres que se encuentran en la transición climatérica.**

La afirmación anterior se realiza teniendo en cuenta que la intervención en el medio natural “la Atención Primaria”, debe garantizar la extrapolabilidad de la intervención, como necesidad para mantener la validez externa.

3. A partir de nuestra investigación, se han perfilado **nuevas líneas de investigación futura**, que aporten mayor luz sobre algunos aspectos aún no suficientemente aclarados, como la permanencia temporal del efecto, su aplicación en la atención primaria de diferentes contextos socioculturales, así como la evaluación de su eficiencia.

VII. BIBLIOGRAFÍA*

* Las referencias bibliográficas siguen las normas estandarizadas para revistas biomédicas, conocidas habitualmente como "Normas de Vancouver". International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscript Submitted to Biomedical Journal. N Engl J Med 1997; 336:309-15. Updated October 2005. [Internet]. CMJE; 2005 [Acceso 17 de diciembre de 2005]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

1. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004 [acceso 29 septiembre 2009]. Disponible en <http://www.infodoctor.org/rafabravo/guiamenopausia.pdf>
2. NIH State of the Science Panel. NHI State of the Science Conference Statement on management of menopause-related symptoms. *Ann Intern Med* 2005; 142: 1003-13.
3. Bernis C. Cambio ambiental reciente y sus consecuencias sobre los procesos de envejecimiento reproductor en las mujeres. *Rev Esp Antrop Biol* 2001; 22: 89-96.
4. OMS. Investigaciones sobre la menopausia. Informe de un grupo científico de la OMS. Serie de informes técnicos N° 670. Ginebra: OMS; 1981.
5. Sherman S. Defining the menopausal transition. *Am J Med* 2005; 118 Supl 12B: 3-7.
6. Burger H, Woods NF, Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K, Richardson G. Nomenclature and endocrinology of menopause and perimenopause. *Expert Rev Neurother* 2007; 7(11 Supl): S35-43.
7. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 12ª edición. Barcelona: Salvat; 1990. Menopausia; p.689, Climaterio; p.227.
8. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias –AETS–. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Complicaciones patológicas de la menopausia. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III; 1995.
9. Soules MR, Sherman S, Parrot E. Executive summary: Stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Fertil Steril* 2001; 76(5): 874-8.
10. Zamarriego J, Encina JL. Incidencia real del problema. Datos estadísticos. En: Fernández E, González F, González J, Mújica I, Palacios S, Zamarriego J, editores. Menopausia. Aspectos médicos y sociales. Barcelona: Schering España; 1989. p.15-25.
11. Bernis C, Reher DS. Environmental contexts of menopause in Spain: comparative results from recent research. *Menopause* 2007; 14(4): 777-87.
12. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas* 2009; Sept 4: nc. [acceso 26 Noviembre]. Disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19733988?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordi.
13. Marín R. Menopausia y salud. Atención integral a la mujer de mediana edad. En: Sánchez-Cánovas J, coordinador. Menopausia y salud. Barcelona: Ariel; 1996. p.39-83.
14. Utian WH. Semantics, menopause-related terminology, and the STRAW reproductive aging staging system. *Menopause* 2001; 8: 398-401.
15. Brambilla DJ, McKinlay SM, Johannes C. Defining the perimenopause for application in epidemiologic investigations. *Am J Epidemiol* 1994; 140: 1091-5.
16. Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. Defining menopausal status: the impact of longitudinal data. *Maturitas* 1987; 9: 217-26.

17. Bell RJ, Lijovic M, Fradkin P, Davis SR. A pragmatic approach to the classification of menopausal status for community-based research. *Menopause* 2008; 15(5): 978-83.
18. Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, Lin H, Langan E, Kapoor S, Nelson DB. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the early changes of the menopausal transition. *Menopause* 2005; 12(2): 128-35.
19. Harlow SD, Crawford S, Dennerstein L, Burger HG, Mitchell ES, Sowers MF; ReSTAGE Collaboration. Recommendations from a multi-study evaluation of proposed criteria for staging reproductive aging. *Climacteric* 2007; 10(2): 112-9.
20. Rozenbaum H. ¿Por qué la menopausia se ha convertido en un problema de salud pública? *An R Acad Nac Med (Madr)* 1999; 116: 535-55.
21. Botella J. La edad crítica. *Climaterio y Menopausia*. Barcelona: Salvat; 1990.
22. Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos demográficos. [acceso 29 septiembre 2009]. Disponible en <http://www.ine.es>.
23. ONU. La situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2001.
24. Diczfaluzy E. Menopause, developing countries and the 21st century. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 134(Supl): 45-57.
25. WHO. Research on the menopause in the 1990s. WHO technical report series 866. Geneva: WHO; 1996.
26. Rice VM. Strategies and issues for managing menopause-related symptoms in diverse populations: ethnic and racial diversity. *Am J Med* 2005; 118 Supl 12B: 142-7.
27. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Trabajo y asuntos sociales. 2002 [acceso 17 septiembre 2005]. Disponible en http://www.mtas.es/periodico/asuntossociales/200204/as20020411_2.htm.
28. Varea C, Bernis C, Montero P, Arias S, Barroso A y González B. Secular trend and intrapopulation variation in age at menopause in Spanish women. *J Biosoc Sci* 2000; 32: 383-93.
29. Alington-MacKinnon D, Troll LE. The adaptive function of the menopause: a devil's advocate position. *J Am Geriatr Soc* 1981; 29: 349-53.
30. Rashidi A, Shanley D. Evolution of the menopause: life histories and mechanisms. *Menopause Int* 2009; 15(1): 26-30.
31. Kuhle BX. An evolutionary perspective on the origin and ontogeny of menopause. *Maturitas* 2007; 57(4): 329-37.
32. Alvarez HP. Grandmother hypothesis and primate life histories. *Am J Phys Anthropol* 2000; 113(3): 435-50.
33. International position paper on women's health and menopause: A comprehensive approach. National Institutes of Health, 2002.
34. Midgette AS, Baron JA. Cigarette smoking and the risk of natural menopause. *Epidemiology* 1990; 1: 474-80.
35. Ozumba BC, Obi SN, Obikili E, Waboso P. Age, symptoms and perception of menopause among Nigerian women. *J Obstet Gynecol Ind* 2004; 54 (6): 575-8.
36. Bairy L, Adiga S, Bhat P, Bhat R. Prevalence of menopausal symptoms and quality of life after menopause in women from South India. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009; 49(1): 106-9.

37. Benjamín F. The age of the menarche and certain factors influencing these times. *S Afr J Med* 1960; 3: 316-20.
38. Kono S, Sunagawa Y, Higa H, Sunagawa II. Age of menopause in Japanese women: trends and recent changes. *Maturitas* 1990; 12: 43-9.
39. Kauffman DW, Slone D, Rosemberg L, Miettinen OS, Shapiro S. Cigarette smoking and age at natural menopause. *Am J Public Health* 1980; 70: 420-2.
40. Sosa M, Navarro MC, Limiñana JM, Wagner A, Guerra JM, López P, Hernández D. Edad de la menopausia en las mujeres de las Islas Canarias. *Rev San Hig Pub* 1994; 68: 385-92.
41. Boldsen JL, Jeune B. Distribution of age at menopause in two Danish samples. *Hum Biol* 1990; 62: 291-300.
42. McKinlay S, Jeffreys M, Thomson B. An investigation of the age at menopause. *J Biosoc Sci* 1972; 4: 161-73.
43. Marin Torrens RM, Pastor E, Quiles J, Bueno FJ. Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica en la Comunidad Valenciana. Evaluación preliminar. *Matronas profesión* 2000; 2: 26-34.
44. Reynolds RF, Obermeyer CM. Age at natural menopause in Spain and the United States: results from the DAMES project. *Am J Hum Biol* 2005; *Am J Hum Biol.* 2005; 17(3): 331-40.
45. Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause* 2006; 13(4): 706-12.
46. Madden RM, Hidalgo AL. Menopausia: una nueva forma de neocolonialismo ideológico y económico. *Med Leg Costa Rica* 2004; 21(1): 23-30.
47. Pérez M, Gervás J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *Semergen* 1999; 25: 239-48.
48. Kaufert PA, Lock M, McKinlay SM, Avis N. Menopause as normal physiological event or as disease. En: Lorrain J, Plouffe L, Ravnika V, Speroff L, Watts N, editores. *Comprehensive management of menopause*. New York: Springer-Verlag; 1994. p.59-65.
49. Rueda JR. Menopausia, frente a los nuevos mitos y la medicalización injustificada. *Aten Primaria* 1998; 22 Supl 1: 205-7.
50. Rueda JR. Medicalization of menopause and public health. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997; 18: 175-80.
51. MacPherson KI. Osteoporosis and menopause: a feminist analysis of the social construction of a syndrome. *Adv Nurs Sci* 1985; 7: 11-22.
52. Meyer VF. The medicalization of menopause: critique and consequences. *Int J Health Serv* 2001; 31(4): 769-92.
53. Meyer V. Medicalized menopause, US style. *Health Care Women Int* 2003; 24(9): 822-30.
54. Hust SJ, Andsager JL. Medicalization vs. adaptive models? Sense-making in magazine framing of menopause. *Women Health* 2003; 38(1): 101-22.
55. Sievert LL. The medicalization of female fertility: points of significance for the study of menopause. *Coll Antropol* 2003; 27(1): 67-78.
56. Leidy LE, Canali C, Callahan WE. The medicalization of menopause: implications for recruitment of study participants. *Menopause* 2000; 7(3): 193-9.

57. De la Gándara J, Sánchez J, Díez MA, Monje E. Influencia de las actitudes, expectativas y creencias en la adaptación a la menopausia. *An Psiquiatría* 2003; 8: 329-36.
58. Gannon L, Ekstrom B. Attitudes toward menopause. The influence of sociocultural paradigms. *Psychol Women Quart* 1993; 17: 275-88.
59. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, Schocken M. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2009; 16(5): 860-9.
60. Sommer B, Avis N, Meyer P, Ory M, Madden T, Kagawa-Singer M et al. Attitudes toward menopause and aging across ethnic/racial groups. *Psychosom Med* 1999; 61: 868-75.
61. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V et al. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med* 2001; 52: 345-56.
62. Lock M. Symptom reporting at menopause: a review of cross-cultural findings. *Br Menopause Soc* 2002; 8: 132-6.
63. Utian WH, Boggs PP. The North American Menopause Society 1998 Menopause Survey. Part I: Postmenopausal women's perceptions about menopause and midlife. *Menopause* 1999; 6: 122-8.
64. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. La menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos socio-sanitarios. Madrid: Documentos Técnicos de Salud Pública; 1996.
65. Delgado A, Sánchez MC, Galindo I, Pérez C, Duque MJ. Women's attitudes to menopause and predictive variables. *Aten Primaria* 2001; 27: 3-11.
66. Mujeres y Salud en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de la Mujer, 1993.
67. Schwarz S, Völzke H, Alte D, Schwahn C, Grabe HJ, Hoffmann W et al. Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the study of health in Pomerania (SHIP). *Menopause* 2007; 14(1): 123-34.
68. Olazábal JC, García R, Montero J, García JF, Sendín PP, Holgado MA. Models of intervention in menopause. Proposal of a holistic or integral model. *Menopause* 1999; 6: 264-72.
69. Olazábal JC, Pastor F, Montero J, García R. Adscripción a los diversos modelos de concebir la menopausia del personal sanitario de Salamanca. *C Med Psicosom* 2000; (53): 16-26.
70. Avis NE, McKinlay SM. A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas* 1991; 13: 65-79.
71. Avis NE, McKinlay SM. The Massachusetts Women's Health Study: an epidemiologic investigation of the menopause. *J Am Med Wom Assoc* 1995; 50: 45-9.
72. Parsons MA, Obermeyer CM. Women's midlife health across cultures: DAMES comparative analysis. *Menopause* 2007; 14(4): 760-8.

73. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A et al. Menopause: knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas* 2009 20; 63(3): 246-52.
74. Sánchez-Cánovas J. Aspectos psicológicos de la menopausia. En: Sánchez-Cánovas J, coordinador. *Menopausia y salud*. Barcelona: Ariel; 1996. p.39-83.
75. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Estudio sociológico-libro blanco: La mujer postmenopáusica. Madrid: SEGO y Gabinete de estudio sociológicos Bernard Krief; 1996.
76. Obermeyer CM, Reher D, Alcalá LC. Decisiones terapéuticas para la menopausia. Una aproximación desde las ciencias sociales [Monografía en internet]; 2004 [acceso 14 Julio 2009]. Disponible en <http://www.ucm.es/info/geps/menresul.pdf>.
77. Barroso, A. Envejecimiento reproductor en mujeres españolas desde una perspectiva ecológica y de ciclo vital [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2003.
78. Barroso A, González B. Síntomas vasomotores y variables biológicas: ¿son diferentes las mujeres asintomáticas? En: Caro L, Rodríguez H, Sánchez E, López B, Blanco M, editores. *Tendencias actuales de la investigación en la Antropología Física Española*. León: Universidad de León; 2000. p.529-35.
79. Barroso A, Bernis C, Montero P, Arias S, González MB. Envejecimiento ovárico, composición corporal y cambios en peso en mujeres de Alcobendas. En: Varela T, editor. *Investigaciones en biodiversidad humana*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2000. p.591-7.
80. Bernis C. Ecología del envejecimiento reproductor. En Bernis C, López R, Prado C, Sebastián J, editores. *La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI. Salud y género*. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer de la Universidad Autónoma de Madrid; 2001. p.129-43.
81. Olazábal JC, García R. La Menopausia: una visión integral desde la Atención Primaria. Valladolid: Consejería de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León; 1994.
82. Olazábal JC, García R, Montero J, Sendín PP, Holgado MA. Efectividad de un programa de intervención educativa grupal sobre la calidad de vida de mujeres climatéricas. Memoria del proyecto FIS 97/0395. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria; 2000.
83. Olazábal JC, Montero J, García Paniagua R. La terapia hormonal sustitutiva desde la perspectiva de la Atención Primaria (I). *Información Periódica del Medicamento del INSALUD de Salamanca* 1998; (14): nc.
84. Olazábal JC, Montero J, García Paniagua R. La terapia hormonal sustitutiva desde la perspectiva de la Atención Primaria (I). *Información Periódica del Medicamento del INSALUD de Salamanca* 1998; (15): nc.
85. Olazábal JC, García R, Montero J, García JF, Sendín PP, Holgado MA. El reto profesional de una aproximación holística a la menopausia. *C Med Psicosom* 1999; (49-50): 67-70.
86. Olazábal JC, García Paniagua R. Estrategias de grupo en educación para la salud en mujeres climatéricas. Evaluación de resultados. Ponencia en el encuentro Programas de atención integral a las mujeres durante el climaterio de la Escuela de salud pública del Lazareto de Maó. Palma de Mallorca; 1999

87. Olazábal JC, García Paniagua R, Montero J, Pastor, F. Osteoporosis y menopausia. *Salud total de la mujer* 1999; 1(3): 156-7.
88. Olazábal JC. La necesidad de revisar las indicaciones de terapia hormonal en las mujeres postmenopáusicas. *Centro de Salud* 1999, 7(11):703-4.
89. Olazábal JC, García Paniagua R, Montero J. Ni tanto ni tan calvo. *Terapia hormonal: in medio virtus. Aten Primaria* 1999; 24(10): 622-3.
90. Olazábal JC, García Paniagua R, Montero J, García JF, Pastor F. La atención a la mujer menopáusica: un objetivo a desarrollar desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 405-14.
91. Olazábal JC, García Paniagua R, López Fidalgo J, Montero J, Sendín P. La menopausia: un cambio... a mejor. Un programa educativo para fomentar el desarrollo personal y la calidad de vida de las mujeres climatéricas. Salamanca; Real Academia de Medicina de Salamanca-Diputación de Salamanca; 2002.
92. Olazábal JC, García Paniagua R, Montero J, López Fidalgo J, Sendín P, Cardona MA (Tomo IV). En: Cuesta J, coordinadora. *Historia de la mujer española en el S.XX (IV Tomos)*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2003. Tomo IV. p.143-272.
93. Olazábal JC, García Paniagua R, Montero J, López Hidalgo J. Efectividad de un programa de intervención educativa en grupos sobre la calidad de vida de las mujeres climatéricas. En: Real Academia de Medicina de Salamanca. *Memoria 2002*. Salamanca: Real Academia de Medicina de Salamanca; 2002.
94. García Paniagua R, Olazábal JC, Montero J, Cabezón A, Juliá C. Intervención educativa desde la perspectiva de la Medicina Familiar y Comunitaria. Desarrollo y evaluación de un programa de promoción de la salud dirigido a mujeres en la edad media de la vida". Investigación correspondiente a la VIIª edición del premio de medicina "Dr. Gonzalo García Rodríguez"; apartado beca destinada a la realización de un trabajo de investigación sobre medicina familiar y comunitaria. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2008.
95. Cabezón A, Olazábal JC, Crespo LC, Juliá C, García Paniagua R, Enríquez, E. Relaciones de pareja y sexualidad durante la transición climatérica en un medio rural. Comunicación al XVI congreso Nacional y X Internacional de Medicina de Familia celebrado por la SEMG en Oviedo, 17-20 Junio 2009. Oviedo: Libro de comunicaciones SEMG; 2009.
96. Crespo LC, Olazábal JC, Cabezón A, Juliá C, García Paniagua R, Enríquez E. Aspectos somáticos de la transición climatérica en un medio rural. Comunicación al XVI congreso Nacional y X Internacional de Medicina de Familia celebrado por la SEMG en Oviedo, 17-20 Junio 2009. Oviedo: Libro de comunicaciones SEMG; 2009.
97. García Paniagua R, Olazábal JC, Cabezón A, Juliá C, Crespo LC, Rodríguez E. Aspectos que condicionan la efectividad de un programa educativo para mujeres en la edad media de la vida en la ciudad de Salamanca. Comunicación al XVI congreso Nacional y X Internacional de Medicina de Familia celebrado por la SEMG en Oviedo, 17-20 Junio 2009. Oviedo: Libro de comunicaciones SEMG; 2009.
98. Obermeyer CM, Reher D, Alcalá LC, Price K. The menopause in Spain: results of the DAMES (Decisions At MENopause) study. *Maturitas* 2005; 52(3-4): 190-8.
99. Obermeyer CM, Schulein M, Hajji N, Azelmat M. Menopause in Morocco: symptomatology and medical management. *Maturitas* 2002; 41(2): 87-95.

100. Obermeyer CM, Reynolds RF, Price K, Abraham A. Therapeutic decisions for menopause: results of the DAMES study in Central Massachusetts. *Menopause* 2004; 11(4): 456-65.
101. Sievert LL, Saliba M, Reher D, Sahel A, Hoyer D, Deeb M, Obermeyer CM. The medical management of menopause: a four-country comparison care in urban areas. *Maturitas* 2008; 59(1): 7-21.
102. Krajewska K, Krajewska-Kulak E, Heineman L, Adraniotis J, Chadzopulu A, Theodosopoyloy E et al. Comparative analysis of quality of life women in menopause period in Poland, Greece and Belorussia using MRS Scale. Preliminary report. *Adv Med Sci* 2007; 52 Supl 1: 140-3.
103. Obermeyer CM, Ghorayeb F, Reynolds R. Symptom reporting around the menopause in Beirut, Lebanon. *Maturitas* 1999; 33: 249-58.
104. Balasch J. Atención médica a la mujer postmenopáusica. *Med Integral* 1991; 17: 117-34.
105. Calvaresi E, Bryan J. Symptom experience in Australian men and women in midlife. *Maturitas* 2003; 44(3): 225-36.
106. VanHall EV, Verdel M, Velden JVD. Perimenopausal complaints in women and men: a comparative study. *Journal of Women's Health* 1994; 1: 45-9.
107. Berecki-Gisolf J, Begum N, Dobson AJ. Symptoms reported by women in midlife: menopausal transition or aging? *Menopause* 2009; 16(5): 1021-9.
108. Im EO. Ethnic differences in symptoms experienced during the menopausal transition. *Health Care Women Int* 2009; 30(4): 339-55.
109. Hall L, Callister LC, Berry JA, Matsumura G. Meanings of menopause: cultural influences on perception and management of menopause. *J Holist Nurs* 2007; 25(2): 106-18.
110. Pérez JA, Garcia FC, Palacios S, Pérez M. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas* 2009; 62(1): 30-6.
111. Lock M. Menopause in cultural context. *Exp Gerontol* 1994; 29: 307-17.
112. Bardel A, Wallander MA, Svardssudd K. Hormone replacement therapy and symptom reporting in menopausal women: a population-based study of 35-65- year-old women in mid-Sweden. *Maturitas* 2002; 41(1): 7-15.
113. Chim H, Tan BH, Ang CC, Chew EM, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas* 2002; 41(4): 275-82.
114. Leung TN, Haines CJ, Chung TK. Five-year compliance with hormone replacement therapy in postmenopausal Chinese women in Hong Kong. *Maturitas* 2001; 39(3): 195-201.
115. Harlow SD, Crawford SL, Sommer B, Greendale GA. Self-defined menopausal status in a multi-ethnic sample of midlife women. *Maturitas* 1997; 36(2): 93-112.
116. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, Powell LH, Sutton-Tyrrell K, Meyer PM. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause* 2003; 10(1): 19-28.
117. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner C et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med* 2001; 63(4): 603-8.

118. Von Muhlen DG, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. A community-based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. *Maturitas* 1995; 22(2): 71-8.
119. McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla DJ. The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged women. *J Health Soc Behav* 1987; 28: 345-63.
120. Flint MP. The menopause: Reward or punishment? *Psychosomatics* 1975; 16: 161-3.
121. Dumbrell MJ. A positive approach to menopause. *Can Nurs* 1995; 91: 47-8.
122. Lawton BA, Rose SB, Cormack DM, Stanley J, Dowell AC. The menopause symptom profile of Maori and non-Maori women in New Zealand. *Climacteric* 2008; 11(6): 467-74.
123. Lock M, Kaufert P, Gilbert P. Cultural construction of the menopausal syndrome: the Japanese case. *Maturitas* 1988; 10: 317-32.
124. Obermeyer CM. Menopause across cultures: a review of the evidence. *Menopause* 2000; 7(3): 184-92.
125. Broekmans FJ, Soules MR, Fauser BC. Ovarian aging: mechanisms and clinical consequences. *Endocr Rev* 2009; 30(5): 465-93.
126. Burger HG, Hale GE, Dennerstein L, Robertson DM. Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. *Menopause* 2008; 15(4 Pt1): 603-12.
127. Stearns V, Ullmer L, Lopez JF, Smith Y, Isaacs C, Hayes DF. Hot flushes. *Lancet* 2002; 360: 1851-61.
128. Obermeyer CM, Reher D, Saliba M. Symptoms, menopause status, and country differences: a comparative analysis from DAMES. *Menopause* 2007; 14(4): 788-97.
129. Cardozo L, Bachmann G, McClish D, Fonda D, Birgerson L. Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 722-7.
130. North American Menopause Society. The role of local vaginal estrogen for treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women: 2007 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2007; 14(3 Pt1): 355-69.
131. Dennerstein L, Guthrie J, Birkhäuser M, Sherman S. Symptoms and the menopause. International position paper on women's health and menopause: A comprehensive approach. *National Institutes of Health* 2002; 43-63.
132. Greendale GA, Lee NP, Arriola ER. The Menopause. *Lancet* 1999; 353: 571-80.
133. Sánchez R, Rupérez O, Delgado MA, Mateo R, Hernando MA. Prevalencia de la incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 421-4.
134. Winokur G. Depression in the menopause. *Am J Psychiatry* 1973; 130: 92-3.
135. Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas* 1992; 14: 143-55.

136. Kuh DL, Wadsworth M, Hardy R. Women's health in midlife: the influence of the menopause, social factors and health in earlier life. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 923-33.
137. Avis NE, Crawford S, Stellato R, Longcope C. Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through menopause. *Climacteric* 2001; 4: 243-49.
138. Hardy R, Kuh D. Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1975-88.
139. Matthews KA, Bromberger JT. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med* 2005; 118 Suppl 12B: 25-36.
140. Vesco KK, Haney EM, Humphrey L, Fu R, Nelson HD. Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric* 2007; 10(6): 448-65.
141. El-Guebaly N, Atchison B, Hay W. The menopause: stressors and facilitators. *Can Med Assoc J* 1984; 131: 865-9.
142. Dennerstein L, Soares CN. The unique challenges of managing depression in mid-life women. *World Psychiatry* 2008; 7(3): 137-42.
143. Masters WH, Johnson V. *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica; 1981.
144. López F, Olazábal JC. *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide; 1998.
145. López F, Fuertes A. *Para comprender la sexualidad*. Estella (Navarra): Verbo Divino; 1989.
146. Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res* 2003; 14: 64-82.
147. Avis NE, Brockwell S, Randolph JF Jr, Shen S, Cain VS, Ory M et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2009; 16(3): 442-52.
148. Osborn M, Hawton K, Oath D. Sexual dysfunction among middle aged women in the community. *BMJ* 1988; 296: 959-62.
149. Chedraui P, San Miguel G, Avila C. Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors. *Gynecol Endocrinol* 2009; 25(2): 130-5.
150. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Rüffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause* 2004; 11(6 Pt2): 726-40.
151. Dennerstein L, Leher P. Women's sexual functioning, lifestyle, mid-age, and menopause in 12 European countries. *Menopause* 2004; 11(6 Pt2): 778-85.
152. Lock M. Contested meanings of the menopause. *Lancet* 1991; 337: 1270-2.
153. Alexander JL, Dennerstein L, Woods NF, Halbreich U, Kotz K, Richardson G et al. Arthralgias, bodily aches and pains and somatic complaints in midlife women: etiology, pathophysiology and differential diagnosis. *Expert Rev Neurother* 2007; 7(11 Supl): S15-26.
154. Dugan SA, Powell LH, Kravitz HM, Everson Rose SA, Karavolos K, Luborsky J. Musculoskeletal pain and menopausal status. *Clin J Pain* 2006; 22(4): 325-31.

155. Szoek CE, Cicuttini FM, Guthrie JR, Dennerstein L. The relationship of reports of aches and joint pains to the menopausal transition: a longitudinal study. *Climacteric* 2008; 11(1): 55-62.
156. OMS. Evaluación del riesgo de fractura y su aplicación en la detección de la osteoporosis postmenopáusica. Serie de informes técnicos N° 843. Ginebra: OMS; 1994.
157. Christiansen C, Riis B, Rapado A. La epidemia silenciosa: Osteoporosis postmenopáusica. Manual para la profesión médica. Dinamarca: Fundación Europea de Osteoporosis y Enfermedades Óseas-AHOEMO; 1990.
158. Díez A. Epidemiología de la osteoporosis. En: Rapado A, Díaz M. Manual práctico de osteoporosis en Atención Primaria. Madrid: Jarpyo-PHOEMO; 1996.
159. Naves M, Díaz-López JB, Gómez C, Rodríguez-Rebollar A, Rodríguez-García M, Cannata-Andia JB. The effect of vertebral fracture as a risk factor for osteoporotic fracture and mortality in a Spanish population. *Osteoporos Int* 2003; 14: 520-4.
160. Law M. Prevención de las fracturas osteoporóticas. En: Arden NK, Spector TD. Osteoporosis ilustrada. Guía ilustrada de la osteoporosis. Cleveland: Atlas Medical Publishing-MSD; 1998. p.88-99.
161. Norton R, Campbell J, Lee-Joe T, Robinson E, Butler M. Circunstancias asociadas con caídas que provocan fracturas de cadera entre ancianos. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1108-12.
162. Hui SL, Slemenda CW, Johnston CC Jr. Age and bone mass as predictors of fracture in a prospective study. *J Clin Invest* 1988; 81: 1804-9.
163. Tunstall-Pedoe H. Myth and paradox of coronary risk and the menopause. *Lancet* 1998; 351: 1425-7.
164. Hogervorst E, Yaffe K, Richards M, Huppert F. Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004.
165. Greendale GA, Huang MH, Wight RG, Seeman T, Luetters C, Avis NE et al. Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women. *Neurology* 2009; 72(21): 1850-7.
166. Henderson VW. Cognitive changes after menopause: influence of estrogen. *Clin Obstet Gynecol* 2008; 51(3): 618-26.
167. Henderson VW. Menopause, cognitive ageing and dementia: practice implications. *Menopause Int* 2009; 15(1): 41-4.
168. Mulnard RA, Cotman CW, Kawas C, van Dyck CH, Sano M, Doody R et al. Estrogen replacement therapy for treatment of mild to moderate Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Alzheimer's Disease Cooperative Study*. *JAMA* 2000; 283(8): 1007-15.
169. Resnick SM, Espeland MA, Jaramillo SA, Hirsch C, Stefanick ML, Murray AM et al. Postmenopausal hormone therapy and regional brain volumes: the WHIMS-MRI Study. *Neurology* 2009; 72(2): 135-42.
170. Henderson VW. Estrogen-containing hormone therapy and Alzheimer's disease risk: understanding discrepant inferences from observational and experimental research. *Neuroscience* 2006; 138(3): 1031-9.

171. Lethaby A, Hogervorst E, Richards M, Yesufu A, Yaffe K. Terapia de reemplazo hormonal para la función cognitiva en mujeres postmenopáusicas. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, N° 3. [acceso 25 Noviembre 2009]. Disponible <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab003122.html>.
172. Donovan JC. The menopausal syndrome; a study of case histories. *Am J Obstet Gynecol* 1951; 62(6): 1281-91.
173. Neugarten BL, Kraines RJ. Menopausal symptoms in women of various ages. *Psychosom Med* 1965; 27: 266-73.
174. McKinlay SM, Jefferys M. The menopausal syndrome. *Br J Prev Soc Med* 1974; 28: 108-15.
175. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N et al. The relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40±55 years of age. *Am.J. Epidemiol* 2000; 152(5): 463-73.
176. Ruiz R, Luna L. La incorporación de un nuevo modelo en medicina: consecuencias teórico prácticas. *Aten Primaria* 1992; 10: 629-34.
177. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.
178. Lock M. Models and practice in medicine: menopause as syndrome or life transition? *Cult Med Psychiatry* 1982; 6: 261-80.
179. Jean B. La menopause: une approche holiste. *L'Infirmière Canadienne* 1985; 27: 31-3.
180. Barile LA. Theories of menopause. Brief comparative synopsis. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997; 35: 36-9.
181. McKay SW. Holistic health care: challenge to health providers. *J Allied Health* 1980; 9: 194-201.
182. Mendham C, Rees C. Menopause. A positive change. *Nurs Times* 1992; 88: 34-5.
183. Simón FB, Stierlin H, Wynne LC. Vocabulario de terapia familiar. Buenos Aires: Gedisa; 1988. Crisis; p.94-5, Holismo; p.187-8, Paradigma, modelo y libro Die Holistische Welt de Smuts; p.262-5.
184. Von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas. México DF: Fondo de cultura económica; 1986.
185. Diccionario enciclopédico University de términos médicos Inglés-Español. México: Interamericana; 1981. Change of life; p.206, Crisis; p.261.
186. Sheehy G. Las crisis de la edad adulta. 3ª edición. Barcelona: Grijalbo; 1984.
187. Dickson GL. A feminist poststructuralist analysis of the knowledge of menopause. *Adv Nurs Sci* 1990; 12: 15-31.
188. Salvatierra V. La menopausia como transición psicosocial. En: Comino R, coordinador. La menopausia hoy. Actas del XV curso de verano realizado en San Roque, 1994, 11-30 Julio. Cádiz: Universidad de Cádiz; 1995. p.7-46.
189. Benedek T. Climacterium: a developmental phase. *Psychoanal Q* 1950; 19: 1-27.

190. Duran M. Acercamiento pseudohormonal: Fitoestrógenos. En: Cano A, Bonilla-Musoles F, Tortajada M, Juliá MD, editores. Avances en la atención integral al climaterio. Cursos y ponencias del V Congreso Nacional de la AEEM. Valencia: AEEM; 1998. p.241-52.
191. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE, Cancelo MJ, Bonilla H, Muñoz I et al. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas* 2004; 48(4): 425-31.
192. Grüm A. La mitad de la vida como tarea espiritual. La crisis de los 40-50 años. 3ª edición. Madrid: Narcea SA; 1989.
193. Greer G. El cambio: mujeres, vejez y menopausia. Barcelona: Círculo de lectores SA; 1994.
194. Deeks AA. Is this menopause? Women in midlife-psychosocial issues. *Aust Fam Phisician* 2004; 33(11): 889-93.
195. Marín R, Sánchez Cánovas J, Donat F, Dupuy MJ, Salas MD. Acontecimientos vitales más frecuentes en mujeres de 45-64 años. Repercusión como estresores psicofísicos. *Aten Primaria* 1996; 17(8): 512-516.
196. Fradejas LC, Olazábal JC, Cabezón A, Juliá C, García Paniagua R, Enríquez E. Aspectos psicoafectivos de la transición climaterica en un medio rural. Comunicación al XXVIII congreso de Medicina Familiar celebrado por la SEMFYC en Madrid, 19-22 Noviembre 2008. Madrid: Libro de comunicaciones SEMFYC; 2008.
197. De la Revilla L, de los Ríos Alvarez AM, de Dios Luna del Castillo J. Factores que intervienen en la producción de problemas psicosociales. *Aten Primaria*. 2007; 39(6): 305-11.
198. Cannon WB. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Nueva York: Appleton, 1929.
199. Lief A. The commonsense psychiatry of Adolf Mayer. Nueva York: McGraw-Hill, 1948.
200. Selye H. The stress of life. Nueva York: McGraw-Hill; 1956.
201. Cuadros JL, González F, González MM, Padilla MC, Sabatel RM. Menopausia: problemática social. *Toko Ginecol Pract* 1990; 49: 28-31.
202. Jones J. Embodied meaning: menopause and the change of life. *Soc Work Health Care* 1994; 19: 43-65.
203. George SA. The menopause experience: a woman's perspective. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31(1): 77-85.
204. Anarte MT, Cuadros JL. La menopausia: modelo del estrés. *Toko Ginecol Pract* 1996; 55: 93-8.
205. Hunter MS, Liao KLM. Determinants of treatment choice for menopausal hot flushes: hormonal versus psychological versus no treatment. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 101-8.
206. Stefanick ML. Estrogens and progestins: background and history, trends in use, and guidelines and regimens approved by the US Food and Drug Administration. *Am J Med* 2005; 118 Supl 12B: 64-73.
207. Ziel HF, Finkle WD. Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. *N Engl J Med* 1975; 33: 1167-70.

208. Anderson GL, Judd HL, Kaunitz AM, Barad DH, Beresford SA, Pettinger M et al. Women's Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on gynecologic cancers and associated diagnostic procedures: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA* 2003; 290: 1739-48.
209. Nelson HD, Humphrey LL, LeBlanc E, Miller J, Takano L, Chan BKS et al. Postmenopausal hormone replacement therapy for primary prevention of chronic conditions. Summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [acceso 13 septiembre 2009]. Disponible en <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/hrt/hrtsum1.htm>.
210. Manson JE, Hsia J, Johnson KC, Rossouw JE, Assaf AR, Lasser NL et al. Estrogen plus progestin and the risk of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2003; 349: 523-34.
211. Wassertheil-Smoller S, Hendrix SL, Limacher M, Heiss G, Kooperberg C, Baird A et al. WHI Investigators. Effect of estrogen plus progestin on stroke in postmenopausal women: the Women's Health Initiative: a randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 2673-84.
212. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 1998; 280(7): 605-13.
213. Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M et al. Cardiovascular disease outcome during 6.8 years of hormone therapy. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study Follow-up. *JAMA* 2002; 288(1): 49-57.
214. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-33.
215. Benet M, Carvajal A, García J, Álvarez A, Vega T. Tratamiento hormonal sustitutivo en España. Un estudio de utilización. *Med Clin (Barc)* 2002; 119(1): 4-8.
216. MacLennan AH, Gill TK, Broadbent JL, Taylor AW. Continuing decline in hormone therapy use: population trends over 17 years. *Climacteric* 2009; 12(2): 122-30.
217. Lukes A. Evolving issues in the clinical and managed care settings on the management of menopause following the Women's Health Initiative. *J Manag Care Pharm* 2008; 14(3 Suppl): 7-13.
218. Ness J, Aronow WS, Newkirk E, McDanel D. Use of hormone replacement therapy by postmenopausal women after publication of the Women's Health Initiative Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med* 2005; 60(4): 460-2.
219. Castelo-Branco C, Ferrer J, Palacios S, Cornago S. The prescription of hormone replacement therapy in Spain: differences between general practitioners and gynaecologists. *Maturitas* 2006; 55(4): 308-16.
220. Bermejo MJ, Pérez IR. Physicians and the prescription of hormone replacement therapy in Spain. *Health Policy* 2005; 73(1): 58-65.
221. Luoto R. Hot flushes and quality of life during menopause. *BMC Womens Health* 2009; 9: 13.
222. MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst rev* 2004; (4). [acceso 26 Noviembre 2009]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495039>

223. Utian WH, Archer DF, Bachmann GA, Gallagher C, Grodstein F, Heiman JR et al; North American Menopause Society.Collaborators. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2008; 15(4 Pt1): 584-602.
224. North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in peri- and postmenopausal women: March 2007 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2007; 14(2): 168-82.
225. The North American Menopause Society. A decision tree for the use of estrogen replacement therapy or hormone replacement therapy in postmenopausal women: consensus opinion of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2000; 7(2): 76-86.
226. Skouby SO, Al-Azzawi F, Barlow D, Calaf-Alsina J, Gompel A, Graziottin A et al for European Menopause and Andropause Society. Climacteric medicine: European Menopause and Andropause Society (EMAS) 2004/2005 position statements on peri- and postmenopausal hormone replacement therapy. *Maturitas* 2005; 51(1): 8-14.
227. Pitkin J, Rees MC, Gray S, Lumsden MA, Marsden J, Stevenson J et al; British Menopause Society Council. Managing the menopause: BMS Council Consensus statement on HRT. *J Br Menopause Soc* 2004; 10(1): 33-6.
228. Gast MJ, Freedman MA, Vieweg AJ, De Melo NR, Girão MJ, Zinaman MJ; Dyspareunia Study Group.Collaborators.*Menopause* 2009;16(2): 247-56.
229. Texon O, Márquez FG. Calidad de vida en mujeres climatéricas con y sin tratamiento hormonal de reemplazo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44(6): 541-5.
230. Hess R, Colvin A, Avis NE, Bromberger JT, Schocken M, Johnston JM et al.The impact of hormone therapy on health-related quality of life: longitudinal results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2008; 15(3): 422-8.
231. Welton AJ, Vickers MR, Kim J, Ford D, Lawton BA, MacLennan AH et al; WISDOM team. Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomized controlled trial. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab* 2009; 5(3): 136-7.
232. Willet WC, Walter C, Colditz GA, Stampfer M. Postmenopausal estrogens opposed, unopposed or none of the above. *JAMA* 2000; 283: 534-535.
233. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Guideline on clinical investigation of medicinal products for hormone replacement therapy of estrogen deficiency symptoms in postmenopausal women, October 2005. [acceso 27 Noviembre 2009]. Disponible en <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/ewp/002197en.pdf>.
234. Agencia Española del Medicamento. Nota informativa de la AEMPS sobre la terapia hormonal en la menopausia, 3 octubre 2008 [acceso 27 Noviembre 2009]. Disponible en <http://www.aemps.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/terapiaHormonal-oct08.htm>.
235. Nelson HD, Vesco KK, Haney E, Fu R, Nedrow A, Miller J et al. Non hormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2006; 295(17): 2057-71.
236. Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J. Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst rev* 2007; (4). [acceso 27 Noviembre 2009]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943751>.

237. SEMFYC. Folleto informativo del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Barcelona: SEMFYC; 1996.
238. Lindh-Astrand L, Hoffmann M, Hammar M, Kjellgren KI. Women's conception of the menopausal transition-a qualitative study. *J Clin Nurs* 2007; 16(3): 509-17.
239. Lemaire GS, Lenz ER. Perceived uncertainty about menopause in women attending an educational program. *Int J Nurs Stud* 1995; 32: 39-48.
240. Hunter MS, O'Dea I, Britten N. Decision-making and hormone replacement therapy: a qualitative analysis. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1541-8.
241. Hunter MS, Liao KLM. Problem-solving groups for mid-aged women in general practice: A pilot study. *J Reprod Infant Psychol* 1995; 13: 147-51.
242. McKinlay SM. Issues in design, measurement, and analysis for menopause research. *Exp Gerontol* 1994; 29: 479-93.
243. Contreras A, Toscano T, Toronjo AM, García FM, López V. Las mujeres y la menopausia: ¿qué saben? ¿qué sienten? ¿qué demandan? *Enfermería Científica* 1997; (188-189): 13-9.
244. Neugarten BL. Time, age, and the life cycle. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 887-94.
245. Napholz LA. A descriptive study on working women's knowledge about midlife menopause and health care practices. *Occup Health Nurs* 1985; 33: 510-2.
246. Standing TS, Glazer G. Attitudes of low-income clinic patients toward menopause. *Health Care Women Intern* 1992; 13: 271-80.
247. Gannon L, Stevens J. Portraits of menopause in the mass media. *Women Health* 1998; 27: 1-15.
248. García FM, Toronjo AM, López V, Contreras A, Toscano T. Educación para la salud sobre el climaterio: un consenso sobre sus contenidos. *Aten Primaria* 1997; 20: 536-42.
249. García FM. Necesidades de educación para la salud en el climaterio: necesidades normativas y necesidades reales de las mujeres andaluzas. Palma de Mallorca; 1999. Encuentro Programas de atención integral a las mujeres durante el climaterio de la Escuela de salud pública del Lazareto de Maó.
250. Huston SA, Jackowski RM, Kirking DM. Women's trust in and use of information sources in the treatment of menopausal symptoms. *Womens Health Issues* 2009 ;19(2): 144-53.
251. WHO. Constitution of the World Health Organization. Ginebra: World Health Organization; 1946. [acceso 29 septiembre 2009]. Disponible en: http://www.who.int/rarebooks/official_records/constitution.pdf.
252. Lorig KR, Ritter PL, Dost A, Plant K, Laurent DD, McNeil I. The Expert Patients Programme online, a 1-year study of an internet-based self-management programme for people with long-term conditions. *Chronic Illn* 2008; 4(4): 247-56.
253. Lorig KR, Ritter PL, Laurent DD, Plant K. The internet-based arthritis self-management program: a one-year randomized trial for patients with arthritis or fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2008; 59(7): 1009-17.
254. Liao KLM, Hunter MS. Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas* 1998; 29: 215-24.

255. Hunter M, O'Dea I. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 249-55.
256. Wijma K, Melin A, Nedstrand E, Hammar M. Treatment of menopausal symptoms with applied relaxation: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997; 28: 251-61.
257. Nedstrand E, Wijma K, Wyon Y, Hammar M. Vasomotor symptoms decrease in women with breast cancer randomized to treatment with applied relaxation or electro-acupuncture: a preliminary study. *Climacteric* 2005; 8: 243-50.
258. Nedstrand E, Wijma K, Wyon Y, Hammar M. Applied relaxation and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Maturitas* 2005; 51: 154-62.
259. Zabarowska E, Brynhildsen J, Damberg S, Fredriksson M, Lindh-Astrand L, Nedstrand E et al. Effects of acupuncture, applied relaxation, estrogens and placebo on hot flashes in postmenopausal women: an analysis of two prospective, parallel, randomized studies. *Climacteric* 2007; 10(1): 38-45.
260. Carmody J, Crawford S, Churchill L. A pilot study of mindfulness based stress reduction for hot flashes. *Menopause* 2006; 13: 760-69.
261. Huertas M, Sanz, F. Terapia de mujeres en un centro de salud. *Salud* 2000 1990; 20-22.
262. Pastor E. Mujer y calidad de vida. Resultados del programa de atención integral a la mujer climatérica de la Comunidad Valenciana. Palma de Mallorca; 1999. Encuentro Programas de atención integral a las mujeres durante el climaterio de la Escuela de salud pública del Lazareto de Maó.
263. Dupuy MJ, Marín RM, Donat F. Promoción de la salud en mujeres climatéricas. El rol de la matrona. *Rev ROL Enf* 1994; (193): 17-23.
264. Amparán M. Grupo de apoyo a mujeres perimenopáusicas. En: PAPPS-SEMFYC. Comunidad 1: Noticias y recursos para la práctica comunitaria. Barcelona: SEMFYC; 1998. p.42.
265. Anarte MT, Cuadros JL. Actitud ante la menopausia: datos obtenidos tras la aplicación de un programa de tratamiento psicológico asociado al tratamiento hormonal sustitutivo. *Acta Ginecol* 1996; 53: 27-32.
266. Rodríguez MJ, Teno E, Sánchez MR, Martín JL, Luna JD. Actitud y apoyo social en la menopausia. Evaluación de una intervención grupal. *Centro de Salud* 1997; 5: 29-33.
267. Troyano T, Saucedo JM, Berzal M, Carmona MI, Matey C, Nieto E. Evaluación de una propuesta de educación para la salud en la menopausia. *Centro de Salud* 1998; 6: 286-8.
268. Anarte MT, Cuadros JL, Herrera J. Hormonal and psychological treatment: therapeutic alternative for menopausal women? *Maturitas* 1998; 29: 203-13.
269. Díaz ME. Taller de autocuidados en la menopausia. En: PAPPS-SEMFYC. Comunidad 1: Noticias y recursos para la práctica comunitaria. Barcelona: SEMFYC; 1998. p.43.

270. García C, Martínez C, Alfaro M, Martínez F, Huedo F, López J. Educación para la salud: repercusión de un programa de autoayuda en el estado psíquico de mujeres perimenopáusicas. *Aten Primaria* 1998; 22: 215-9.
271. Blanco P. La promoción de la salud de las mujeres en la edad media de la vida desde la perspectiva de género. Nuestra experiencia en talleres dirigidos a grupos de mujeres en centros de salud de la Comunidad de Madrid 1995-99. Palma de Mallorca; 1999. Encuentro Programas de atención integral a las mujeres durante el climaterio de la Escuela de salud pública del Lazareto de Maó.
272. Sueiro E, Perdiz C, Carballeira MM, Rodríguez JA, González A, Gayoso P. Promoción de la salud: intervención psicológica en un grupo de mujeres en el climaterio. II. Una experiencia práctica. *Psicología Conductual* 1999; 7: 155-67.
273. Camuñas N, Ramón MC, Martín-Nieto M, Aranda D, Sánchez-Arcilla JI, Cano A. Implantación de un programa para el manejo de la ansiedad y depresión en mujeres menopáusicas. En: Libro de ponencias y publicaciones del VI Congreso Nacional de la AEEM. Barcelona: AEEM; 2000.
274. Sánchez-Arcilla I, Herrero A, Aranda D, García P. Evolución de los factores de riesgo cardiovascular después de un año en un programa de menopausia. *Salud Total de la Mujer* 2000; 2: 41-6.
275. Jiménez de Luque MP, Serrano I, Sabaté I, Satrústegui B, Azcona C. Educación sanitaria en la menopausia. Valoración a largo plazo. *ROL Enf* 2000; 23: 27-31.
276. Montealegre FJ, Linares V, Sánchez-Ruano C. Mujer en el Climaterio. Resultados de la implementación de un programa de salud. *Rev Enferm* 2003; 26(1):12-8.
277. Villaverde C, Araújo E, Cruz F, Roa JM, Barbosa W, Ruíz G. Quality of life of rural menopausal women in response to a customized exercise programme. *J Adv Nurs* 2006; 54(1): 11-9.
278. Saucedo P, Abellán J, Gómez P, Leal M, Ortega E, Colado JC, Sáinz de Baranda P. Efectos de un programa de ejercicio estructurado sobre el riesgo cardiovascular en la mujer postmenopausica, Estudio Cliderica. *Aten Primaria* 2008; 40(7): 351-6.
279. Larroy C, Gutiérrez S. Intervención cognitivo-conductual en la sintomatología menopáusica. Efecto a corto plazo. *Psicothema* 2009; 21(2): 255-61.
280. Aguiló M, López D, Siles LA, López A. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria* 2002; 29: 26-32.
281. Grupo de trabajo de SEMFYC. Perfil profesional básico del médico de familia. Documentos Técnicos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria nº 4. Barcelona: SEMFYC; 1994.
282. WONCA-OMS. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. [acceso 25 Noviembre 2009]. Disponible en http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/1/documentos_haciendo_el_ejercicio.pdf.
283. Boggs PP, Rosenthal MB. Helping women help themselves: developing a menopause discussion group. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43: 207.

284. Robinson GE, Stirtzinger R. Psychoeducational programs and support group at transition to menopause. En: Stewart DE, Robinson GE, editors. A clinician's guide to menopause. Clinical practice. Washington DC, USA: Health Press International; 1997. p.165-79.
285. Hers HN. A psychoeducational support group for menopausal women [tesis doctoral]. Alameda, USA: California School of Professional Psychology; 1996.
286. Rolnick SJ, Fortman KK, Bloom F. Exemplary programs on midlife women's health issues in managed care settings. *Am J Managed Care* 1999; 5: 995-1003.
287. Granville G. Facilitating a menopause support group. *Health Visit* 1990; 63: 82-3.
288. Weiss B. From workplace to community: an educational support program for menopause in transition. En: Berg G, Hammar M. The modern management of the menopause. A perspective for the 21st century. The proceedings of the VII International Congress on the Menopause, Stokolm, Sweden, 1993. New York: The Parthenon Publishing Group Inc; 1994. p.91-7.
289. Utian WH. Menopause clinics: purpose, function and international comparisons. Workshop 15. En: Van Keep P, Utian WH, Vermeulen A. The controversial climacteric. The proceedings of the Third International Congress on the Menopause held in Ostend, Belgium, 1981 June. Hingham, USA: MTP Press Limited; 1982. p.147-61.
290. Hamburger S, Anderson ER. The value of education and social-psychological support in a menopause clinic. *Ann New Y Acad Sci* 1990; 592: 242-9.
291. McCracken M. Forming a menopause support group. *Health Visit* 1988; 61: 142.
292. Schneider S. Menopausia: la otra fertilidad. Barcelona: Ediciones Urano; 1992.
293. Grenier L. At the crossroads of my life. A holistic prevention and health promotion program. *Can Mental Health* 1987; (december):14-7.
294. Generalitat Valenciana. Programa de atención integral a la mujer climatérica. Monografías Sanitarias. Serie E. N° 8. Valencia: Consellería de Sanitat y Consum de la Generalitat Valenciana; 1992.
295. Generalitat Valenciana. Guía del programa de atención integral a la mujer climatérica. Valencia: Consellería de Sanitat y Consum de la Generalitat Valenciana; 1992.
296. Sánchez Cánovas J, Marín RM, Salas MD, Pastor E, Zorroza J, López M. Valoración de la calidad de vida en mujeres climatéricas y su relación con factores somáticos. Análisis del cambio. Memoria de Investigación. Expediente N° 48/97. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la mujer; 1999.
297. Tremblay A, Sheeran L, Aranda SK. Psychoeducational interventions to alleviate hot flashes: a systematic review. *Menopause* 2008; 15(1): 193-202.
298. Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford . Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford [acceso el 12/2/2009]. Disponible en http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp.
299. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2003; 169: 207-8.
300. US Preventive Task Force. Guía de Medicina Preventiva. Barcelona: Medical Trends; 1998.

301. Guerra JA, Martín P, Santos JM. Las revisiones sistemáticas, niveles de evidencia y grado de recomendación. En: Fistera, Guías Clínicas 2003; supl 1:1. [acceso el 23/8/2009]. Disponible en http://www.fistera.com/mbe/mbe_temas/19/revis_sist.asp.
302. Stirtzinger R, Robinson GE, Crawford B. Educational approach to menopausal distress. *Can Fam Physician* 1992; 38: 285-91.
303. Rothert M, Holmes-Rovner M, Rovner D, Kroll J, Breer L, Talarczyk G et al. An educational intervention as decision support for menopausal women. *Res Nurs Health* 1997; 20: 377-87.
304. Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, Grodstein F, Colditz GA, Speizer FE et al. Trends in the incidence of coronary heart disease and changes in diet and lifestyle in women. *N Engl J Med* 2000; 343(8): 530-7.
305. Keith C. Discussion group for posthysterectomy patients. *Health Soc Work* 1980; 5: 59-63.
306. Gill AA, Veigl VL, Shuster JJ, Notelovitz M. A well woman's health maintenance study comparing physical fitness and group support programs. *Occup Ther J Res* 1983; 4: 287-308.
307. Stevenson DW, Delprado DJ. Multiple component self-control program for menopausal hot flashes. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1983; 14: 137-40.
308. Germaine LM, Freedman RR. Behavioral treatment of menopausal hot flashes: evaluation by objective methods. *J Consul Clin Psychol* 1984; 52: 1072-9.
309. Freedman RR, Woodward S. Behavioral treatment of menopausal hot flashes: evaluation by ambulatory monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 436-9.
310. Weiss B. From workplace to community: an educational support program for menopause in transition. En: Berg G, Hammar M. The modern management of the menopause. A perspective for the 21st century. The proceedings of the VII International Congress on the Menopause, Stokolm, Sweden, 1993. New York: The Parthenon Publishing Group Inc; 1994. p.91-7.
311. Irvin JH, Domar AD, Clark C, Zuttermeister PC, Friedman R. The effects of relaxation response training on menopausal symptoms. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17: 202-7.
312. Motheral BR, Fairman KA. Patient education programs and continuance with estrogen replacement therapy: evaluation of the women's health exchange. *Menopause* 1998; 5: 35-42.
313. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Zibecchi L, Kahn B, Belin TR. Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors: results of a randomized controlled trials. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 1054-64.
314. O'Connell E. Mood, energy, cognition, and physical complaints: a mind/body approach to symptom management during the climacteric. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(2): 274-9.
315. Keefer L, Blanchard EB. A behavioral group treatment program for menopausal hot flashes: results of a pilot study. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2005; 30(1): 21-30.
316. Elavsky S, McAuley E. Exercise and self-esteem in menopausal women: a randomized controlled trial involving walking and yoga. *Am J Health Promot* 2007; 22(2): 83-92.

317. Elavsky S, McAuley E. Physical activity and mental health outcomes during menopause: a randomized controlled trial. *Ann Behav Med* 2007; 33(2): 132-42.
318. Elkins G, Marcus J, Stearns V, Perfect M, Rajab MH, Ruud C et al. Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors. *JCO* 2008; 26: 5008-10.
319. Aldana E, Eugenia M, Morales FA, Gaviño F. Síntomas psicológicos en un grupo de mujeres climatéricas, antes y después del proceso psicoterapéutico. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75(5): 268-76.
320. Drennan V, Mc Geeney S. Menopausal support. *Nurs Mirror* 1985; 160(23): 27-8.
321. Greene JG, Hart DM. Evaluation of a psychological treatment programme for climacteric women. *Maturitas* 1987; 9: 41-8.
322. Jones RC, Keene M, Greene F. The middle year group: a holistic approach to the management of the menopause in primary care. *Maturitas* 1999; 33: 95-8.
323. Fenlon D. Relaxation therapy as an intervention for hot flushes in women with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 1999; 3: 223-31.
324. Fenlon D, Corner JL, Haviland JS. A randomized controlled trial of relaxation training to reduce hot flushes in women with primary breast cancer. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35(4): 397-405.
325. Schmid-Heinisch R. Fair to middling. *Nurs Mirror* 1985; 161: 29.
326. Duijts SF, Oldenburg HS, van Beurden M, Aaronson NK. Cognitive behavioral therapy and physical exercise for climacteric symptoms in breast cancer patients experiencing treatment-induced menopause: design of a multicenter trial. *BMC Womens Health* 2009; 9(1): 15.
327. Ueda M, Matsuda M, Okano K, Suenaga H. Longitudinal study of a health education program for Japanese women in menopause. *Nurs Health Sci* 2009; 11(2): 114-9.
328. Jiménez J. Como iniciar un trabajo de investigación. *Aten Primaria* 1998; 5: 107-16.
329. Cobos-Carbó, A. Ensayos clínicos aleatorizados (CONSORT). *Med Clin* 2005; 125 (Supl 1): 21-27.
330. Pita S. Estudios experimentales en la práctica clínica. Investigación terapéutica. Ensayos clínicos. En: Gómez de la Cámara, A, editor. *Manual de Medicina Basada en la Evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en Atención Primaria*. Madrid: Jarpyo Editores; 1998. p.147-63.
331. Real Decreto 63/1995 de ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE 10 de febrero de 1995. Anexo I. p. 4541.
332. Dirección General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD. Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: INSALUD; 1997. p.2. Punto IV: Atención a la mujer en la menopausia.
333. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-INSALUD; 1998. p.61-6. Punto IV: Atención a la mujer en el climaterio.
334. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Gobierno de Canadá; 1974.

335. OMS. Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Informe sobre la conferencia internacional de Atención Primaria de Salud Alma Ata (URSS) en 6-12 septiembre 1978. Serie Salud para todos, nº1. Ginebra (Suiza): OMS; 1978
336. Conferencia internacional sobre promoción de la salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Rev San Hig Pub 1987; 61: 129-33.
337. Comisión de las comunidades europeas. Decisión del parlamento europeo y del consejo por la que se establece un segundo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud y la protección de los consumidores (2007-2013) Bruselas: Comisión de las comunidades europeas; 2006. [acceso 2 septiembre 2009]. Disponible en <http://ec.europa.eu/health/phoverview/pgm2007-2013es.htm>.
338. Eco U. Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura. Barcelona: Gedisa SA; 1989.
339. Badía X, Rovira J. Evaluación económica de medicamentos. Un instrumento para la toma de decisión en la práctica clínica y la política sanitaria. No consta lugar: Luzan Ediciones y Dupont-Pharma; 1994.
340. Arnal J, Del Rincón D, Latorre A. Investigación educativa: fundamentos y metodología. Barcelona: Labor; 2001.
341. Marquès P. Metodologías de investigación. modelo para el diseño de una investigación educativa. Barcelona: Departamento de pedagogía aplicada. Facultad de educación. Universidad Autónoma de Barcelona; 1996 (última revisión: 14/01/09). [acceso 1 septiembre 2009]. Disponible en <http://www.pangea.org/peremarques/edusoft.htm#inicio>.
342. Naranjo, M. Evaluación de programas de salud. Comunidad y Salud 2006; 4 (2).
343. Lamas MM, Pita S. El consentimiento informado en los ensayos clínicos. Aten Primaria 1998; 5: 99-103.
344. SACYL. Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación y Ordenación. Guía de consentimiento informado, 2006. [acceso 1 septiembre 2009]. Disponible en http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?pgseed=1232929274753&idContent=231915&locale=es_ES&textOnly=false.
345. Bonet A. Análisis de la eficiencia de los programas de salud. Manuales de referencia en Atención Primaria. Madrid: Doyma-Astra Zéneca; 2000.
346. Fernández-Ballesteros R. Cuestiones conceptuales en la evaluación de los programas. En: Fernández-Ballesteros R, editor. Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Madrid: Síntesis SA; 1996. p: 21-47.
347. Rogers CR. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós Ibérica; 2000.
348. Rogers, C. Grupos de encuentro. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2004.
349. Rogers, C Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1997.
350. Maslow A. Motivación y personalidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1991.
351. Maslow A. La personalidad creadora. Barcelona: Kairós; 1987.
352. Maslow A. El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser. Barcelona: Kairós; 1989.
353. Frankl V La voluntad de sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia. 4ª edición. Barcelona: Herder; 1990

354. Frankl V. El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano. 1ª edición. Barcelona: Paidós Ibérica; 1999.
355. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 1980.
356. Frankl V. Ante el vacío existencial. Barcelona: Herder; 1990.
357. Vázquez C, Hervás G, editores. Psicología Positiva Aplicada. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2008.
358. Seligman M. La auténtica felicidad. Barcelona: Byblos; 2005.
359. WHO. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra: WHO; 1998. [acceso 26 Noviembre 2009]. Disponible en <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
360. WHO. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41(10): 1403-9.
361. Pérez MJ, Echauri M. En la madurez... Guía educativa para promover la salud de las mujeres. Pamplona: Fondo de publicaciones del Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 1996.
362. Argyle M. La psicología de la felicidad. Madrid: Alianza; 1992.
363. Salleras L. Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
364. Serrano MI. La educación para la salud del siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
365. Subirana M, Ribala R. Pensamiento positivo. ¿Quién manda en tu vida? Barcelona: RBA; 2006.
366. Blay A. Creatividad y plenitud de vida. Barcelona: Iberia; 1987.
367. Fromm E. El miedo a la libertad. Barcelona: Paidós; 1989.
368. Liberman RP, Wheeler EG, De Visser LAJM, Kuehnel J, Kuehnel T. Manual de terapia de pareja. Bilbao: Desclée de Brouwer SA; 1987.
369. Bono E. Un sombrero para su mente. Barcelona: Urano; 2004.
370. Bono E. Seis sombreros para pensar. Una guía de pensamiento para gente de acción. Barcelona: Granica; 1996.
371. D'Aansenbourg T. Deja de ser amable ¡Sé auténtico! Santander: Sal Terrae; 2001.
372. Seligman M. Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia gratificante. Barcelona: RBA; 2007.
373. Tolle E. El poder del ahora. Un camino hacia la realización espiritual. Madrid: Gaia; 2001.
374. Tolle E. Practicando el poder del ahora. Enseñanzas, meditaciones, y ejercicios esenciales extraídos de el poder del ahora. Madrid: Gaia; 2003.
375. Carrion S. Curso de practitioner en PNL. La nueva técnica para el cambio y el éxito. Barcelona: Obelisco; 2001.
376. Mardus CB. Ser feliz. Cómo acabar con las preocupaciones en un segundo. Barcelona: Grijalbo autoayuda; 1996.
377. Gieger R. Manual de terapia racional emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1981.
378. Ellis R, McClintock A. Teoría y práctica de la comunicación humana. Barcelona: Paidós; 1993.

379. Sidelsky R, García-Prieto F. El poder creador de la mente. 1ª edición. Barcelona: Robin Book; 1991.
380. Watzlawick P. El arte de amargarse la vida. Barcelona: Herder; 1983.
381. Watzlawick P. Cambio. Barcelona: Herder; 1982.
382. Watzlawick P. El lenguaje del cambio. Barcelona: Herder; 1983.
383. O'Hanlon W H, Davis W. En busca de soluciones. Barcelona: Paidós; 1990.
384. Covey SR. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. Barcelona: Paidós-Círculo de lectores SA; 1997.
385. O'Hanlon B. Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida. Barcelona: Paidós; 2003.
386. Papp P. El proceso de cambio. Buenos Aires: Paidós; 1988.
387. Csikszentmihalyi M. Aprender a fluir. Barcelona: Paidós; 1998.
388. Greenberg L. Emociones: una guía interna. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2000.
389. Kertész R. Análisis transaccional integrado. Buenos Aires: IPPM; 1985.
390. Valles AA. Inteligencia emocional. Aplicaciones educativas. Madrid: EOS; 2000.
391. Bisquerra R. Educación emocional y bienestar. Barcelona: Praxis; 2000.
392. Valles A, Valles C. Inteligencia emocional. Aplicaciones educativas. Madrid: EOS 2000.
393. LeDoux J. El cerebro emocional. Barcelona: Planeta; 1999.
394. Goleman D. La Inteligencia emocional. Madrid: Kairos; 1996.
395. Goleman D. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairós; 1999.
396. Greenberg LS, Rice LN, Elliot R. Facilitando el cambio emocional. Barcelona: Paidós; 1996.
397. Greenberg LS, Paivio SC. Trabajar las emociones en psicoterapia. Barcelona: Paidós; 1999.
398. Marina JA. El laberinto sentimental. Barcelona: Anagrama; 1996.
399. Berne E. Juegos en los que participamos. Barcelona: RBA; 2007.
400. Berne E. ¿Qué dice usted después de decir hola? 1ª edición. Barcelona: Grijalbo; 1999.
401. Berne E. Análisis transaccional en psicoterapia. Buenos Aires: Psique; 1979.
402. Gardner H. Inteligencias múltiples. Barcelona: Paidós; 1995.
403. Davis M, McKay M, Eshelman ER. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
404. Lukas E. Equilibrio y curación a través de la logoterapia. Barcelona: Paidós; 2004.
405. Marquier A. El poder de elegir. Barcelona: Luciérnaga; 2006.
406. Oller J. Vivir es autorrealizarse. Barcelona: Kairós; 1998.
407. Steiner C. Los guiones que vivimos. Barcelona: Kairós; 1992.
408. Roman J, Senlle A, Pastor E, Poblete M, Gutierrez G. Análisis transaccional: modelos y aplicaciones. Barcelona: CEAC; 1983.
409. Maquirriain J. Intimidación humana y análisis transaccional. Madrid: Narcea; 1987.
410. Berne E. Concerning the nature of Communication. Psychiatric Quarterly 1953, 27: 185-98.

411. Berne E. Introducción al tratamiento de grupo. Barcelona: Grijalbo; 1983.
412. Valvuenza F. Eric Berne teórico de la comunicación. 1ª edición. Barcelona: Edipo; 2006.
413. English F. Yo estoy bien, tú estás bien (adulto). En Friedlander M, editor. Artículos seleccionados de análisis transaccional (1971-1980). Madrid: CCS; 2007.
414. Steiner C. La economía de las caricias. En Friedlander M, editor. Artículos seleccionados de análisis transaccional (1971-1980). Madrid: CCS. 2007.
415. Blay, A. Caminos de autorrealización. Barcelona: Cedel; 1982.
416. Capra F. La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Barcelona: Anagrama; 1999.
417. Macy J. Mutual causality in buddhism and general systems theory: The dharma of natural system (Buddhist studies series). NY: State University of New York Press; 1991.
418. Fox W. Approaching deep ecology: A response to Richard Sylvan's critique of deep ecology. Tasmania: Centre for environmental studies, University of Tasmania; 1986.
419. Fox W. Toward a transpersonal ecology: developing new foundations for environmentalism. Boston: Shambhala Publications; 1990.
420. Kanner AD, Roszak T, Gomes ME. Ecopsychology: restoring the earth, healing the mind. 1ª edición. San Francisco (USA): Sierra Club Books; 1995.
421. Costa M, López E. Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide; 1996.
422. Saínz M. Educación para la salud. Madrid: Adeps; 1984.
423. Turabian JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. Madrid: Díaz de santos, 1992
424. Rochón A. Educación para la salud. Barcelona: Masson; 1991.
425. Isebaert L. Terapia breve e hipnosis centrada en las soluciones. Material aportado por el autor en el Master en Terapia Sistémica en 26-27 enero 2006. Salamanca: UPSA; 2006.
426. Emerick J. PNL. Sé la persona que quieres ser. Barcelona: Urano; 1998.
427. Jaoui H. Vivir, cambiar, crecer. Guía del éxito y del desarrollo personal. Barcelona: Planeta; 2002.
428. Satir V. Psicoterapia familiar conjunta. México: La prensa médica mejicana; 1986.
429. Llauger MA, Contijoch C. Autocuidados y atención primaria. Aten Primaria 1997; 19: 267-70.
430. OMS. Conference international information center on sep-help and health. Ginebra: OMS; 1987.p.33-37.
431. Owen N. La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003.
432. Lakoff G. Metáforas de la vida cotidiana. Madrid: Cátedra; 2004.
433. Campillo RM. El cuento terapéutico: el método de la magia. Revista SEFPSI 2004; 7 (1-2): 193-208.
434. Moix Q. Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. Papeles del Psicólogo 2006; 27(2): 116-22.

435. Burns G. El empleo de la metáfora en psicoterapia. 101 historias curativas. Barcelona: Masson; 2003.
436. Rojí MB. La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia. 2ª edición. Madrid: UNED; 1987.
437. Lucas M. Trabajar con grupos. Talleres de trabajo en equipo y habilidades en comunicación. Jaén: Junta de Andalucía. Distrito sanitario de Linares; 1994.
438. Francia A, Mata J. Dinámica y técnicas de grupos. Madrid: CCS; 1992.
439. Andreola BA. Dinámica de grupos. 3ª edición. Cantabria: Sal Terrae; 1984.
440. Beauchamp A, Graveline R, Quiviger C. Como animar un grupo. 5ª edición. Cantabria: Sal Terrae; 1977.
441. McNamara BM. Menopause: a survey of attitudes and knowledge. *Issues Health Care Women* 1981; 3: 263-76.
442. Zichella L. The importance of life style after menopause. *Int J Fertil* 1995; 40 (Supl 1): 9-15.
443. Wallstom BS, Wallstom KA, Kaplan GD, Maides SA. Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *J Consult Clin Psychol* 1976; 44: 580-5.
444. Bowles C. Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. *Nurs Res* 1986; 35: 81-5.
445. Frey KA. Middle-aged women's experience and perceptions of menopause. *Women Health* 1981; 6: 25-36.
446. Theisen SC, Mansfield PK, Seery BL, Voda A. Predictors of midlife women's attitudes toward menopause. *Health Values* 1995; 19: 22-31.
447. Groeneveld FP, Bareman FP, Baretzen R, Dokter HJ, Drogendijk AC, Hoes AW. Relationships between attitude towards menopause, well-being and medical attention among women aged 45-60 years. *Maturitas* 1993; 17: 77-88.
448. Leiblum SR, Swartzman LC. Women's attitudes toward the menopause: an update. *Maturitas* 1986; 8: 47-56.
449. Burri AV, Cherkas LM, Spector TD. Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *J Sex Med.* 2009; 6(7):1930-7.
450. Calnan M. Control over health and patterns of health-related behaviour. *Soc Sci Med* 1989; 29: 131-6.
451. Pastor MA, López S, Rodríguez J, Sánchez S, Salas E, Pascual E. Expectativas de control sobre la experiencia del dolor: adaptación y análisis preliminar de la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud. *Psicol Salud* 1990; 2: 91-111.
452. López ML, Orós V. Alimentación en menopausia y Osteoporosis. Curso de actualización de Nutrición en Atención Primaria, SEMERGEN, 2007. [acceso 9 septiembre 2009]. Disponible en <http://www.semergen.es/semergen/curso-8215>.
453. Hagey AR, Warren MP. Role of exercise and nutrition in menopause. *Clin Obstet Gynecol.* 2008; 51(3): 627-41.
454. Duffy ME. Determinants of health promotion in midlife women. *Nurs Res* 1988; 37: 358-62.
455. NIH consensus development panel on optimal calcium intake 1994. *JAMA* 1994; 272:1942-8.

456. Velasco JA. Prevención del riesgo cardiovascular. Barcelona: Astra-Sociedad Española de Cardiología; 1996.
457. Coll G, Salleras N. Modificaciones del estilo de vida en pacientes hipertensos. *Aten Primaria* 1998; 22: 596-606.
458. Fernández I. Mejor salud a través de un mejor estilo de vida. *Bandolera* 2000; 78: 3. [acceso 23 agosto del 2000]. Disponible en <http://www.infodoctor.org/bandolera/b-78-3.html>.
459. Alonso JM, Bellas B, Cierco P, Gávez M, González J, Martín N et al por el grupo de prevención del cáncer del PAPPs. Prevención del cáncer. *Aten Primaria* 1999; 24(Supl 1): 76-98.
460. Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot A. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 1999; 24(Supl 1): 118-32.
461. Subías P, Kauzá K, Casanovas E, García M, Iglesias J, Jiménez A et al. Estudio de la efectividad del PAPPs (1998) y resultados preliminares de la evaluación del PAPPs (1999). *Aten Primaria* 1999; 24(Supl1): 11-7.
462. Pines A, Berry EM. Exercise in the menopause-an update. *Climacteric* 2007; 10 Supl 2: 42.
463. Daley A, MacArthur C, Mutrie N, Stokes-Lampard H. Exercise for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007. [acceso 26 Noviembre 2009]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943886>.
464. Brambilla DJ, McKinlay SM, Johannes C. Defining the perimenopause for application in epidemiologic investigations. *Am J Epidemiol* 1994; 140: 1091-5.
465. Pereira MA, Kriska AM, Day RD, Cauley JA, LaPorte RE, Kuller LH. A randomised walking trial in postmenopausal women. Effects on physical activity and health 10 years later. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1695-701.
466. Kushi LH, Fee RM, Folsom AR, Mink PJ, Anderson KE, Sellers TA. Physical activity and mortality in postmenopausal women. *JAMA* 1997; 277: 1287-92.
467. Guthrie JR, Smith AM, Dennerstein L, Morse C. Physical activity and the menopause experience: a cross-sectional study. *Maturitas* 1994; 20: 71-80.
468. Teoman N, Ozcan A, Acar B. The effect of exercise on physical fitness and quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 2004; 20; 47(1): 71-77.
469. McTiernan A, Stanford JL, Daling JR, Voigt LF. Prevalence and correlates of recreational physical activity in women aged 50-64 years. *Menopause* 1998; 5: 95-101.
470. Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999; 318: 487-93.
471. Peattie AB, Plevnik S, Stanton SL. Vaginal cones: a conservative method of treating genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 1019-53.
472. Aslan E, Komurcu N, Beji NK, Yalcin O. Bladder training and Kegel exercises for women with urinary complaints living in a rest home. *Gerontology* 2008; 54(4): 224-31.
473. Hay-Smith EJ, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (1): CD005654. [acceso 26 Noviembre 2009]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437536>

474. Di Benedetto P, Coidessa A, Floris S. Rationale of pelvic floor muscles training in women with urinary incontinence. *Minerva Gynecol* 2008; 60(6): 529-41.
475. González JV, Aragón J, Hervías B, Martínez F, Sarriugarte GA. Anticoncepción hormonal después de los 40 años. En: Buil C, por la Sociedad Española de Contracepción, editor. *Manual de anticoncepción hormonal oral*. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción-Laboratorios Wyeth Lederle; 1997. p.225-49.
476. The ESHRE Capri Workshop Group. Female contraception over 40. *Hum Reprod Update* 2009; 15(6): 599-612.
477. Williams L. The perimenopause: contraception advice. *RCM Midwives* 2007; 10(7): 336-7.
478. Dexeus S, Manubens M, Martínez F, Gómez-Sugrañes MT. Contracepción en la premenopausia. En: Abad L, Navarro J, editores. *Avances en contracepción hormonal*. Madrid: Acción Médica; 1992. p.81-9.
479. Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 41.
480. McKay M, Davis M, Fanning P. *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
481. McKay M, Fanning P. *Autoestima. Evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
482. Greenberg J, Solomon S, Psyzczynski T, Rosemblat A, Burling J, Lyon D et al. Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *J Pers Soc Psychol* 1992; 63: 913-22.
483. Greenwald AG. The totalitarian ego: fabrication and revision of personal history. *Am Psychol* 1980; 35: 603-18.
484. Beutel ME, Glaesmer H, Decker O, Fischbeck S, Brähler E. Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause* 2009; 16(6): 1132-8.
485. McQuaide S. Women at midlife. *Soc Work* 1998; 43: 21-31.
486. Siegrist J, Fernández JA, Hernández R. Perspectiva sociológica de la calidad de vida. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 22-4.
487. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, et al. The epidemiologic evidence for a relationships between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 521-37.
488. Broadhead WE, Gelhbach SH, De Gruy FV, Kaplan BH. Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Medical Care* 1989; 27: 221-33.
489. Broadhead WE, Gelhbach SH, De Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Support Questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-23.
490. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98(2): 310-57.
491. Montero I, Ruiz I, Hernandez I. Social functioning as a significant factor in women's help-seeking behaviour during the climacteric period. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1993; 28:178-83.

492. Simpson EE, Thompson W. Stressful life events, psychological appraisal and coping style in postmenopausal women. *Maturitas* 2009; 63(4): 357-64.
493. Feliu ME, Güel MA. Relación de pareja. Técnicas para la convivencia. Barcelona: Martínez Roca; 1992.
494. Montero E. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica* 2004; 1(2, artículo 6). 2004 [acceso 15 septiembre 2009]. Disponible en <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>.
495. Rossi, PH, Freeman HE, Lipsey MW. *Evaluation: A Systematic Approach*. Sage Publications; 1999.
496. Organización para la cooperación y el desarrollo económico –OECD-. Review of the DAC Principles; 2004 [acceso 12 septiembre 2009]. Disponible en <http://www.oecd.org/dac/evaluation>.
497. Bowling A. La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson; 1994.
498. Alonso J. Desarrollo y aplicación de instrumentos de medida de la salud y la calidad de vida. *Actas del Symposium Internacional Mujer y Calidad de Vida de Barcelona* celebrado el 25-26 de octubre de 1990. Barcelona; 1990.
499. Viana A. Calidad de vida. *An Med Interna* 1994; 11: 359-61.
500. González U. El concepto de calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cub Salud Pública*, 2002; 28(2): 157-75.
501. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002; 11: 193-205.
502. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit* 2000; 14(2):163-7.
503. Ferrer J. Recomendaciones del grupo de trabajo sobre calidad de vida y climaterio (Grupo MenQoL). Barcelona: Libro de ponencias y comunicaciones del VI congreso de la AEEM celebrado en Barcelona 9-12 Mayo del 2000; 2000. p:163-7.
504. Bobes J, Bousoño M, Iglesias C, González MP. Calidad de vida: concepto. En: Bobes J, González MP, Bousoño M, editores. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: Prous; 1995. p.1-12.
505. WHO. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-9.
506. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Instrumentos de Calidad de Vida relacionada con la Salud en la edad pediátrica. Documento de Evaluación. Revisión sistemática de la literatura. Barcelona: AETRM; 2006. [acceso 29 agosto 2009]. Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/da0601es.pdf>.
507. Fernández JA. La medición de la calidad de vida en salud: una evidencia científica de resultados. En: Gómez de la Cámara A, coordinador. *Manual de medicina basada en la evidencia. Elementos para su desarrollo en Atención Primaria*. Madrid: Jarpyo; 1998. p.165-80.
508. Fernández JA, Orozco D, Hernández R. Calidad de vida relacionada con la salud: una técnica comunicativa aplicable a la atención primaria. *Manuales de referencia en Atención Primaria*. Madrid: Doyma-Astra Zéneca; 2000.

509. Orero A, Marín MT, Rodríguez ML, González J. Calidad de vida, calidad de tratamiento. JANO 1996; 51: 425- 30.
510. Valtueña JA. Directrices de la OMS en materia de salud. JANO 1994; 47(Extra): 18-20.
511. Wiklund I, Romanus B, Hunt SM. Self-assessed disability in patients with artrosis of the hip joint. Reliability of the Swedish version of the Nottingham Health Profile. Intern Disability Stud 1988; 10: 159-63.
512. Parkerson GR Jr, Broadhead WE, Tse CK. Quality of life and functional health of primary care patients. J Clin Epidemiol 1992; 45: 1303-13.
513. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 3ª edición. Barcelona: Edimac; 2002.
514. Fernández JA, Hernandez R, Cueto A. Calidad de vida. Algunas consideraciones metodológicas. Med Integral 1993; 22: 422-6.
515. Wiklund I, Karlberg J. Evaluation of quality of life in clinical trials. Selecting quality of life measures. Control Clin Trials 1991; 12(Supl): S204-S216.
516. Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. Med Clin (Barc) 1997; 108: 458-9.
517. Guyat GH, Veldhuyzen Van Zanten SJO, Feeny DH, Patrick DL. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy review. CMAJ 1989; 140: 1441-8.
518. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. Qual Life Res 1998; 7(4): 323-35.
519. Badía X, Brosa M. Menopausia y calidad de vida. Revisión de indicadores para su evaluación. Acta Obstet Gynecol Scand edición española 1991; 4: 328-36.
520. Wiklund I. Methods of assessing the impact of climacteric complaints on quality of life. Maturitas 1998; 29: 41-50.
521. Karlberg J, Mattsson LA, Wiklund I. A quality of life perspective on who benefits from estradiol replacement therapy. Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74: 367-72.
522. Wiklund I, Holst J, Karlberg J, Mattsson LA, Samsioe G, Sandin K et al. A new methodological approach to the evaluation of quality of life in postmenopausal women. Maturitas 1992; 14: 211-24.
523. Wiklund I, Karlberg J, Lindgren R, Sandin K, Mattson LA. A Swedish version of the Women's Health Questionnaire. A measure of postmenopausal complaints. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72: 648-55.
524. Wiklund I, Berg G, Hammar M, Karlberg J, Lindgren R, Sandin K. Long-term effect of transdermal hormonal therapy on aspects of quality of life in postmenopausal women. Maturitas 1992; 14: 225-36.
525. Alonso J, Antó JM. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud: características generales y proceso de adaptación transcultural. Quaderns CAPS 1990; 14: 16-24.
526. Badía X, Lizán L. Estudios de Calidad de Vida. Barcelona: Cuadernos de atención Primaria; 2005.
527. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de "clase social" basado en la ocupación. Gac Sanit 1989; 3: 320-6.

528. Carmen X, San Martín R. Análisis de la varianza con medidas repetidas. Cuadernos de estadística. Madrid: La Muralla SA-Hespérides SL; 2000.
529. Bisquerra. Introducción conceptual al análisis multivariante. Barcelona: PPU; 1989.
530. Hunt K. Perceived value of treatment among a group of long term users of hormone replacement therapy. *J R Coll Gen Practitioners* 1988; 38: 399-401.
531. Engel NS. Menopausal stage, current life change, attitude toward women's roles, and perceived health status. *Nurs Res* 1987; 36: 353-7.
532. Pérula LA, Martínez J, Ruiz R, Fonseca J. Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido: estudio poblacional. *Aten Primaria* 1995; 16: 323-9.
533. Lee S, Grant D. The effect of question order on self-rated general health status in a multilingual survey context. *Am J Epidemiol* 2009; 169(12): 1525-30.
534. Kaplan G, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine- year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 292-304.
535. Mosey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 72: 800-8.
536. McEwen LN, Kim C, Haan MN, Ghosh D, Lantz PM, Thompson TJ et al. Are health-related quality-of-life and self-rated health associated with mortality? Insights from Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD). *Prim Care Diabetes* 2009; 3(1): 37-42.
537. Rohrer JE, Arif A, Denison A, Young R, Adamson S. Overall self-rated health as an outcome indicator in primary care. *J Eval Clin Pract* 2007; 13(6): 882-8.
538. Rohrer JE, Young R, Sicola V, Houston M. Overall self-rated health: a new quality indicator for primary care. *J Eval Clin Pract* 2007; 13(1): 150-3.
539. Dennerstein L, Dudley EC, Guthrie JR. Predictors of declining self-rated health during the transition to menopause. *J Psychosom Res* 2003; 54(2):147-53.
540. Bernhard LA, Sheppard L. Health, symptoms, self-care, and dyadic adjustment in menopausal women. *J Women Aging* 1992; 22: 456-61.
541. Duetz M, Abel T, Meier C, Niemann S. Self rated health, life satisfaction and personal characteristics of postmenopausal women under estrogen replacement therapy. *Maturitas* 2000; 35: 71-9.
542. Wilkin D, Hallan L, Doggett MA. Measures of need and outcome for primary health care. Oxford, UK: Oxford University Press; 1992.
543. McDowell I, Newell C. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires. Oxford, UK: Oxford University Press; 1987.
544. Hunt K, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams I, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health* 1980; 34: 281-6.
545. Woods NF. Menopause: challenges for future research. *Exp Gerontol* 1994; 29: 237-43.
546. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15A: 221-9.
547. McKenna SP, Hunt SM, McEwen J, Pope C. Changes in perceived health of patients recovering from fractures. *Public Health* 1984; 98: 97-102.

548. Azpiazu GM, Cruz JA, Villagrasa F, Abanades JC, Garcia MN, Alvarez de Mon RC. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31(5): 285-92.
549. Marti-Valls J, Alonso J, Lamarca R, Pinto JL, Auleda J, Girvent R et al. Efectividad y costes de la intervención de prótesis total de cadera en siete hospitales de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 Supl2: 34-9.
550. Palomo L, Gervas J. Mortalidad a los 2 años en pacientes crónicos confinados en el domicilio. *Aten Primaria* 2000; 25(3): 176-80.
551. Prieto L, Alonso J. Exploring health preferences in sociodemographic and health related groups through the paired comparison of the items of the Nottingham Health Profile. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(7): 537-43.
552. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80: 704-8.
553. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994; 3: 385-93.
554. Prieto L, Alonso J, Viladrich MC, Antó JM. Scaling the Spanish Version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weights. *J Clin Epidemiol* 1996; 49(1): 31-8.
555. Lamarca R, Alonso J, Santed R, Prieto L. Performance of a perceived health measure in different groups of the population: a comprehensive study in Spain. *J Clin Epidemiol* 2001; 54(2): 127-35.
556. Saadoun K, Ringa V, Fritel X, Varnoux N, Zins M, Bréart G. Negative impact of urinary incontinence on quality of life, a cross-sectional study among women aged 49-61 years enrolled in the GAZEL cohort. *Neurourol Urodyn* 2006; 25(7): 696-702.
557. Meeuwse IB, Samson MM, Duursma SA, Verhaar HJ. The influence of Tibolone on quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 2002; 41(1): 35-43.
558. Ryan N, Rosner A. Quality of life and costs associated with micronized progesterone and medroxyprogesterone acetate in hormone replacement therapy for nonhysterectomized postmenopausal women. *Clin Ther* 2001; 23(7): 1099-115.
559. Oleksik A, Lips P, Dawson A, Minshall ME, Shen W, Cooper C et al. Health-related quality of life in postmenopausal women with low BMD with or without prevalent vertebral fractures. *J Bone Miner Res* 2000; 15(7): 1384-92.
560. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil M, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19(2):135-50.
561. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-6.
562. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 11: 410-6.

563. Alonso J, Prieto L, Ferrer M, Vilagut G, Broquetas JM, Roca J et al for the Quality of Life in COPD Study Group. Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Epidemiol* 1998; 51(11):1087-94.
564. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34: 220-33.
565. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE et al. Crossvalidation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1171-8.
566. César LA, Gowdak LH, Mansur AP. The metabolic treatment of patients with coronary artery disease: effects on quality of life and effort angina. *Curr Pharm Des* 2009; 15(8): 841-9.
567. Alesii A, Mazzarella F, Mastrilli E, Fini M. The elderly and quality of life: current theories and measurements. *G Ital Med Lav Ergon* 2006; 28(3 Supl2): 99-103.
568. Clark TJ, Khan KS, Foon R, Pattison H, Bryan S, Gupta JK. Quality of life instruments in studies of menorrhagia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 104(2): 96-104.
569. Fernando HC, de Hoyos A. Quality of life measurement in the management of gastroesophageal reflux disease. *Sur Clon North Am* 2005; 85(3): 453-63.
570. Forestier R, Desfour H, Tessier JM, Françon A, Foote AM, Genty C et al. Spa therapy in the treatment of knee osteoarthritis, a large randomised multicentre trial. *Ann Rheum Dis* 2009; Sep 3. [acceso 26 Noviembre 2009]. Disponible en <http://ard.bmj.com/cgi/content/abstract/ard.2009.113209v1>.
571. Williams LT, Young AF, Brown WJ. Weight gained in two years by a population of mid-aged women: how much is too much? *Int J Obes (Lond)* 2006; 30(8): 1229-33.
572. Woo J, Lau E, Ho SC, Cheng F, Chan C, Chan AS et al. Comparison of Pueraria lobata with hormone replacement therapy in treating the adverse health consequences of menopause. *Menopause* 2003; 10(4): 352-61.
573. Coakley EH, Kawachi I, Manson JE, Speizer FE, Willet WC, Colditz GA. Lower levels of physical functioning are associated with higher body weight among middle-aged and older women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22(10): 958-65.
574. Brown WJ, Dobson AJ, Mishra G. What is a healthy weight for middle aged women? *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22(6): 520-8.
575. Kuppermann HS, Blatt MHG, Wiesbader H, Filler W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the Menopausal and Amenorrheal Index. *J Clin Endocrinol Metab* 1953; 13: 688-70.
576. Palacios S. Protocolos terapéuticos en la menopausia. Barcelona: MIRPAL; 1994.
577. Hunter M. The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol Health* 1992; 7: 45-54.
578. Schenider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric* 2000; 3(1): 50-8.

579. Utian WH, Janata JW, Kingsberg SA, Schluchtger M, Hamilton JC. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause* 2002; 9(6): 402-10.
580. Buendía J, Rodríguez R, Yubero N, Martínez-Vizcaíno V. Design and validation of a questionnaire in Spanish for measuring the quality of life in postmenopausal women: The MENCAV questionnaire. *Aten Primaria* 2001; 27(2): 94-100.
581. Buendía J, Valverde JA, Romero A, Ulla SM, Cobo A, Martínez Vizcaíno V. Validation of a menopause quality of life scale: the MENCAV scale. *Maturitas* 2008; 59(1): 28-37.
582. Palacios S, Ferrer-Barriandos J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X et al for the Grupo Cervantes. Design of a new specific quality of life scale for menopause in Spanish language, the Cervantes Scale. *Climacteric* 2002; 5 Supl1: 159.
583. Palacios S, Ferrer-Barriandos J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X et al for the Grupo Cervantes. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia: desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(6): 205-11.
584. Palacios S, Parrilla JJ, Ferrer J, Castelo-Branco F, Manubens M, Alberich X et al for the Grupo Cervantes. Escala Cervantes de Calidad de Vida en la Menopausia. [CD Room]. Barcelona: Organon SA; 2004.
585. Ferrer J. Escala Cervantes de Calidad de Vida en la Menopausia. Ponencia presentada en el 7º Congreso de la SEC en Bilbao. Bilbao: Libro de ponencias SEC; 2004.
586. Castelo-Branco C, Palacios S, Ferrer-Barriandos J, Parrilla JJ, Manubens M, Alberich X et al for Cervantes Study Group. Understanding how personality factors may influence quality of life: development and validation of the Cervantes Personality Scale. *Menopause*. 2008; 15(5): 914-8.
587. Mollá MD, García-Sánchez Y, Sarri AR, Pérez-López FR. Cimicifuga racemosa treatment and health related quality of life in post-menopausal Spanish women. *Gynecol Endocrinol* 2009; 25(1): 21-6.
588. Castelo-Branco C, Palacios S, Ferrer-Barriandos J, Cancelo MJ, Quereda F, Alberich X et al for the Cervantes Study Group. Impact of anthropometric parameters on quality of life during menopause. *Fertil Steril* 2008; Nov 1. [acceso 29 septiembre 2009]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18980762>.
589. Palacios S, Rojo IA, Cancelo MJ, Neyro JL, Castelo-Branco C. Women's perception of the efficacy of a soy extract with probiotic: the M3 study. *Gynecol Endocrinol* 2008; 24(4): 178-83.
590. Llana P, Iñarrea J, Gonzalez C, Alonso A, Arnott I, Ferrer-Barriandos J. Differences in health related quality of life in a sample of Spanish menopausal women with and without obesity. *Maturitas* 2007; 58(4): 387-94.
591. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Qual Life Res* 2004; 13(1):161-70.

592. Fernández AM, Bujalance MJ, Leiva F, Martos F, García AJ, Sánchez de la Cuesta F. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam* 2001; 11(9). [acceso 26 Noviembre 2009]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682001000900003&script=sci_arttext.
593. Broadhead WE, Kaplan BH. Social support and the cancer patient. Implications for future research and clinical care. *Cancer* 1991; 67(3 Supl): 794-9.
594. Alvarez-Ude F, Valdés C, Estébanez C, Rebollo P for the FAMIDIAL Study Group. Health-related quality of life of family caregivers of dialysis patients. *J Nephrol* 2004; 17(6): 841-50.
595. González AC, Granado R, García E, Del Cano C, Fernández MA. Calidad de vida en cuidadores de personas dependientes en dos áreas rurales de León. *Enferm Clin* 2009; 19(5): 249-57.
596. Moral MS, Juan J, López Matoses MJ, Pellicer P. Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes internados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003; 32(2): 77-83.
597. Parkerson GR Jr, Broadhead WE, Tse CK. Validation of the Duke Social Support and Stress Scale. *Fam Med* 1991; 23(5): 357-60.
598. Bellón JA, Delgado A, Luna J de Dios, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999; 29: 1347-57.
599. Bellón JA. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC 11. *Aten Primaria* 1996; 18: 153.
600. De la Revilla L, Bailón E, Luna JD, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991; 8: 688-92.
601. De la Revilla L, Marcos B, Castro JA, Aybar R, Marín I, Mingorance I. Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. *Aten Primaria* 1994; 13: 161-4.
602. Alegre Y, Suárez M. Instrumentos de atención a la familia. El familiograma y el Apgar Familiar. *RAMPA*, 2006; 1(1): 48-57. [acceso 20 septiembre 2008]. Disponible en <http://www.idefiperu.org/rampa.html>.
603. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar. *Aten Primaria* 1996; 18: 289-96.
604. Franks P, Campbell TL, Shields CG. Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Med* 1992; 34: 779-88.
605. Rodríguez E, Gea A, Gómez A, García JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario APGAR. *Aten Primaria* 1995; 17: 338-41.
606. Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. *Fam Systems Med* 1986; 4: 135-201.
607. Guzmán JE, Reyes E, Luce EG, Valadez FJ, Gutiérrez EA, Robles MA. Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma. *Aten Primaria* 2008; 40(11): 543-6.
608. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Fam Pract* 2007; 24(6): 562-9.

609. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11.
610. Smilkstein G. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-9.
611. Hilliard R, Gjerde C, Parker L. Validity of two psychological screening measures in family practice: Personal Inventory and Family APGAR. *J Fam Pract* 1986; 23: 345-9.
612. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999; 29: 1347-57.
613. Gaber LB. Structural dimensions in aged self-concept: a Tennessee Self Concept study. *Br J Psychol* 1984; 75(2): 207-12.
614. Lang RJ, Vernon PE. Dimensionality of the perceived self: the Tennessee Self Concept Scale. *Br J Soc Clin Psychol* 1977; 16(4): 363-71.
615. Martín J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *Span Journal Psychol* 2007; 10(2): 458-67.
616. Aluja A, Rolland JP, García LF, Rossier J. Dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale and its relationships with the three- and the five-factor personality models. *J Pers Assess* 2007; 88(2): 246-9.
617. Heatherton TF, Polivy J. Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60: 895-910.
618. Bagozzi RP, Heatherton TF. A general approach to representing multifaceted personality constructs: Application to state self-esteem. *Structural Equation Modeling* 1984; 1(1): 35-67.
619. Bobbio A. Relation of physical activity and self-esteem. *Percept Mot Skills* 2009; 108(2): 549-57.
620. Paukert AL, LeMaire A, Cully JA. Predictors of depressive symptoms in older veterans with heart failure. *Aging Ment Health* 2009; 13(4): 601-10.
621. Furnham A, Steele H. Measuring locus of control: a critique of general, children's, health- and work-related locus of control questionnaires. *Br J Psychol* 1993; 84(4): 443-79.
622. Wallston BD, Wallston KA. Locus of control and health: a review of the literature. *Health Educ Monogr* 1978; 6(2): 107-17.
623. Gale CR, Batty GD, Deary IJ. Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: the 1970 British Cohort Study. *Psychosom Med* 2008; 70(4): 397-403.
624. Zdanowicz N, Jane P, Reynaert Ch. ¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia? *Eur J Psychiat (Ed esp.)* 2004; 18(2): 117-24.
625. Bimbela JL, Jiménez JM, Alfaro N, Gutiérrez P, March JC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit* 2002; 16(4): 298-307.
626. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Educ Monographs* 1978; 6: 160-70.
627. O'Looney BA, Barrett PT. A psychometric investigation of the Multidimensional Health Locus of Control Questionnaire. *Br J Clin Psychol* 1983; 22(3): 217-8.

628. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client-patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning* 1979; 2: 197-207.
629. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16: 577-82.
630. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: Prensa Médica Mexicana; 1984.
631. Rubien HR. Patients evaluations of hospital care: a review of literature. *Medical Care* 1990; 28(3 supl september): S3-S9.
632. Jayadevappa R, Schwartz JS, Chhatre S, Wein AJ, Malkowicz SB. Satisfaction with care: A measure of quality of care in prostate cancer patients. *Med Decis Making* 2009; Aug 12. [acceso 26 Noviembre 2009]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19675320>.
633. Retolaza A, Grandes G. Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31(4): 171-6.
634. Burrage J Jr, Vance D. Client perceptions of satisfaction with AIDS services: an instrument development. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2008; 19(3): 228-34.
635. Granda-Cameron C, Viola SR, Lynch MP, Polomano RC. Measuring patient-oriented outcomes in palliative care: functionality and quality of life. *Clin J Oncol Nurs* 2008; 12(1): 65-77.
636. Simon MR, Clayton AH, Clavet GJ, Pinkerton JV. Patient satisfaction with psychiatric treatment of menopausal women in a multidisciplinary women's midlife center. *Menopause* 1998; 5(3): 169-73.
637. Attkisson CC, Zewick R. The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Program Plann* 1982; 5(3): 233-7.
638. Weltzien RT Jr, McIntyre TJ, Ernst JA, Walsh JA, Parker JK. Cross validation of some psychometric properties of the CSQ and its differential return rate as a function of token financial incentive. *Community Ment Health J* 1986; 22(1): 49-55.
639. Bornstein PH, Rychtarik RG. Consumer satisfaction in adult behaviour therapy: procedure, problems, and future perspectives. *Behav Therapy* 1983; 14: 191-208.
640. Roberts RE, Attkisson CC. Assessing client satisfaction among Hispanics. *Eval Program Plann* 1983; 6(3-4): 401-13.
641. Roberts RE, Attkisson CC, Mendías RM. Assessing client satisfaction questionnaires in English and Spanish. *Hispanic J Behav Sci* 1984; 6(4): 385-95.
642. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociol Health Illn* 1983; 5(3): 297-311.
643. Antons K. Práctica de la dinámica de grupos. Biblioteca de psicología N° 5. 4ª edición. Barcelona: Herder; 1990.
644. Burns GW. El empleo de metáforas en psicoterapia. 101 historias curativas. Barcelona: Masson; 2003. p.198-200.
645. Bucay J. El camino de la autodependencia. 2ª edición. Barcelona: Grijalbo; 2003. P. 15-8.

646. Gala A. Más allá del jardín. Una mujer en busca de sí misma. Barcelona: Planeta; 1995.
647. Soler J, Conangla M. La ecología emocional. Más allá de la inteligencia emocional. El arte de transformar positivamente las emociones. Barcelona: Amat; 2003.
648. Watzlawick P. ¿Es real la realidad? Confusión. Desinformación. Comunicación. Barcelona: Herder; 1986.
649. Watzlawick P, Eweakland JH, Fisch R. Cambio. Barcelona: Herder; 1986.
650. Lázarus AA. Mitos maritales. Buenos Aires: IPPM; 1985.
651. Branden N. Los seis pilares de la autoestima. Barcelona: Paidós; 1995.
652. Ferrero B. Historias para acortar el camino. Madrid: CCS; 1994.
653. Zarai, R. Las emociones que curan. Como liberar nuestros sentimientos reprimidos y alcanzar el equilibrio espiritual. Barcelona: Martinez Roca; 1998.
654. Alvarez R. Para salir del laberinto. Como pensamos, sentimos y actuamos. Cantabria: Sal Terrae; 1992.
655. Nardone G. Psicoseoluciones. Barcelona: Herder; 2002. p.23-4.
656. Bucay J. El juego de los cuentos. [CD audio]. Barcelona: RBA; 2004.
657. Olazábal JC, López F, Fuertes A, Marcos C. Manual de sexualidad en atención primaria. Salamanca: Amarú; 1991.
658. Gray J. Los hombres son de Marte, las mujeres son de Venus. Cómo mejorar la relación con su pareja. Barcelona: Grijalbo-Círculo de lectores SA; 1993.
659. De Ángelis B. Secretos de los hombres que toda mujer debería saber. Barcelona: Grijalbo; 1990.
660. Hyde JS. Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana. Madrid: Morata; 1995.
661. Brothers J. Lo que toda mujer debe saber de los hombres. Barcelona: Grijalbo; 1982.
662. Hone G, Mercure J. Las estaciones de la pareja. Cantabria: Sal Terrae; 1996.
663. Gibran K. El profeta. Palma de Mayorca: Obeslisco; 2000.
664. Anónimo. Carta de un hijo a todos los padres del mundo. [acceso 15 febrero 2009]. Disponible en http://www.respuestamedica.com/index.php/Otras_Noticias/CARTA_DE_UN_HIJO_A_TODOS_LOS_PADRES_DEL_MUNDO
665. Ferrero B. No estamos solos. Colección la Zarza Ardiente. Nº10. Madrid: ECS; 1996.
666. Otero H. El efecto Pigmalión. Prevención desde la comunidad educativa. Cuadernos de prevención. FERE nº8. Madrid: FERE; 1997.