

## Calidad de vida y menopausia: resultados de una intervención psicoeducativa

### *Quality of life and menopause: results of a physco-educational intervention*

**Autores:** Raúl Muñoz Martín (1); Rosa María García Padilla (2);  
María Pilar Oyola Saavedra (3); Noelia Sánchez Barroso (4).

**Dirección de contacto:** raulmmartin@hotmail.com

**Cómo citar este artículo:** Muñoz Martín R, García Padilla RM, Oyola Saavedra MP, Sánchez Barroso N. Calidad de vida y menopausia: resultados de una intervención psicoeducativa. NURE Inv [Internet]. May-Jun 2014 [citado día mes año]; 11(70):[aprox. 15 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE70\\_proyecto\\_menopausia.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE70_proyecto_menopausia.pdf)

**Fecha recepción:** 05/11/2012

**Aceptado para su publicación:** 03/01/2013

#### Resumen

La menopausia es un proceso fisiológico normal que acontece en la vida de la mujer cuando debido al cese de la actividad folicular ovárica deja de menstruar durante un año sin estar embarazada y sin una enfermedad que provoque su ausencia. Puede cursar con sintomatología tanto física, como psíquica y conductual. Existe mucha bibliografía que estudia esta sintomatología, pero es escasa la que relaciona esta etapa de la mujer y sus cambios con calidad de vida y autoestima, menos aún en nuestro medio. El presente estudio plantea una intervención educativa grupal en mujeres menopáusicas con el fin de mejorar su calidad de vida, sus conocimientos y su autoestima.

**Metodología.** Estudio experimental, en muestra no aleatoria de mujeres del área de salud de Toledo, con amenorrea superior a un año e inferior a seis años. Se realizarán ocho sesiones educativas realizadas por enfermeros y psicólogos. La recogida de información se realizará a través de cuestionarios individuales previos al inicio de las sesiones formativas, a los dos y los seis meses de su finalización. Se registrarán las siguientes variables: sociodemográficas y de control, y del estudio, incluyendo calidad de vida, conocimientos y autoestima. En la recogida de datos se utilizarán las siguientes escalas y test: escala Cervantes para la calidad de vida, test de conocimientos sobre el climaterio, y la escala de Rosenberg para la autoestima. El análisis estadístico se realizará con el programa SPSS.

#### Palabras clave

Menopausia; Calidad de Vida; Conocimientos; Práctica en Salud; Autoimagen.

#### Abstract

Menopause is a normal physiological process that happens in the woman's life when due to cessation of ovarian follicular activity stops menstruating for a year without being pregnant and without a disease that causes his absence. It may present physical symptoms, as well as psychic and behavioural symptomatology. There is an extensive literature that studies these symptoms, but there are few studies that links this stage of women and changes to their quality of life and self-esteem, let alone in our midst. The present study examines an educational intervention for menopausal women to improve their quality of life, knowledge and self-esteem.

**Methodology.** Experimental study on non-random sample of women in the health area of Toledo, with amenorrhea for at least one year and less than 6 years. Eight educational sessions will be done, conducted by nurses and psychologists. . The information will be collected through individual questionnaires before the start of the educational sessions, two and six months after the ending of them. The following variables were recorded: sociodemographic and control, and of the study, including quality of life, knowledge and self-esteem. In the collection of data we will use the following scales and test: Cervantes escale HRQoL, test of knowledge about the climacteric, and Rosenberg scale for self-esteem. Statistical analysis will be performed using SPSS.

#### Key words

Menopause; Quality of Life; Health knowledge; Health Practice; Self Concept.

**Centro de Trabajo:** (1) Enfermero y Terapeuta Ocupacional. Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria (Toledo).  
(2) Enfermera. Hospital La Paz (Madrid).  
(3) Matrona. Servicio de paritorio. Hospital de Mérida (Badajoz).  
(4) Enfermera y Podóloga. Unidad de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa (Madrid).

## INTRODUCCIÓN

La menopausia es un proceso fisiológico normal que acontece en la vida de la mujer cuando, debido al cese de la actividad folicular ovárica, deja de menstruar durante un año, sin estar embarazada y sin una causa orgánica que provoque su ausencia.

La edad de presentación es en torno a los 50 años ( $\pm 2$ ), sin cambios durante los últimos siglos. Cuando acontece antes de los 40 años, se denomina menopausia precoz, y si lo hace después de los 50, menopausia tardía.

Los síntomas menopáusicos pueden aparecer en tres etapas:

- A corto plazo: labilidad emocional, sudoración, sofocos, irritabilidad, palpitaciones, nerviosismo, tendencia a la obesidad.
- A medio plazo: cambios que afectan la musculatura, la piel y el aparato genitourinario.
- A largo plazo: osteoporosis, aumento del riesgo cardiovascular.

El climaterio, etapa que incluye desde la premenopausia (2-8 años antes de la menopausia) hasta la postmenopausia (1-6 años tras la menopausia), provoca cambios en la fisiología de la mujer que pueden ser desfavorables en aspectos de su salud y calidad de vida. Algunas no perciben apenas sintomatología menopáusica, pero en otras los cambios asociados a esta etapa vital son pronunciados, lo que se traduce en un incremento en el número de consultas clínicas relacionadas (1).

El climaterio suele cursar con síntomas físicos, como alteraciones tróficas genitourinarias y de piel y mucosas, alteraciones vegetativas vasomotoras (sudoración, sofocos, cefaleas...), osteoporosis, alteraciones cardiovasculares y neoplasias ginecológicas (1-3) y síntomas psíquicos y conductuales como depresión, irritabilidad, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales, aislamiento, paranoia y psicoticismo (4-8).

Los síntomas psicoafectivos, como depresión y ansiedad, son comúnmente relacionados con la menopausia pero no se ha podido demostrar su relación con ella, así que puede depender más de las características previas de la mujer (9). Existen considerables diferencias culturales relacionadas con

todo aquello que acompaña a la menopausia, bien sea variaciones biológicas, emocionales o sociales. Además coincide con una serie de factores socio-culturales en la vida de la mujer que se asocian a menudo con otras transiciones sociales que podrían ser responsables también de alguno de los síntomas relacionados con esta etapa (10).

Así las mujeres con una concepción más positiva hacia la menopausia experimentarán menor sintomatología. Entender el significado y la importancia de los valores culturales en la vida de la mujer, así como cuánto estos pueden venir a determinar un comportamiento de daño a la salud, es vital para el profesional que desea atender a las necesidades de la mujer en su contexto (11).

Actualmente, se reconoce que el climaterio no puede ser entendido solo como un acontecimiento de amplitud fisiológica. El período de transición del climaterio que culmina en la menopausia es extremadamente variable entre diferentes culturas o dentro de una misma cultura. En las sociedades occidentales es un momento conocido como de vulnerabilidades. El complejo hormonal psico-socio-cultural y los factores que vienen con la edad, a largo plazo, producen síntomas y efectos diversos en la salud. Muchas veces, ocurre con la marcha de los hijos de casa (síndrome del nido vacío), prestación de jubilación, declive de la libido, sentimiento de envejecimiento e infertilidad, aparición de enfermedades, entre otros. En las sociedades orientales, la menopausia es un acontecimiento de valoración femenina, donde las mujeres asocian esta ocurrencia a su envejecimiento y le atribuyen el adquirir experiencia y sabiduría frente a la vida. Se diferencian fundamentalmente de las mujeres occidentales al no valorar excesivamente la juventud y la belleza. Así, el climaterio es vivido con ligereza por las orientales (12).

Las actitudes hacia la menopausia varían entre los grupos étnicos, según los valores culturales de las diferentes sociedades y el estatus menopáusico (es decir, desde la premenopausia hasta la posmenopausia). En los países desarrollados culturalmente orientados hacia la juventud, la percepción de la menopausia se suele caracterizar por el temor a la vejez, a la pérdida de categoría y a la merma de la sexualidad. Sin embargo, el cese de la fecundidad y la menstruación es, en la vida de muchas mujeres, un hecho positivo que las libera de los riesgos del embarazo y de las trabas culturales impuestas a su vida social y religiosa. En el África subsahariana, por ejemplo, los años de la posmenopausia se suelen apreciar como el perio-

do en que las mujeres gozan del mayor respeto de sus familias y comunidades. La mayoría de las mujeres refiere síntomas de la menopausia, cuya prevalencia y gravedad varían considerablemente en función de una serie de factores entre los que se encuentran la raza/etnia y otros factores demográficos y de estilo de vida. En sociedades en las que la madurez da mayor dignidad y autonomía y la mujer adquiere un mayor papel de consejera y educadora como son los países islámicos, en algunas zonas de la India o en la China tradicional, se observan menos síntomas. Las diferencias entre los distintos grupos étnicos se observan también en el momento de la menopausia y en el tipo de síntoma más frecuente (13).

En los EEUU, aunque hay una falta de conocimientos en los aspectos comunes y las diferencias étnicas en la experiencia de los síntomas menopáusicos, se ha informado con frecuencia de que algunos de los valores culturales, significados y actitudes se relacionan con la experiencia de los síntomas de la menopausia en determinados grupos étnicos, incluidos los relacionados con el envejecimiento, la edad media, al final de la vida reproductiva, la menstruación, las experiencias de las corporales, estado social de las mujeres, los síntomas físicos, psicológicos y psicosomáticos, sexualidad, trabajo de las mujeres, la industrialización; la medicina occidental y tradicional, terapia de reemplazo hormonal, las industrias médica y farmacológica, y la inmigración. Sin embargo, poco se sabe acerca de cómo la cultura - incluyendo los valores culturales, significados y actitudes - influye en la experiencia de los síntomas de la menopausia. Se han producido cambios positivos que se podría interpretar como resultado de los esfuerzos colectivos en los EE.UU. por un número creciente de grupos de salud de la mujer, proyectos, centros de salud y clínicas, y los profesionales de la salud que han proporcionado la educación y ha contribuido a cambiar la legislación de políticas de salud para mejorar la calidad de la atención de salud de la mujer. Así recomiendan a los profesionales de la salud elaborar y evaluar programas educativos para proporcionar información y conocimiento sobre la menopausia y síntomas de la menopausia (14).

Actualmente la proporción de población femenina que se encuentra próxima al periodo climatérico en España es de 12 millones de mujeres mayores de 40 años, y la esperanza de vida al nacimiento para el 2011 en 78 años para los varones y 84 años para las mujeres (15), lo cual refleja que son muchas las mujeres que van a pasar todavía gran parte de su vida inmersas en esta etapa, siendo

un grupo muy amplio a tener en cuenta. Además los avances en medicina han incrementado las esperanzas de vida en particular una vida relativamente exenta de enfermedades, las industrias farmacéutica y publicitaria invierten cada vez más en la población mayor, y las mujeres reclaman y necesitan de los profesionales para descifrar la información existente y tomar decisiones óptimas de salud (2).

En Occidente, existe la concepción de la menopausia como enfermedad, y así, en nuestro país se tiende a medicalizar este proceso, con un aumento de consultas mayormente sobre síntomas físicos y menos los psicológicos y sociales (10,16-18)

Es frecuente que las pacientes consulten al médico sobre la menopausia y, en general, los médicos en la consulta se dedican a los problemas biológicos, excepto que la paciente plantee otro problema. En la mayoría de las veces se realiza una valoración puramente sintomática y rápida del problema, dándoles como respuesta la medicalización de sus quejas (4,5).

Sin embargo en los últimos años, desde el punto de vista sanitario, se ha pasado a fomentar la prevención y promoción de la salud para que la menopausia se viva como un proceso fisiológico positivo, promoviendo estilos de vida saludables, lo que implica un desarrollo de programas y actividades de educación para la salud acerca de aspectos que puedan ser modificables con intervenciones educativas longitudinales (19) que han demostrado tener mayor efecto que la información impresa o verbal (20).

Es importante en número la bibliografía encontrada refiriéndose a estudios sobre signos y síntomas de la menopausia y el climaterio (osteoporosis, dolores de cabeza, sofocos...) y su tratamiento (ejercicio dieta, THS, soja...) (1,2,6,7,18,21-27).

Menos frecuentes son aquellos que abordan el área psicoafectiva y/o social de la mujer, incluyendo su autoestima o su calidad de vida. En nuestro país, hemos encontrado escasa información respecto a esto último, y, si bien hay estudios sobre el efecto beneficioso que se produce al realizar sesiones informativas, su resultado es contradictorio, y son pocos los datos hemos encontrado acerca de su efecto en la calidad de vida y autoestima (23, 28-30).

La OMS define calidad de vida como: *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes"*.

Como autoestima, entendemos un sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, como concepto aprendido de nuestro alrededor, mediante valoración de hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros, al ser una construcción en la que influyen diversos factores familiares, personales y sociales, y que puede verse alterada debido a la influencia que tiene sobre la percepción y vivencia de la menopausia (31).

Como instrumentos de medida más utilizados en estos aspectos relacionados con la esfera psicosocial en este grupo de mujeres, destacan la escala Cervantes sobre calidad de vida en mujeres postmenopáusicas, validada en nuestro país, de amplio uso y de sencillo manejo (32), la escala de Rosemberg, para la medición de la autoestima, validada para la población española aunque no específica de este periodo (33) y la escala de test de conocimientos sobre el climaterio, validada en España (34), para la valoración de los conocimientos durante este periodo.

Por todo ello parece importante conocer y evaluar el bienestar de la mujer en sus tres esferas (biopsicosocial), sus problemas reales y las posibles intervenciones efectivas que se pueden utilizar. El presente estudio plantea una intervención psicoeducativa grupal en grupos de mujeres menopáusicas con una doble finalidad. Por una parte el poder aportar conocimiento sobre aspectos poco estudiados y difundidos en nuestro entorno, y por otro, el tratar de conocer la posible efectividad de una intervención psicoeducativa para mejorar su calidad de vida, sus conocimientos y su autoestima.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Ayala A. Menopausia. Salud genitourinaria. *Offarm*. 2010; 29(5):60-6
- Lund KJ. Menopausia y transición menopáusica *MedClin N Am*. 2008;92:1253-71
- Manubens M. Menopausia: concepto, fisiopatología y sintomatología. En: Ergon, editor. XVII Curso intensivo de formación continuada. Endocrinología ginecológica y reproducción humana. Barcelona. Laboratorios Menarini; 2010.p151-155. 2010
- Ros Montalbán S, Comas Vives A, García-García M. Síntomas depresivos y somáticos en mujeres de mediana edad atendidas en Atención Primaria Semergen. 2009; 35: 165-72
- LaheraForteza G. Trastornos psiquiátricos en el ciclo menstrual, embarazo, puerperio y menopausia *Medicine*2007; 9 (5544-9)
- Gómez M. Disfunción sexual femenina en el climaterio. *Matronas Prof*. 2010;11(3-4):93-8
- Pintado S. Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida. *Rev IntAndrol[ Revisión.]*. 2007; 5(3):289-96
- Freeman E. Associations of depression with the transition to menopause. *Menopause*. 2010;17(4):823-7
- Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: SEGO. AEEM, SEMFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
- Leyva JM. Percepción de la menopausia entre diferentes culturas: revisión de la literatura. *Metas de Enferm*. 2008; 11 (2): 10-14
- Santos L, Campoy M. La experiencia de la menopausia en el ciclo vital: percepción de usuarios mujeres de una unidad básica de salud. *Mundo Saúde (São Paulo)*. 2008; 32(4):486-94
- Riguete de Souza Soares, G., Faria Simoes, SM., Silveira Fazoli, KL., Halász Coutinho, F., Antunes Cortez, E. O viver de mulheres no climatério: revisão sistemática da literatura. *Enfermería Global [Revista electrónica]*. 2012;25:440-450. [Consultado el 3-09-12]. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/137991/128641>.
- Fabre E. Comité de solidaridad de la SEGO. MIAS: Mujer inmigrante y asistencia sanitaria. Abordaje de la salud de la mujer inmigrante en las diferentes etapas de su vida [internet]. [Consultado el 3-09-12]. Disponible en: [http://www.programamias.com/images/stories/MIAS\\_baja.pdf](http://www.programamias.com/images/stories/MIAS_baja.pdf).
- Im EO, Lee B, Chee W, Dormire S, Brown A. A national multiethnic online forum study on menopausal symptom experience. *Nurs Res*. 2010 Jan-Feb;59(1):26-33.
- Intituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 2011 may 21]. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es) <<http://www.ine.es>>
- Palacios S, Forteza A, Martín F, Sánchez R, Vázquez F. Abordaje, diagnóstico y enfoques terapéuticos de los síntomas vasomotores. *Estudio LA-DIES. ProgObstetGinecol*. 2010; 53 (5):169-73

17. semFYC E. ¿Debemos cambiar de actitud sobre el tratamiento hormonal en la mujer posmenopáusica? *Aten Primaria*. 2009; 41(6):295-7
18. Sanchez F. Deseo sexual hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica. *RevIntAndrol [Revisión]*. 2010; 8(1):21-7
19. Lopez M, Garcia M, Toscano T, Contreras A. Análisis de los estilos de vida de la mujer climatérica: un componente esencial en el estudio de las necesidades educativas. *EnfermClin*. 2005; 15(4):213-9
20. Doubova S, Espinosa-Alarcón P, Flores-Hernandez S, Infante C, Perez-Cuevas R. Integrative health care model for climacteric stage women: design of the intervention. *BMC Women'sHealth*. 2011; 20(11):6
21. Groba M, García S, Mirallave A, González Rodríguez E, González Padilla E, Sosa Henríquez M. Enfermedades metabólicas óseas. Introducción. Remodelado óseo y pérdida ósea. Osteoporosis: concepto, epidemiología, morbilidad y mortalidad. Repercusiones económicas de la osteoporosis. Enfermedad infradiagnosticada. *Medicine*. 2010; 10(60):4109-16
22. SáenBuruaga S. Atención farmacéutica en enfermedades prevalentes (II). Osteoporosis. *Farm Prof*. 2011; 25(2)
23. Tremblay A, Sheeran L, Aranda S. Psychoeducational interventions to alleviate hot flashes: a systematic review. *Menopause*. 2008;15(1):193-202
24. Villaverde-Gutiérrez C, Araújo E, Cruz F, Roa J, Barbosa W, Ruíz-Villaverde G. Quality of life of rural menopausal women in response to a customized exercise programme. *J AdvNurs*. 2006;54(1):11-9
25. Pines A, Sturdee D, Birkhauser M, de Villiers T, Naftolin F, Gompel A, et al. International Menopause Society. HRT in the early menopause: scientific evidence and common perceptions. *Climateric*. 2008; 11(4):267-72
26. Twiss J, Wegner J, Hunter M, Kelsay M, Rathert M, Salado W. Perimenopausal symptoms, quality of life, and health behaviors in users and nonusers of hormone therapy. *J Am Acad Nurse Pract*. 2007; 19(11):602-13
27. Eviö S, Pekkarinen T, Sintonen H, Tiitinen A, Välimäki M. The effect of hormone therapy on the health-related quality of life in elderly women Maturitas. 2007; 56(2):122-8
28. 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
29. Senba N, Matsuo H. Effect of a health education program on climacteric women. *Climateric*. 2010; 13(6):561-9
30. Tsao L, Su M, Hsiao P, Gau Y, An C, Lin K. The longitudinal effects of a perimenopausal health education intervention on the mid-life women in Taiwan. *Maturitas*. 2007; 57(3):296-305
31. Díez A, Vélez C, Orgaz P, Ruiz A, Arroyo B, Fernández O, et al. Líneas de gestión en atención primaria. Guía de educación para la salud las mujeres en la etapa del climaterio. Toledo: SESCOAM. Gerencia de Atención Primaria de Toledo; 2007
32. Palacios S, Ferrer-Barriendosa J, Parrillac JJ, Castelo-BrancodC, Manubense M, Alberich X, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *MedClin (Barc)* 2004; 122(6):205-11
33. Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *Span J Psychol*. 2007;10(2):458-67
34. García FM, López V, Contreras A, Toscazo T, Toronjo AM. Test de conocimientos sobre el climaterio: proceso de construcción y validación. *Aten Primaria*. 2000; 7(26): 472-5
35. Llana P, González C, Fernández-Iñarrea J, Alonso A, Arnott I, Ferrer-Barriendosa J. Selenium and health-related quality of life in menopausal women. *MenopauseInt*. 2009; 15 (4): 144-9
36. Juliá MD, García-Sánchez Y, Romeu A, Pérez-López FR. Cimicifugaracemosa treatment and health related quality of life in post-menopausal Spanish women. *GynecolEndocrinol*. 2009; 5 (1): 21 -26
37. Castelo-Branco C, Palacios S, Ferrer-Barriendosa J, Cancelo MJ, Querreda F, Alberich X; Cervantes StudyGroup. Impact of anthropometric parameters on quality of life during menopause. *FertilSteril*. 2009; 92 (6): 1947-52

## HIPÓTESIS

Una intervención psicoeducativa específica realizada en mujeres menopáusicas del área de salud de Toledo que incluya información acerca de los signos y síntomas del climaterio, su manejo y aspectos psicoafectivos en este periodo, mejorará la calidad de vida y la autoestima en esta población.

## OBJETIVOS

### Objetivo principal

Evaluar la eficiencia de una intervención psicoeducativa en mujeres menopáusicas del área de salud de Toledo sobre la calidad de vida.

### Objetivos secundarios

- Evaluar si existen diferencias en la puntuación obtenida, en ambos grupos, en los conocimientos acerca del climaterio.
- Evaluar si existen diferencias en la puntuación obtenida, en ambos grupos, en la autoestima.

## METODOLOGÍA

### Tipo de estudio

Estudio experimental

### Sujetos de estudio

#### Criterios de inclusión

Mujeres entre 45 y 64 años con amenorrea superior a 1 años e inferior a 6 años sin otra causa orgánica que lo justifique, que pertenezcan al área de salud de Toledo.

#### Criterios de exclusión

Presencia de patología crónica (diabetes mellitus, insuficiencia renal o hepática, depresión, discapacidad física o mental severa, neoplasias activas) que pueda influir de manera significativa en la variable principal de nuestro estudio: calidad de vida.

Mujeres con las que no podamos comunicarnos de forma eficiente (barreras idiomáticas, cognitivas,...).

### Ámbito de estudio

Centros de atención primaria del área de salud de Toledo.

### Selección de participantes

La captación de las mujeres se realizará a través de los centros de salud de referencia, contando con la colaboración de los diferentes profesionales (médicos, enfermeros,...) que actuarán como personas de referencia o porteros y a los que previamente se les informará sobre el estudio, los criterios de inclusión y la sistemática de captación, así como se les adiestrará para la realización del primer cuestionario. Al acudir las mujeres al Centro de Salud, se les solicitará su participación por parte del portero o referente, y en caso de aceptar, en ese mismo momento se les informará del objetivo del estudio, se les entrega el consentimiento informado y se les pasará el primer cuestionario; también se les informará acerca de la comunicación que se realizará con ellos vía telefónica para la cita de la primera sesión.

### Muestreo y tamaño muestral

Se llevará a cabo mediante muestreo por conglomerados. Según criterios sociodemográficos de población atendida (edad media, población urbana o rural...), se seleccionarán aquellos centros de salud que puedan aparejarse, actuando uno como caso y otro como control. Se seleccionarán tantos centros como se consideren necesarios para completar el tamaño muestral. Una vez realizado, el siguiente paso de selección se llevará a cabo mediante muestreo no probabilístico consecutivo o por reclutamiento, en cada consulta.

Partiendo de una hipótesis unilateral, asumiendo un error alfa de 0.05, una potencia del estudio de 0.80, un efecto esperado medio-bajo (0.40) para una diferencia de medias de 8 puntos para la variable principal y una desviación estándar en la población de referencia según bibliografía consultada (35,36,37) de 19.79, necesitamos una muestra de 76 sujetos. Asumiendo unas pérdidas del 10%, la muestra necesaria sería de 85 sujetos.

## Variables

### Sociodemográficas y de control

- Cuantitativas:
  - Edad en años.
  - Año de la última regla.
  - Número de personas de la unidad familiar incluyéndose ella.
  - Número de hijos.
  - Actividad física: puntuación de 1 a 6, siendo 1 sedentaria y 6 actividad física regular.
  - Dieta que realiza: puntuación de 1 a 6, siendo 1 nada saludable y 6 muy saludable.
  - Consumo de Alcohol en semana: en gramos/semana.
- Cualitativas:
  - Nivel de estudios: sin estudios, primarios, medios, superiores.
  - Situación laboral actual: activa, parada, pensionista, ama de casa, otros.
  - Estado civil: soltera, casada, viuda, separada, otros.
  - Utilización del servicio sanitario en relación al climaterio: nunca, ocasionalmente, de forma regular.
  - Información recibida con anterioridad sobre el climaterio y menopausia: sí, no, no sé.
  - Modalidad de recepción de la información: en consulta, en charlas, escrita, medios audiovisuales, otras personas, otros.
  - Distrito donde se encuentra ubicado el centro de A.P.
  - Consumo de Tabaco.
  - Tratamiento con THS.

### Del estudio

- Variable independiente de intervención: Asistencia a las sesiones educativas. Se realizarán 8 sesiones psicoeducativas, de periodicidad semanal, con contenidos y dinámica específicos sobre el climaterio (**Anexo 1**). Se realizarán los grupos que sean necesarios, en función del número

de participantes requeridos y de las posibles pérdidas esperadas (5-6 grupos de 15-20 personas cada uno). El espacio físico a utilizar se elegirá según el lugar del estudio. Se solicitará ayuda a los centros sociales de la zona (asociaciones, centros sociales, etc.). En todo caso, se tratará que reúna las siguientes condiciones:

- Zona de fácil acceso para todos los participantes, tanto por cercanía como por accesibilidad.
- Será una sala tranquila, alejada de ruidos y distracciones, y amplia y de fácil movilidad por ella.
- Se tratará que sea una sala apta para el uso de diferentes elementos audiovisuales.

Las sesiones se llevarán a cabo por enfermeros y psicólogos con un contenido y objetivo común para cada una de las sesiones. Las sesiones serán de, aproximadamente, cincuenta minutos.

### Variables Dependientes o de resultado:

- Calidad de vida (cuantitativa).
- Conocimientos sobre menopausia-climaterio (cualitativa).
- Autoestima (cuantitativa).

### Medición de las variables

La medición de las variables descritas anteriormente se llevará a cabo mediante los siguientes cuestionarios:

- Para la variable principal del estudio se utilizará la Escala Cervantes sobre calidad de vida percibida, validada en el 2004 (32), es aplicable a la población femenina española de 45-64 años, consta de 31 ítems distribuidos en cuatro dominios (menopausia y salud, sexualidad, relación de pareja y dominio psíquico), se realiza en unos 7 minutos y la puntuación mínima es 0 y la máxima 155, de mejor a peor calidad de vida.
- Test de conocimientos sobre el climaterio, validado en 2000 (34). Consta de 56 preguntas con respuesta verdadero o falso. Abarca 4 dimensiones del climaterio: aspectos biológicos, psicológicos y sociales, riesgos de salud, cuidados y actividades de prevención y mejora de la salud. Tiene 2 niveles de relevancia: I y II.

- Escala de autoestima de Rosenberg, validada en 2007 (33). Consta de 10 preguntas cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo, puntuables de 1 a 4 puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente, para su corrección deben invertirse las puntuaciones en los enunciados negativamente, correspondientes a los ítems 3,5,8,9,10 y luego sumarse todos los ítems.
- Las variables de dieta y alimentación se medirán mediante escala propia, realizada para el estudio, y mediante acuerdo entre los autores.
- Una hoja con pegatinas con el mismo número que la mujer deberá pegar en cada cuestionario que entregue a lo largo del estudio. Las hojas codificadas se repartirán de forma aleatoria en cada sobre, desconociendo el equipo investigador el código de cada participante. Se podrá emparejar así cada cuestionario, pero sin poder relacionar los datos con cada mujer, y así garantizar el anonimato.
- Primer cuestionario. A cada mujer se le pasarán los primeros cuestionarios. Debe rellenarlos y entregarlos en sobre en blanco al profesional de referencia del centro de salud con la pegatina puesta en la primera hoja.

Una vez recogidos los datos, el equipo investigador contactará con las participantes para citarlas para las diferentes sesiones. El segundo cuestionario, se pasará a los dos meses de terminadas las sesiones, mediante cita en el centro de salud donde se facilitarán los cuestionarios, que serán devueltos cumplimentados y con la pegatina codificada correspondiente. El tercer cuestionario se pasará a los 6 meses de terminadas las sesiones, y también se facilitará a través del centro de salud.

Como sistema para obtener información complementaria, que los investigadores utilizarán para valorar otros aspectos no relevantes para el estudio, al finalizar cada sesión, las asistentes realizarán una evaluación de la misma mediante una encuesta de satisfacción con una escala tipo Likert (**Anexo 3**).

### Sistema de recogida de datos

En cada centro de salud, se contará con un profesional de referencia, que guarde y custodie los diferentes cuestionarios y formularios, hasta su entrega al equipo investigador, para facilitar las tareas administrativas. En esa primera entrevista por parte del profesional del centro de salud, en la cual se le informará del objetivo del estudio, y se le pedirá su participación, recibirá un sobre para entregar a la mujer con diferentes formularios. En este sobre, la mujer encontrará:

- Hoja con información básica sobre el objetivo y características del estudio, instrucciones para cumplimentar los cuestionarios y número de teléfono de contacto de un miembro del equipo investigador para aclarar cualquier duda que les pudiese surgir.
- Consentimiento informado, el cual debe rellenar y entregar al profesional de referencia del centro de salud (**Anexo 2**).
- Hoja de datos básica. En esta hoja, se le pedirán datos necesarios para el posterior contacto (Nombre, dirección postal, correo electrónico y teléfono). Estos datos servirán únicamente para su uso por el equipo investigador y con el objetivo de llevar a cabo la comunicación necesaria. No serán cedidos a terceros sin previa autorización del titular, y serán destruidos una vez finalizado el estudio. Debe rellenarla y entregarla al profesional del centro de salud.

### Análisis estadístico

Se llevará a cabo por parte de un profesional externo, mediante programa estadístico SPSS v.17 o superior, previo procesamiento de la información en una base de datos creada para el estudio.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medias y desviaciones estándar, y de las variables cualitativas mediante frecuencias y proporciones.

Para el análisis bivariante y el contraste de hipótesis se utilizarán las técnicas indicadas según los criterios de aplicación de las mismas.

También se considerará la posibilidad de realizar un análisis factorial de aquellas variables medidas mediante cuestionarios compuestos por diferentes dimensiones o factores.

## Limitaciones del estudio

Debido a la proximidad de los centros de salud, cabe la posibilidad de que puedan ponerse en contacto personas de los grupos caso y control, y contaminar el estudio. Para tratar de evitarlo, se seleccionarán centros lo más alejados posibles entre sí, cumpliendo con los requisitos mínimos.

Los resultados de este estudio nos servirán como punto de partida, donde tendremos una información valiosa de la variable principal en nuestra población sanitaria, para el cálculo de tamaños muestrales y poder así diseñar futuros ensayos clínicos aleatorizados de mayor calidad.

## Consideraciones éticas

Todas las participantes serán informadas de forma verbal y escrita sobre el contenido y características del estudio, siendo necesario que firmen el consentimiento informado pertinente para poder participar en el mismo. Se informará tanto por escrito como verbalmente que tiene un carácter voluntario y por tanto pueden negarse a colaborar en el estudio o abandonarlo en cualquier momento si así lo desean. Los datos obtenidos serán privados y confidenciales. Se informará que su uso está reservado exclusivamente para la conclusión del presente estudio, y posteriormente, serán destruidos. Su análisis se realizará asignando un número a cada participante para poder aparear los datos. El Comité Ético de Investigación Clínica será informado del estudio a realizar, previo dictamen favorable de la Comisión de Investigación de Área. También se informará de este a la Gerencia de Atención Primaria.

## Duración del estudio

### 36 MESES

#### Primera etapa. Fase de actualización de la revisión de la literatura existente y preparación de los registros (6 meses)

- Revisión crítica de la literatura existente (equipo investigador).
- Información de los objetivos del estudio y de su forma de desarrollo (equipo investigador).

- Realización de encuentros y reuniones del equipo investigador para coordinar y homogeneizar los criterios para la recogida de datos (equipo investigador).
- Preparación de la hoja de registro de datos (equipo investigador).
- Reunión con los profesionales de los centros de salud seleccionados para la captación de la muestra poblacional a estudio, así como poder informarles acerca de las características del estudio y desarrollo del mismo.
- Solicitud de dictámenes y permisos necesarios.

#### Segunda etapa. Fase de recogida de los datos (13 meses)

- Selección de las mujeres de estudio según los criterios de inclusión por muestreo consecutivo.
- Información y consentimiento a los participantes (equipo investigador).
- Repartir el primer cuestionario entre las seleccionadas.
- Realización de las intervenciones psico-educativas.
- Repartir el segundo cuestionario tras las intervenciones psico-educativas.
- Repartir el tercer cuestionario tras 3 meses de las intervenciones psico-educativas.
- Recogida de datos (equipo investigador).

#### Tercera etapa. Fase de análisis de los datos (8 meses)

- Seguimiento y evaluación de la intervención.
- Construcción de la base de datos (apoyo externo).
- Inclusión de los datos recogidos en la base de datos para su posterior análisis estadístico (SPSS). (apoyo externo).
- Explotación estadística de los datos recogidos (apoyo externo).
- Elaboración de los resultados de la investigación (equipo investigador).
- Elaboración de conclusiones (equipo investigador).
- Elaboración del informe definitivo del estudio (equipo investigador).

#### Cuarta etapa. Fase de divulgación de resultados (9 meses)

- Redacción del artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas. (equipo investigador).
- Redacción del artículo científico en español y en inglés para su difusión en congresos (equipo investigador).
- Difusión de los resultados en diferentes medios y en diferentes ámbitos (profesional, comunitario y científico) (equipo investigador).

#### PLAN DE DIFUSIÓN

- **Impacto clínico-asistencial.** Con nuestro estudio pretendemos conocer la efectividad de una intervención sanitaria factible y viable sobre la calidad de vida de este grupo de mujeres. También en caso de ser efectiva, podría ayudar a emprender nuevas líneas de intervención multidisciplinarias basadas en las evidencias científicas actuales, y específicas en función del perfil de la población y de los recursos disponibles.

Esperamos difundir los resultados finales en eventos científicos, planteando la posibilidad de abrir líneas de investigación en las que podamos evaluar, mediante otros estudios experimentales, la efectividad de las intervenciones planteadas en los distintos centros del área, mediante estudios de mayor calidad y potencia. También se presentará a la Gerencia de Atención Primaria un informe final con discusión sobre la importancia que este tipo de intervenciones pueden tener para la población que atendemos.

- **Impacto bibliográfico.** Trataremos de publicar nuestro estudio en revistas científicas nacionales indexadas en base de datos internacionales, como NURE investigación, metas de enfermería o enfermería clínica.

#### MEDIOS DISPONIBLES

Para la realización de las sesiones con los sujetos seleccionados se utilizarán las salas disponibles en los centros de cultura y asociaciones o de atención primaria, previa solicitud a Ayuntamiento o a la Gerencia de Atención primaria del área sanitaria.

- **Material inventariable.** Un ordenador portátil para poderlo llevar a las reuniones del equipo investigador con estadista, y por ser una herramienta básica para la realización de un proyecto.
- **Material fungible.** En él se presupuestan los gastos derivados de la adquisición de cuestionarios, copias, material de oficina, necesarios para el trabajo de campo.
- **Viajes y dietas.** Gastos de desplazamientos a reuniones con comisiones, dirección y coordinación de centros, enfermeras de enlace para la captación, y para la realización del trabajo de campo (sesiones con los grupos de sujetos de estudio).
- **Difusión en eventos.** Destinado al pago de las inscripciones en congresos nacionales e internacionales y eventos científicos para la difusión de los resultados, y gastos derivados del alojamiento y desplazamiento a esos foros científicos.
- **Contratación de servicios externos.** Como asesoramiento metodológico, la creación de la base de datos, el análisis estadístico de los mismos, la necesidad de un traductor del idioma inglés para la publicación de resultados, necesarios para las fases de análisis y difusión de resultados en revistas científicas.

**PRESUPUESTO**

<b>1) Gastos de personal</b>	
Psicólogo	500 €
Estadístico	500 €
Traductor	500 €
<b>2) Gastos de bienes Adquisición de bienes y contratación de servicios (inventariable, fungible y otros gastos)</b>	
Material informático. Ordenador portátil. <i>Pendrive</i>	1.800 €
Programa Microsoft, Programa SPSS	300 €
Material para los talleres	1.300 €
Elaboración de la base de datos, introducción y análisis de los datos	2.500 €
Apoyo estadístico para el análisis de datos	1.600 €
Traducciones del informe de investigación para su difusión	500 €
Apoyo profesional psicólogo	500 €
<b>3) Gastos en viajes</b>	
Viajes y dietas	1.000 €
Presentación a congresos	3.000 €
<b>TOTAL</b>	<b>14.000,00 €</b>

## ANEXO 1

### CONTENIDO DE LAS SESIONES PSICO-EDUCATIVAS

#### 1ª Sesión

Duración: 50 minutos                      Objetivo: .....

Cronograma: presentación 15 min, exposición 20 min, coloquio 20 min

- Introducción y formación del grupo. Comentarios sobre el estudio, y resolución de dudas.
- Experiencia sobre la menopausia. Sentimientos, conocimientos, afrontamiento, aceptación social. Lectura de textos, y posterior debate.
- Práctica de ejercicio. Relajación.
- Resumen, conclusiones, feedback. Fin de la sesión.

Impartida por: Enfermero

#### 2ª Sesión

Duración: 50 minutos                      Objetivo: .....

Cronograma: presentación 15 min, exposición 20 min, coloquio 20 min

- Introducción y formación del grupo. Comentarios sobre el estudio, y resolución de dudas.
- Tratamiento de los síntomas. Síntomas físicos, psicológicos, emocionales, sociales. Terapias alternativas. Lectura de textos y debate.
- Práctica de ejercicio. Relajación.
- Resumen, conclusiones, feedback. Fin de la sesión.

Impartida por: Psicólogo y enfermero

#### 3ª Sesión

Duración: 50 minutos                      Objetivo: .....

Cronograma: presentación 15 min, exposición 20 min, coloquio 20 min

- Introducción y formación del grupo. Comentarios sobre el estudio, y resolución de dudas.
- Dieta y ejercicio. Hábitos saludables. Lectura de textos y debate.
- Práctica de ejercicio. Relajación.
- Resumen, conclusiones, feedback. Fin de la sesión.

Impartida por: Enfermero

#### 4ª Sesión

Duración: 50 minutos                      Objetivo: .....

Cronograma: presentación 15 min, exposición 20 min, coloquio 20 min

- Introducción y formación del grupo. Comentarios sobre el estudio, y resolución de dudas.
- Cambios en la familia. Vida familiar, vivencias percibidas por la familia, amigos... Cambios sociales. Lectura de textos y debate.
- Práctica de ejercicio. Relajación.
- Resumen, conclusiones, feedback. Fin de la sesión.

Impartida por: Enfermero

### 5ª Sesión

Duración: 50 minutos                      Objetivo: .....

Cronograma: presentación 15 min, exposición 20 min, coloquio 20 min

- Introducción y formación del grupo. Comentarios sobre el estudio, y resolución de dudas.
- Vida en pareja. Sexualidad, intimidad. Lectura de textos y debate.
- Práctica de ejercicio. Relajación.
- Resumen, conclusiones, feedback. Fin de la sesión.

Impartida por: Psicólogo

### 6ª Sesión

Duración: 50 minutos                      Objetivo: .....

Cronograma: presentación 15 min, exposición 20 min, coloquio 20 min

- Introducción y formación del grupo. Comentarios sobre el estudio, y resolución de dudas.
- Vivencias culturales. Menopausia en otros países o grupos. Lectura de textos y debate.
- Práctica de ejercicio. Relajación.
- Resumen, conclusiones, feedback. Fin de la sesión.

Impartida por: Enfermero y psicólogo

### 7ª Sesión

Duración: 50 minutos                      Objetivo: .....

Cronograma: presentación 15 min, exposición 20 min, coloquio 20 min

- Introducción y formación del grupo. Comentarios sobre el estudio, y resolución de dudas.
- Menopausia como enfermedad. Medicalización, patología. Lectura de textos y debate.
- Práctica de ejercicio. Relajación.
- Resumen, conclusiones, feedback. Fin de la sesión.

Impartida por: Enfermero

### 8ª Sesión

Duración: 50 minutos                      Objetivo: .....

Cronograma: presentación 15 min, exposición 20 min, coloquio 20 min

- Introducción y formación del grupo. Comentarios sobre el estudio, y resolución de dudas.
- Experiencias personales del grupo. Conceptos aprendidos y útiles. Lectura de textos y debate.
- Práctica de ejercicio. Relajación.
- Resumen, conclusiones, feedback. Fin de la sesión.

Impartida por: Enfermero y psicólogo

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento tiene por objeto informarle que estamos realizando un estudio de investigación para evaluar si una intervención psico-educativa específica y protocolizada, que consta de varias sesiones semanales, mejora la salud de las mujeres en un grupo de edad establecido, y nos gustaría que usted forme parte de él.

Si decide participar en el estudio le solicitaremos la cumplimentación de unos cuestionarios, antes y después de la intervención. La participación en el estudio no supone ningún riesgo para su salud y tampoco se verá sometido a ninguna prueba adicional por esta situación. Tiene un carácter voluntario, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación de asistencia que va a recibir ni se produzca perjuicio en su tratamiento.

Los datos obtenidos tendrán carácter anónimo y confidencial, y serán tratados en su conjunto, no de forma individual.

Quedamos a su disposición para tratar aclarar y contestar a todas sus dudas y preguntas.

#### Consentimiento informado

Procedimiento: Intervención psicoeducativa en mujeres de 45 a 64 años.

Yo .....

He leído la hoja de información que se me ha entregado, pudiendo hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con ..... (nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1º Cuando quiera.
- 2º Sin tener que dar explicaciones.
- 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados enfermeros.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha ..... Firma del participante .....

### ANEXO 3

#### EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

Por favor, evalúe las siguientes cuestiones del 1 al 5, siendo 1 el menor grado de satisfacción y 5 el mayor grado de satisfacción:

- 1) Comodidad, confortabilidad de la sala
- 2) Horario de las sesiones
- 3) Duración de las sesiones
- 5) Conocimientos del ponente
- 6) Capacidad comunicativa del ponente
- 7) Grado de satisfacción general con el contenido
- 8) Grado de satisfacción general con lugar elegido
- 9) Grado de satisfacción general con los compañeros
- 10) Grado de satisfacción general
- 11) Sugerencias