
Documentos de Trabajo

No. 5 - 2006 (I)

Decisiones terapéuticas para la menopausia:
principales resultados de un estudio de Madrid

Carla Mahhlouf Obermeyer¹
David Sven Reher²
Luis Cortés Alcalá²

¹Organización Mundial de la Salud/Harvard University

²Universidad Complutense de Madrid



Grupo de Estudios "Población y Sociedad" (Universidad Complutense de Madrid)

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Campus de Somosaguas. Madrid 28223
www.ucm.es/info/geps - geps@cps.ucm.es

Decisiones terapéuticas para la menopausia: principales resultados de un estudio de Madrid

Carla Mahhlouf Obermeyer¹
David Sven Reher²
Luis Cortés Alcalá²

¹*Organización Mundial de la Salud/Harvard University*
²*Universidad Complutense de Madrid*

Palabras Clave: menopausia, Madrid, sofocos, salud y envejecimiento

Líneas de investigación: Salud Reproductiva

Agradecimientos

El proyecto de Madrid que aquí se presenta ha sido viable por el excelente grupo de entrevistadoras que ha sido responsable del contacto con las mujeres y las entrevistas. Estuvo formado por Charo Bustamante, Miriam Bustamante, Beatriz Echeverri, Mónica Eula, Beatriz León y Laura Lorenzo. Su magnífico trabajo hizo posible el desarrollo de la investigación en la que se ha obtenido una extraordinaria información gracias a su paciencia y profesionalidad a la hora de recoger las opiniones que las mujeres entrevistadas les transmitían. También ha sido espléndido el trabajo realizado por Mikolaj Stanek que fue el responsable de la base de datos que se iba obteniendo, y de construir los ficheros que han permitido a Kim Price (U. Harvard) y Michelle Schulein obtener las bases definitivas con las que se ha realizado esta investigación. Cabe asimismo destacar el trabajo de Lourdes Gómez en el cuestionario de los médicos cuyos resultados no se incluyen en este Informe

Además de estos profesionales, hay que destacar la predisposición del equipo responsable del Programa de Menopausia del Ayuntamiento de Madrid que ha sido imprescindible para obtener la muestra de mujeres del Municipio de Madrid, sin la cual este estudio debería haberse desarrollado de forma muy distinta, y posiblemente menos eficaz y productivo.

«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.» (102:1327)

«Cuando sos pequeña, una mujer de 40 años te parece una vieja, cuando te vas acercando lo ves diferente, y más que yo no he tenido cambios que me hagan verlo como algo radicalmente variable, aunque ya sé que me pasará. Es un punto de inflexión, un proceso de edad también, y llegará la disminución física y mental.» (102:634)

1. Introducción

En las últimas décadas, la cuestión de la mejor manera de administrar la menopausia ha sembrado incertidumbre tanto en el público en general como en los profesionales de la salud. Ello se debe en parte a los cambios continuos en nuestro conocimiento acerca de los riesgos y beneficios del tratamiento hormonal sustitutivo (THS) y de otros medicamentos, y en parte al aumento progresivo de las alternativas médicas y no-médicas para aliviar los síntomas y reducir los riesgos para la salud de esta fase de la vida. Aunque las recomendaciones de los cuerpos profesionales siguen inclinándose a favor de ofrecer el tratamiento hormonal a mujeres en esta fase de sus vidas, también enfatizan la importancia de adaptar la recomendación al perfil específico de riesgo y a las circunstancias de cada paciente, y subrayan el hecho de que la decisión la tienen que tomar conjuntamente la mujer y su médico.

Las dudas acerca del tratamiento hormonal han vuelto a la palestra en vista de los debates que han seguido tras la publicación de los resultados de dos grandes pruebas clínicas sobre los efectos de la terapia hormonal, que han subrayado la dificultad existente a la hora de definir la forma óptima de abordar los síntomas y los cambios en la salud ocurridos durante la menopausia¹. Las reacciones ante los resultados de estos estudios han ilustrado dramáticamente la incertidumbre de la profesión médica acerca de la utilidad del tratamiento hormonal para la prevención de enfermedades, aunque esta situación no es del todo nueva. De hecho, desde hace varios años, los resultados de muchos estudios epidemiológicos acerca de los costes y beneficios de la terapia hormonal han sido causa de preocupación de los médicos y del público en general. Existen cada vez mayores dudas acerca de los beneficios a largo plazo atribuibles a la terapia hormonal, en particular en cuanto a la prevención cardiovascular, y preocupaciones acerca de sus riesgos, sobre todo de cara al cáncer de mama².

En este proyecto, las cuestiones centrales que pretendemos abordar son: 1) cómo deciden los médicos recetar determinados medicamentos en vista del estado confuso del conocimiento científico al respecto, de las preocupaciones acerca de los riesgos en

¹ Grady, Herrington y Bittner, 2002; Huller, Furberg, Barrety et alter, 2002; y Rossouw, Anderson, Prentice et alter, 2002.

² Bergkvist, Adami, Persson, Hoover y Schairer, 1989; Barrett-Connor, y Grady, 1998; Barrett-Connor, Wingard, y Criqui, 1989; Stanford, Weiss, Voigt, Daling, Habel, y Rossing, 1995; Stampfer, Colditz, Willett et al., 1991; Grady, Rubin, Petitti et al., 1992; Archer, 1996; Ewertz, 1996; Brinton, Schairer, 1997; Grodstein, Stampfer, Manson et al., 1996; Hemminki, McPherson, 1997; Hulley, Grady, Bush et al., 1998 ; y Petitti, 1998.

potencia para la mujer, y de la información, tanto médica como no-médica, acerca de las distintas terapias; y 2) cómo deciden las mujeres una estrategia terapéutica en vista de las recomendaciones de sus médicos, las diversas influencias que conforman su conocimiento de la menopausia, y la experiencia anterior que han tenido con el estamento médico.

Estudios existentes acerca de las prácticas a la hora de recetar medicamentos subrayan la importancia relativa de las distintas consideraciones clínicas que informan las decisiones de los médicos, y enfatizan que factores no estrictamente clínicos juegan un papel en estas prácticas. También muestran que muchas veces los especialistas no logran evaluar con facilidad las necesidades de información de sus pacientes así como su deseo de participar en las decisiones terapéuticas, y tienen dudas acerca de su capacidad de tratar adecuadamente la menopausia. El hecho de que las recomendaciones efectivas de los médicos no siempre son consistentes con los modelos analíticos de decisión que afirman utilizar indica la existencia de una ambivalencia en potencia acerca de la terapia hormonal. Además, las diferencias en la forma de abordar esta cuestión indica que es muy posible que diferentes 'culturas médicas' estén influyendo en sus decisiones. Si hemos de explicar adecuadamente estas opiniones y comportamientos de los facultativos, es preciso comprender las relaciones complejas existentes entre consideraciones médicas y no-médicas a la hora de recetar, los pros y los contras que tienen presente a la hora de recomendar un determinado tratamiento, así como la posibilidad de que las opiniones de los "proveedores de salud" puedan estar influidas por la información que obtienen de fuentes tanto profesionales como no profesionales, así como por factores culturales contextuales.

De modo análogo, las diferencias en la percepción de las mujeres de la menopausia, su forma de informarse acerca de los síntomas que tienen, y su utilización o no de los servicios de salud reflejan tanto los condicionantes locales que pesan sobre su acceso a dichos servicios de salud, como el ritmo existente de medicalización de sus vidas. Por medicalización nos referimos al proceso en el cual condiciones que habían sido considerados 'naturales', terminan definiéndose como parte del campo del profesional de salud, dando así a las mujeres la idea de que síntomas puedan no ser inevitables.

Los debates acerca de la medicalización de esta fase de la vida son una de las razones que explican la dificultad existente a la hora de formular patrones claros para la administración de los síntomas y riesgos para la salud ocurridos durante la menopausia. Estos debates se centran en la cuestión de si la menopausia es ante todo una condición médica, causada por el declive en la producción de estrógeno, y por tanto susceptible a ser tratada con medicamentos que limitan los efectos de este déficit, o si es una fase natural de la vida que requiere, como máximo, algunos ajustes en el estilo de vida de la mujer (Obermeyer, 2000). Investigaciones acerca de su sintomatología indican que factores tanto fisiológicos como sociales entran en juego. Estudios recientes, que demuestran que muchos de los síntomas relacionados tradicionalmente con la menopausia de hecho no son determinados por el declive en el funcionamiento del ovario y que también los hombres pueden experimentar algunos de los mismos síntomas que mujeres (Spetz, Mats et al, 2003; VanHall, Verdel y Velden, 1994; Calvaresi y Bryan, 2003), apoyan la noción de que al menos algunos de los cambios en la salud que ocurren durante esta fase de la vida son el resultado de procesos más generales de envejecimiento. Las investigaciones acerca de síntomas en distintas culturas también hallan variaciones considerables (McKinlay, Brambilla, y Posner, 1991; Avis, Kaufert, Lock, McKinlay y Vass, 1993; Oddens, Boulet, Leher y Visser, 1992) aunque sigue pareciendo que algunos síntomas centrales sí que están relacionados con el declive del estrógeno (Obermeyer, 2000)

En general, la proporción de mujeres que utilizan el tratamiento hormonal en un país determinado suele ser muy inferior a lo que se podría esperar para un medicamento asociado con una reducción en la mortalidad, una disminución de los síntomas de la menopausia y con efectos secundarios limitados. Además, una parte considerable de las mujeres (entre 15 y 30 por ciento) para las que se ha recetado el tratamiento hormonal se niegan a seguirlo, y el 50 por ciento de las que reciben la receta dejan de seguir la terapia al poco tiempo. Esta aparente escasez de entusiasmo en las mujeres ha sido atribuida a la falta de conocimiento o a la necesidad de educación respecto a sus beneficios. Pero un repaso cuidadoso de las pruebas existentes indica que opiniones muy diversas se pueden formar sobre la base de la misma información y que el conocimiento científico existente no siempre se refleja en las actitudes de las mujeres –por ejemplo, a menudo los riesgos de cáncer les parecen ser más importantes que los riesgos de mortalidad cardiovascular que se evitan con el TH, a pesar de las evidencias estadísticas en sentido contrario. Estudios recientes también reconocen que el seguimiento o no de un tratamiento no es un buen indicador de las decisiones de las pacientes, y que el proceso de toma de decisiones es complicado y a menudo interactivo. Hace falta más investigación acerca de cómo se utiliza la información de salud existente a la hora de tomar decisiones, y cómo las estadísticas a escala agregada se traducen en motivaciones individuales.

Dos principios generales informan la aproximación a estas decisiones terapéuticas que se propone aquí con el fin de comprender las decisiones tanto de los médicos como de las mujeres. El primero es que el comportamiento en materia de salud no puede ser explicado adecuadamente por modelos estrictamente racionales donde la información determina directamente el comportamiento o éste se vincula a determinados metas claras. Al contrario, las personas a menudo toman sus decisiones, con frecuencia difíciles, acerca de riesgos presentes y futuros en vista de información incompleta, y pueden sentirse confusas acerca de la mejor decisión ya que todas las opciones a su disposición son imperfectas. El segundo principio que guía esta investigación es que las decisiones que toman los individuos acerca de la atención a su salud no se limitan simplemente a utilizar o no los servicios de salud para determinados fines. En todas partes, la atención a la salud se asocia con significados simbólicos que van más allá de los efectos inmediatos de las terapias, y el comportamiento individual puede recoger normas acerca de conductos sociales apropiados, formas implícitas de ver el cuerpo, y orientaciones profundas acerca de la vida. Es importante reconocer la existencia de un proceso iterativo, a menudo influido por los resultados desagradables de decisiones erróneas anteriores.

Una realidad empírica que se ha encontrado en estudios llevados a cabo en los EE.UU. y en otros países ha sido la gran variabilidad de síntomas. El *Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)*, por ejemplo, informa que muchas mujeres pasan por la menopausia sin mayores problemas³, mientras otros estudios han mostrado frecuencias de los síntomas más elevadas (Bosworth, Bastian y Kuchibhatla, 2001; Von Muhlen, Kritz-Silverstein, Barret-Connor, 1995; Kam, Dennehy y Tsourounis, 2002). También es interesante observar que en muchos estudios la prevalencia de síntomas de menopausia puede ser menor en la población en su conjunto que en las muestras clínicas, indicando así

³ Bardel, Wallander y Svardsud, 2002; Chim, Tan, Ang, Chew, Chong y Saw, 2002; Leung, Haines, Chung, 2001; Harlow, Crawford, Sommer, Greendale, 1997; Kravitz, Ganz, Bromberger, Powell, Sutton-Tyrrell y Meyer, 2003; Mingo, Herman, Jasperse, 2000; Schneider, Heinemann, Rosemeier, Potthoff, Behre, 2000; Strickland, Dunbar, 2000; y Sternfeld, Cauley, Harlow, Liu, y Lee, 2000.

sesgos hasta cierto punto inevitables en las muestras utilizadas⁴. Esto mismo afecta al estudio que aquí se presenta.

El proyecto *Decisiones Terapéuticas para la Menopausia* forma parte de un proyecto internacional donde los criterios analíticos arriba planteados se aplican a cuatro contextos culturales diferentes: Marruecos (Rabat), Líbano (Beirut), los Estados Unidos (zonas centrales del estado de Massachusetts) y España (Madrid). Este proyecto internacional, cuyo investigador principal es Carla Makhoul Obermeyer, es organizado desde Harvard University y cuenta con el apoyo económico de los National Institutes of Health (NIH). El proyecto español, cuyo investigador principal es David-Sven Reher, es el resultado de un convenio de colaboración suscrito entre Harvard University y la Universidad Complutense de Madrid entre junio de 2002 y mayo de 2003.

En el presente *Informe* se presentarán los principales resultados correspondientes a nuestro estudio de las mujeres madrileñas, que constituye la parte principal del proyecto de investigación y que recibió, en su día, el apoyo de las autoridades del *Programa de Menopausia del Ayuntamiento de Madrid*. La encuesta de mujeres es más amplia y entra en mayor profundidad que la de los médicos. Los resultados derivados de ella terminan dando tanta importancia a la forma en la que las mujeres viven su experiencia de menopausia como a la manera en que desarrollan sus estrategias de cara al tratamiento de los síntomas. Por ello, en este *Informe* se hablará mucho de cómo se vive la menopausia y sólo se abordará la intervención de los médicos en la medida en que hablan de ella las mujeres mismas.

2. Metodología

La base del estudio ha consistido en la realización de 300 entrevistas a mujeres entre 45 y 55 años de edad residente en el Municipio de Madrid, a través de un cuestionario inicial elaborado por el grupo de investigación de la Universidad de Harvard. El equipo investigador de Madrid discutió este cuestionario inicial, traduciéndolo al español, y adaptándolo a la propia realidad del Municipio de Madrid.

La encuesta fue diseñada para recabar información de una muestra aleatoria de mujeres madrileñas acerca de los síntomas que habían tenido en el mes anterior a la encuesta, sobre las decisiones que habían tomado de cara a las terapias disponibles a fin de administrar bien los síntomas y los riesgos para la salud de la menopausia. Se recogió información acerca de los siguientes temas:

- 1) Información demográfica y socioeconómica acerca de la entrevistada, incluyendo cambios recientes en su hogar;
- 2) Asuntos relativos a su salud, incluyendo su autoevaluación, la presencia de condiciones crónicas, y la utilización de los servicios de salud;
- 3) La historia reproductiva y de salud reproductiva de la entrevistada;
- 4) Una lista de síntomas ocurridos en el mes anterior a la encuesta, y una pregunta acerca de los síntomas que más habían molestado;
- 5) La utilización de servicios de salud y de medicamentos para la menopausia;

⁴ Mckinlay, Brambilla y Posner, 1992; Avis, McKinlay, 1991; McKinlay, McKinlay y Brambilla, 1987; McKinlay y McKinlay, 1984; McKinlay, Bifano y McKinlay, 1985.

- 6) Preguntas acerca del estilo de vida, incluyendo el hábito de fumar, el ejercicio y la disposición de redes sociales.
- 7) Preguntas acerca de las tomas de decisión en materia terapéutica, incluyendo fuentes de información acerca de la menopausia y de las terapias existentes, cómo tomaban sus decisiones, y si encontraban que este proceso fuese difícil.

La lista de síntomas incluía 24 ítems, y abarcaba una variedad de manifestaciones – síntomas cardiovasculares, somáticos, digestivos, génito-urinarios, mentales/emocionales, y generales. Fue elaborado a partir de listas validadas ya existentes como el Green Index (Obermeyer, Makhlouf, Reynolds, Price y Abraham, 2004), el Yale Index (Sarrel y Sarrel, 1994), la lista utilizada por la Fundación General de la Salud en sus estudios comparados (Boulet, Oddens, Lehert, Vemer y Visser, 1994) así como los utilizados en los estudios comparados de Massachusetts, Manitoba y Japón (McKinlay, Brambilla y Posner, 1992; McKinlay, McKilay y Brambilla, 1987; Kaufer, Lock y McKinlay, 1986; Lock, 1993). Uno de los aspectos claves de esta lista es que los síntomas de la menopausia se insertan en una relación que incluye otros síntomas, a fin de reducir la posibilidad de que las respuestas se adhieran a los estereotipos habituales existentes sobre la menopausia. El instrumento fue puesto a prueba y validado culturalmente en estudios llevados a cabo en Beirut, Rabat y en Massachusetts (Obermeyer, Ghorayeb y Reynolds, 1999; Obermeyer, Schulein; Hajji y Azelmat, 2002; Obermeyer, Reynolds, Price y Abraham, 2004). Este listado fue adaptado para las especificidades de las mujeres madrileñas que se detectaron cuando se realizaron las entrevistas piloto.

Finalmente, se definió un cuestionario dividido en 112 preguntas, de las cuales 44 tenían un diseño de preguntas abiertas⁵, en las que se recogía la opinión de las mujeres entrevistadas ante los diversos temas que se iban tratando en la entrevista. El resto, es decir 68 preguntas tenían un carácter de cerradas convenientemente codificadas. Todas las preguntas estaban divididas en siete partes:

1. Información demográfica básica
2. Estilo de vida
3. Historial reproductivo
4. Estado general de salud
5. Ciclo menstrual
6. Síntomas
7. Gestión médica de la menopausia

Antes de iniciar el trabajo de campo, se realizó un estudio piloto con 12 mujeres que fueron entrevistadas para ensayar el cuestionario y valorar las dificultades que presentaba el cuestionario. Posteriormente se realizó un seminario de trabajo con la investigadora principal de Harvard (Carla Obermeyer) para discutir el cuestionario final, analizar la experiencia que se había tenido en otros países, y ultimar todos los detalles técnicos y metodológicos necesarios antes de salir a campo. Este trabajo sirvió para reforzar el

⁵ Se incluye en el anexo una relación del porcentaje de respuestas obtenido en cada una de las preguntas abiertas, así como una explicación breve de los criterios de explotación que se han seguido con las mismas.

debate sobre los objetivos del trabajo, y plantear algunas recomendaciones para las entrevistas.

2.1. La selección de la muestra

La población diana de esta investigación estaba formada por el grupo de mujeres comprendidas entre los 45 y los 55 años de edad. Estas mujeres representaban en el año 2001 un número aproximado de 190.318 personas, que equivalía al 12,1 por ciento del conjunto de las mujeres residentes en el municipio de Madrid.

De estas mujeres, el 50 por ciento se situaban entre los 45 y 49 años y el otro 50 por ciento en el grupo de 50 a 54 años. Casi todas las edades están formadas por un grupo próximo a las 19.000 mujeres.

Es muy posible que este grupo de mujeres se haya incrementando en casi 4.000 mujeres durante el año 2002 y los primeros meses del año 2003, al salir las mujeres más mayores y entrar las que tenían 44 y 43 años en el año 2001. Hay que tener en cuenta que en el año 2003 las edades más numerosas deberían haber sido las de 45 y 46 años con más de 21.000 mujeres en cada grupo.

Tabla 1 Distribución territorial de la muestra total y de las distintas submuestras.

	Número Muestra					Total
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
Centro	14	18	16	15	13	76
Arganzuela	16	15	15	16	14	76
Retiro	15	14	11	12	17	69
Salamanca	16	14	15	19	16	80
Chamartín	15	13	13	14	13	68
Tetuán	14	18	21	14	14	81
Chamberí	14	16	14	18	15	77
Fuencarral-El Pardo	25	25	23	24	22	119
Moncloa-Aravaca	9	12	13	11	14	59
Latina	22	22	24	23	25	116
Carabanchel	21	19	24	21	22	107
Usera	11	11	9	8	8	47
Puente de Vallecas	20	21	19	19	18	97
Moratalaz	10	9	11	11	9	50
Ciudad Lineal	24	22	25	22	24	117
Hortaleza	18	15	14	15	18	80
Villaverde	8	9	9	12	13	51
Villa Vallecas	7	7	5	7	5	31
Vicálvaro	3	3	3	4	5	18
San Blas	12	13	12	11	10	58
Barajas	6	4	4	4	5	23
Municipio Madrid	300	300	300	300	300	1.500

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Servicio de Estadística del Municipio de Madrid

Para la selección de la muestra se barajaron inicialmente distintas opciones, teniendo en cuenta la imposibilidad inicial de contar con un listado de las mujeres de estas

edades. Este problema se solventó al entrar en contacto con el *Programa de Menopausia del Ayuntamiento de Madrid* que desarrolla su Área de Salud Pública. Se tuvieron varias reuniones con sus técnicos y al final se alcanzó un acuerdo de colaboración que incluía su aval para que el Servicio de Estadística del propio Municipio proporcionara una muestra aleatoria de mujeres residentes en el Municipio de Madrid de estas edades.

Esta muestra aleatoria (1.500 mujeres) estaba constituida por cinco muestras independientes de 300 mujeres cada una, para poder sustituir las negativas que se pudieran producir. La muestra estaba compuesta por un listado de mujeres con sus direcciones postales y edad. En algunos casos se incluía el teléfono, que sido un factor clave para el éxito del trabajo.

La distribución de las mujeres seleccionadas dentro de cada Distrito Municipal ha tenido ligeras variaciones en cada muestra, por lo que la muestra teórica, al menos en su distribución territorial, ha permitido un cierto margen en el diseño del trabajo de sustituir los errores y las negativas que se iban produciendo según avanzaba el trabajo. La muestra base ha sido la primera, y las siguientes han sido utilizadas según se iba teniendo necesidad de recurrir a más mujeres para completar el peso territorial de cada Distrito.

2.2. El proceso de trabajo

Una vez que se tenía la muestra, el problema que se planteaba era cómo entrar en contacto con cada una de las mujeres que iban a ser entrevistadas. Se barajaron distintas opciones de trabajo, aunque al final se decidió que lo más adecuado era enviar a todas ellas una carta⁶ oficial de la Universidad Complutense en la que se explicaba de forma sencilla los objetivos de la investigación y la necesidad de su colaboración. Estas cartas eran enviadas por tandas, para facilitar que la toma de contacto no se alargase en el tiempo. También se incluía una persona de referencia, con su número de teléfono, para que pudiera informar o aclarar cualquier cuestión que se deseara conocer.

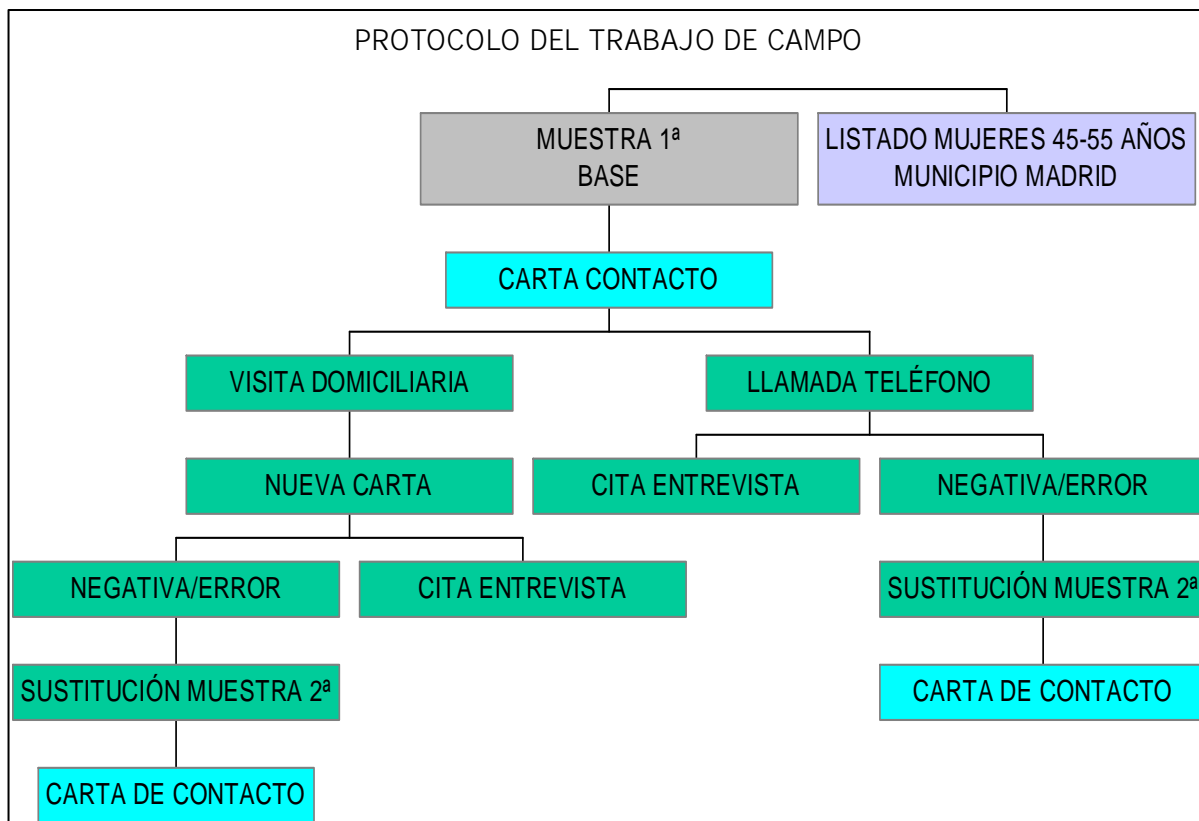
Cuando se tenía constancia que se había recibido la carta, se entraba en contacto telefónicamente para concertar una cita y rellenar el cuestionario. En la mayoría de los casos fue necesario reforzar la explicación de la carta, antes de que se produjera la aceptación, aunque la valoración final es que ha resultado decisiva para aclarar las dudas, y sobre todo, para conferir un nivel de seriedad y oficialidad que han facilitado notablemente las respuestas positivas.

Por problemas burocráticos, el trabajo de campo se realizó en dos fases. La primera entre la primera semana de octubre del año 2002 y la tercera semana de diciembre. En esta primera etapa se realizaron 200 entrevistas y participaron en las mismas 6 entrevistadoras.

La segunda etapa se inició en la última semana del mes de febrero y se finalizó en la tercera semana de abril del mismo año 2003. En esta fase participaron cuatro entrevistadoras que realizaron 100 entrevistas, con lo que se completo el trabajo. Con las mujeres que no se tenía teléfono se construyó un protocolo que consistía en la realización de una serie de visitas a su casa para intentar contactar personalmente con ella. En el caso de que no fuera posible contactar con ella, se dejaba una carta en el buzón explicándola que habíamos estado en su casa para tratar de hablar con ella, y se incluía un teléfono de contacto de la entrevistadora por si deseaba contactar

⁶ Se incluye en el anexo

Ilustración 1 Protocolo del trabajo de campo



En la primera fase se trabajó en los Distritos de Centro, Arganzuela, Retiro, Salamanca, Chamartín, Tetúan, Chamberí, Fuencarral-El Pardo, Moncloa-Aravaca y Latina; y en la segunda fase, en los Distritos de Usera, Puente de Vallecas, Moratalaz, Ciudad Lineal, Villaverde y San Blas. No se ha realizado ninguna entrevista en los Distritos de Villa de Vallecas, Vicálvaro y Barajas, al haberse completado las 300 entrevistas anteriormente.

Siempre se ha trabajado con la primera muestra, y las negativas y sustituciones han sido rellenadas con las siguientes muestras, seleccionando dentro de cada una las mujeres que tenían teléfono. Las cartas eran enviadas progresivamente, por lo que se ha producido un exceso de entrevistas en algunos Distritos. Se ha procurado completar el contacto con todas las mujeres a las que se ha enviado una carta, aunque esto no se ha conseguido en el Distrito de Fuencarral-El Pardo y tampoco en la última sustitución de la segunda fase en la que han quedado sin contactar 7 mujeres.

Una vez contactada por teléfono, o personalmente, se concertaba una cita para la realización de la entrevista. La experiencia en el contacto con las mujeres ha sido muy rica, como se recoge en el Informe elaborado por las propias entrevistadoras que se adjunta como Documento Anexo, al final de este Informe.

Al finalizar la entrevista se informaba del *Programa de Menopausia* del Ayuntamiento de Madrid y se recomendaba rellenar las preguntas que el equipo del Ayuntamiento había elaborado para recabar información sobre el colectivo de mujeres sobre el que se desarrollaba su trabajo. Este sobre debía ser enviado al propio *Programa de Menopausia* del Ayuntamiento de Madrid.

2.3. Resultados y entrevistas realizadas

En todo el proceso de trabajo se ha tenido que contactar con 750 mujeres, distribuidas entre todos los distritos municipales salvo Vicálvaro, Barajas y Villa de Vallecas. En total se han realizado 300 entrevistas, 200 en la primera fase y 100 en la segunda.

Tabla 2 Distribución de la muestra teórica, de los contactos realizados y de las entrevistas obtenidas

	Contactos utilizados	Muestra Teórica	Distribución porcentual Muestra Teórica	Entrevistas Obtenidas	Distribución Porcentual Entrevistas
Centro	26	15	5,1	14	4,7
Arganzuela	51	15	5,1	20	6,7
Retiro	33	14	4,6	17	5,7
Salamanca	43	16	5,3	19	6,3
Chamartín	51	14	4,5	16	5,3
Tetuán	50	16	5,4	15	5,0
Chamberí	47	15	5,1	17	5,7
Fuen.-El Pardo	43	24	7,9	23	7,7
Moncloa-Aravaca	29	12	3,9	11	3,7
Latina	66	23	7,7	23	7,7
Carabanchel	61	21	7,1	25	8,3
Usera	28	9	3,1	10	3,3
Puente de Vallecas	33	19	6,5	21	7,0
Moratalaz	17	10	3,3	10	3,3
Ciudad Lineal	59	23	7,8	25	8,3
Hortaleza	44	16	5,3	18	6,0
Villaverde	27	10	3,4	6	2,0
Villa de Vallecas	0	6	2,1	0	0,0
Vicálvaro	0	4	1,2	0	0,0
San Blas	42	12	3,9	10	3,3
Barajas	0	5	1,5	0	0,0
Total	750	300	100,0	300	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el trabajo de campo.

Se ha completado la muestra en los distritos de Latina y Moratalaz; se han realizado más entrevistas en los Distritos de Arganzuela, Retiro, Salamanca, Chamartín, Chamberí, Carabanchel, Usera, Puente de Vallecas, Ciudad Lineal y Hortaleza. La variación en la mayoría de los casos ha sido pequeña, salvo en los casos de Retiro, Salamanca y Carabanchel que ha superado el 19 por ciento de lo previsto, y sobre todo Arganzuela, Distrito en el que se ha realizado un 33 por ciento más de las entrevistas previstas. Por último, se han realizado menos entrevistas en los Distritos de Centro, Tetuán, Fuencarral-El Pardo, Moncloa-Aravaca, Villaverde y San Blas. De todos estos Distritos es Villaverde donde se ha obtenido los peores resultados, un 40 por ciento menos de la muestra teórica.

El primer problema planteado ha sido los errores del listado de mujeres que nos ha proporcionado el Servicio de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. En muchos casos estas mujeres no vivían en esa dirección, o bien el teléfono era erróneo, o simplemente, no tenían la edad necesaria para poder ser entrevistada. Este error ha representado casi un 13 por ciento de los 750 contactos que se ha realizado, es decir ha habido 97 mujeres que

por diversos motivos han tenido que ser excluidas de la muestra porque los datos iniciales del Padrón Municipal eran erróneos. Es interesante observar la distribución desigual de los errores en los Distritos Municipales del Municipio de Madrid. Los niveles máximos han correspondido a los Distritos de Moncloa-Aravaca, Chamartín y Moratalaz. Aparentemente no existe ninguna razón homogénea que pudiese explicar esta distribución, ni económica (nivel renta) ni geográfica (centro/periferia).

En cualquier caso, los errores han sido substituidos con nuevas mujeres. El porcentaje de rechazo que hemos tenido se ha calculado eliminando previamente estos errores, es decir, solo se han tenido en cuenta los contactos válidos que se ajustaban a la información y a los requisitos de la investigación. El nivel de rechazo global que hemos tenido ha sido del 54,1 por ciento, y el porcentaje de éxito por tanto del 45,9 por ciento.

Es interesante observar la distribución territorial de estos porcentajes. Lo primero que llama la atención es su enorme desigualdad, con coeficientes de variabilidad superiores al 30 por ciento. Los niveles mínimos de rechazo se han obtenido en los Distritos de Puente de Vallecas (25 por ciento) y Moratalaz (28,6 por ciento) y los niveles máximos en Villaverde (75 por ciento) y San Blas (74,4 por ciento).

Por tanto, el porcentaje de éxito, es decir, la proporción de mujeres que han realizado la entrevista sobre los contactos reales ha sido finalmente del 45,9 por ciento, algo inferior a lo esperado que situábamos en torno al 50 por ciento. La distribución territorial es muy heterogénea, como sucedía con los errores.

Tabla 3 Porcentajes de error, rechazo y éxito del trabajo

	Porcentaje error sobre contactos	Porcentaje rechazo sobre contactos reales	Porcentaje Éxito real
Centro	11,5	39,1	60,9
Arganzuela	11,8	55,6	44,4
Retiro	15,2	39,3	60,7
Salamanca	2,3	54,8	45,2
Chamartín	21,6	60,0	40,0
Tetuán	14,0	65,1	34,9
Chamberí	8,5	60,5	39,5
Fuencarral-El Pardo	7,0	42,5	57,5
Moncloa-Aravaca	24,1	50,0	50,0
Latina	18,2	57,4	42,6
Carabanchel	16,4	51,0	49,0
Usera	14,3	58,3	41,7
Puente de Vallecas	15,2	25,0	75,0
Moratalaz	17,6	28,6	71,4
Ciudad Lineal	10,2	52,8	47,2
Hortaleza	9,1	55,0	45,0
Villaverde	11,1	75,0	25,0
Villa Vallecas	--	--	--
Vicálvaro	--	--	--
San Blas	7,1	74,4	25,6
Barajas	--	--	--
Municipio Madrid	12,9	54,1	45,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el trabajo de campo.

Estos primeros datos resultan llamativos. ¿Cómo explicar una distribución tan heterogénea?. ¿Guardan alguna relación con la edad o el nivel de renta?. Indagando en estas dos primeras posibilidades se puede observar como aparentemente no parece guardar ninguna relación con el nivel de renta.

Para verificar esta primera cuestión se ha construido una tipología de los Distritos según su nivel de renta per cápita que los agrupa en cuatro grandes grupos: renta baja, renta media baja, renta media alta y renta alta.

Mapa 1 Porcentaje de éxito alcanzado en cada Distrito Municipal

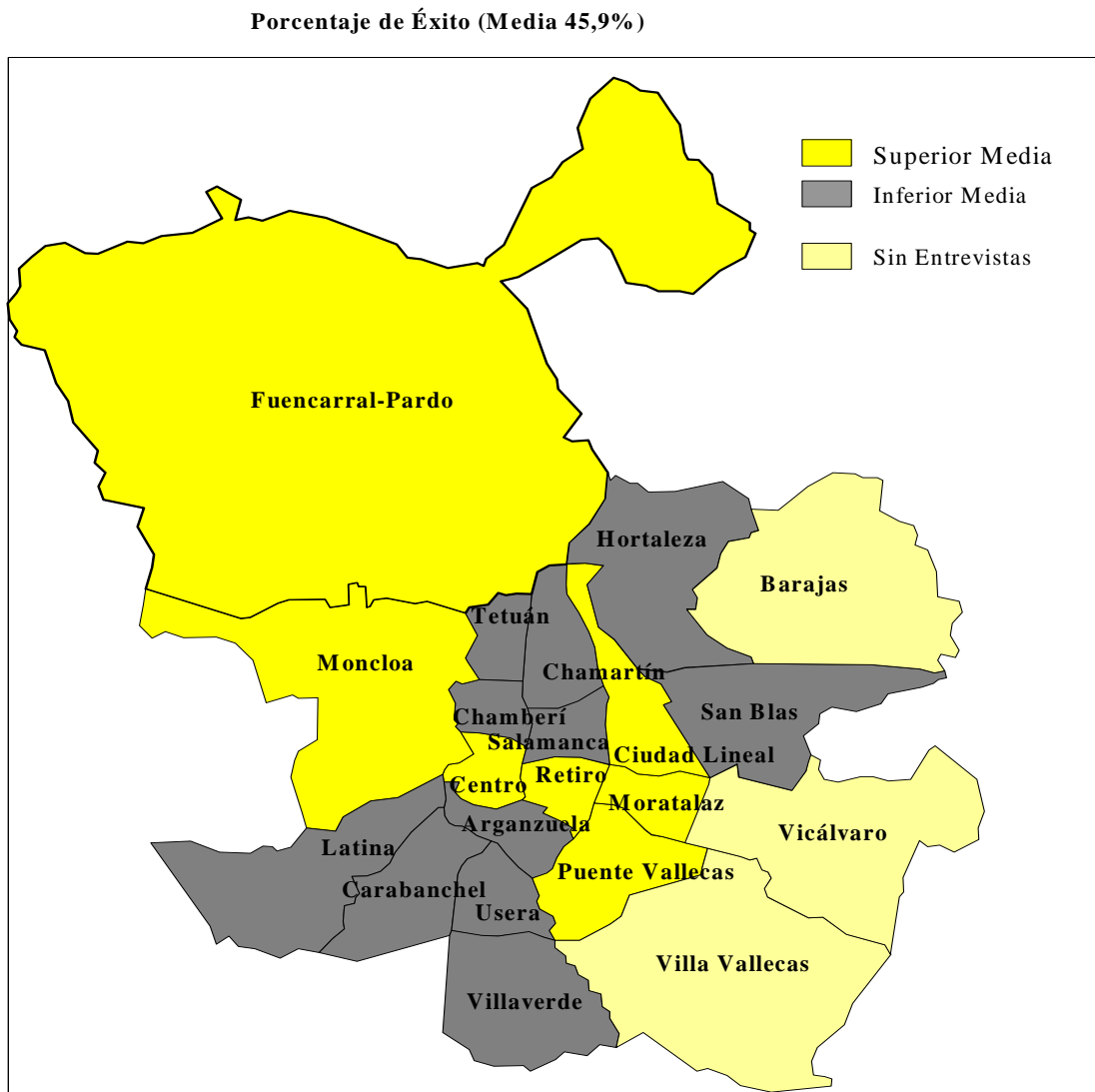


Tabla 4 Porcentajes de rechazo, error y éxito según el nivel de renta de los Distritos Municipales

	Porcentaje rechazo sobre contactos válidos	Porcentaje error sobre contactos	Porcentaje Éxito real
Distritos con nivel de Renta Baja			
Puente de Vallecas	25,0	15,2	75,0
Villaverde	75,0	11,1	25,0
Usera	58,3	14,3	41,7
Vicalvaro	--	--	--
San Blas	74,4	7,1	25,6
Total Renta Baja	59,1	11,5	40,9
Distritos con nivel de Renta Media Baja			
Villa Vallecas	--	--	--
Carabanchel	51,0	16,4	49,0
Latina	57,4	18,2	42,6
Moratalaz	28,6	17,6	71,4
Centro	39,1	11,5	60,9
Total Media Baja	49,3	16,5	50,7
Distritos con nivel de Renta Media Alta			
Tetuán	65,1	14,0	34,9
Arganzuela	55,6	11,8	44,4
Ciudad Lineal	52,8	10,2	47,2
Hortaleza	55,0	9,1	45,0
Barajas	--	--	--
Fuencarral-El Pardo	42,5	7,0	57,5
Total Media Alta	54,3	10,5	45,7
Distritos con nivel de Renta Alta			
Moncloa-Aravaca	50,0	24,1	50,0
Chamberí	60,5	8,5	39,5
Retiro	39,3	15,2	60,7
Salamanca	54,8	2,3	45,2
Chamartín	60,0	21,6	40,0
Total Alta	54,3	13,8	45,7
Municipio Madrid	54,1	12,9	45,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el trabajo de campo.

El porcentaje de éxito no se correlaciona con el nivel de renta de los Distritos Municipales, aunque el porcentaje más bajo se ha obtenido en los Distritos de Renta Baja (40,9 por ciento) y los más altos en los de Renta Media Baja (50,7 por ciento). En los distritos con renta meda alta se ha obtenido un 45,7 por ciento, y en los de renta más alta un 45,7 por ciento. En cualquier caso, estos datos deben mirarse con precaución ya que presentan variaciones internas muy importantes que nos apuntan hacia otros factores distintos. Por ejemplo, es muy interesante señalar como en los Distritos de renta más baja se obtienen los resultados más altos y los resultados más bajos al mismo tiempo. Algo parecido sucede en el resto de grupos, en donde se obtiene a la vez valores muy altos de éxito u valores muy bajos. La dispersión interna de cada grupo es muy elevada.

Evidentemente esta primera aproximación debe ser valorada con precaución, pues no se puede obviar que cada Distrito no es una unidad de renta homogénea y es muy posible que dentro de cada zona se hayan entrevistados a mujeres con niveles muy distintos, lo

que daría la posibilidad de que al final si se pudiese encontrar una cierta relación. Este análisis debe completarse, aunque por ahora cabe simplemente pensar que en la probabilidad de éxito que hemos obtenido han funcionado otros factores de mayor importancia que pueden explicarnos la variación de los éxitos que hemos obtenido. De hecho, como se verá más adelante, encontraremos cómo la mayor propensión a participar en el estudio se encuentra entre mujeres de mayor nivel económico y mayor nivel de estudios.

En cuanto a la edad sucede algo semejante. La probabilidad de éxito no parece que haya estado correlacionada con la edad de las mujeres que han contestado la entrevista. Las proporciones de éxito más altas se han obtenido en las mujeres de 49 años (54 por ciento), de 46 años (53,4 por ciento), de 50 (51,1 por ciento) y de 54 (50 por ciento); y las más bajas en las mujeres de 55 años (37,3 por ciento), de 53 (39,1 por ciento) y de 45 años (41 por ciento).

Estos resultados hacen pensar en que tampoco aparentemente ha sido decisivo el hecho de encontrarse en la fase de menopausia o de no encontrarse en la misma, pues los porcentajes de éxito se distribuyen en las distintas edades sin atender esta situación, al menos desde una primera valoración.

2.4. Sesgos de la muestra final obtenida

Antes de analizar con mayor detenimiento los resultados obtenidos, y los sesgos que parecen que se han podido producir, es preciso analizar la desviación que se ha producido entre la muestra teórica y la muestra que finalmente se ha obtenido.

El primer sesgo se ha producido en el proceso de sustitución de los errores y rechazos de la muestra. La necesidad de sustituir estas mujeres ha producido una sobreestimación de la muestra en algunos Distritos, y por el contrario ha dejado sin muestra a tres Distritos periféricos del Municipio de Madrid. En estos tres Distritos (Villa de Vallecas, Vicálvaro y Barajas) deberían haberse realizado 15 entrevistas, que representaban el 5 por ciento del total de la muestra, que no se han realizado finalmente.

Por el contrario, como ya se apuntaba anteriormente, se han realizado un exceso de entrevistas en otros Distritos que han compensado estas 15 entrevistas, y el déficit que también se ha producido en otros Distritos.

En función de la renta, en los Distritos de nivel de renta más bajo se han realizado 47 entrevistas, cuando la muestra teórica marcaba 54. Esta distorsión ha supuesto que en estos Distritos se obtuviese un 13 por ciento menos de las entrevistas previstas. Por el contrario, en los Distritos de renta más alta se han realizado más entrevistas (80) de las previstas (71), lo que ha supuesto una sobrevaloración global del 11,2 por ciento.

En los dos grupos intermedios el ajuste entre la muestra teórica y los resultados obtenidos ha sido más cercano, en el de Renta Media Baja se han realizado 4 entrevistas menos (72) de las previstas (76) que equivale a un 5 por ciento, y en el grupo de Renta Media Alta se han realizado 101 de las 99 previstas (+2 por ciento).

Es decir, el desfase ha llevado a que se realizasen 11 entrevistas menos en los distritos de renta baja, lo que supone que los resultados finales pueden tener un sesgo social ascendente que posiblemente tenga que ver con esta sobrevaloración de las entrevistas en los Distritos de mayor renta per cápita. De todas las maneras, esta afirmación debe matizarse a la espera de un análisis más pormenorizado de los resultados

obtenido, pues es muy posible que dentro del mismo Distrito la probabilidad de ser entrevista sea distinta en función del nivel social, de tal manera, que es posible que dentro de un mismo distrito hayan contestado más unas mujeres u otras.

El segundo aspecto inicial de sesgo de la muestra ha venido por los grupos de edad, aunque en este caso la variación es más difícil de determinar. La proporción de personas contactadas y la muestra teórica mantiene la misma proporción en lo que se refiere a los grandes grupos de edad, es decir en el segmento de 45 a 50 años y de 51 a 55 años. Este equilibrio se ha alterado en la representación final de las entrevistas: 155 (45-50 años), 137 (51-55) y 8 (56-57). Se ha constatado finalmente que en las edades computadas en las entrevistas ha habido 8 mujeres que tenían más de 55 años. Estas mujeres se han excluido de la muestra final del análisis, a fin de conseguir una homogeneidad de criterios con otros estudios similares, evitando cualquier distorsión de los datos. Por tanto, la muestra final sobre la que se ha trabajado la mayoría de los análisis esta constituida por 292 mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 55 años, ambos incluidos.

3. Principales resultados del cuestionario de mujeres

En este tercer capítulo se recoge una explotación básica de los datos de las entrevistas realizadas. Para ello se han estructurado ocho grandes temáticas. En la primera se intentará dibujar el perfil socioeconómico básico de estas mujeres, antes de conocer su situación respecto a la retirada de la regla. La sintomatología de la menopausia, y la dependencia o relación con algunos factores sociales y económicos serán tratados a continuación. Posteriormente, se dará paso a un capítulo en el que se recoge la experiencia de los síntomas en las propias palabras de estas mujeres, y las fuentes de información que habitualmente están utilizando. Por último se hará referencia al uso de la Terapia Hormonal, y a la experiencia que las mujeres están teniendo en este proceso de sus vidas.

Además de los datos de tipo numérico y cuantitativo, en algunos capítulos se hará un especial hincapié a las propias opiniones de las mujeres que serán recogidas de forma casi textual en muchos casos, aunque siempre se respetará su anonimato. Esta selección de opiniones es en muchos casos riquísima, y constituye por si mismas una valiosa aportación al estudio de la menopausia.

3.1 Características básicas de las mujeres entrevistadas

La edad media de las mujeres entrevistadas es de 50,2 años, si bien su distribución revela un cierto sesgo hacía mujeres de mayor edad. En la muestra inicial, se seleccionaron 300 mujeres entre 45 y 55 años de edad, aunque el tiempo que se tardó en materializar las entrevistas (a veces varios meses) hizo que algunas de las mujeres ya tuviesen más de 55 años (2,7 por ciento) y relativamente pocas 45 años de edad (5,7 por ciento).

Aún así, el colectivo entrevistado respondía con creces al tipo de mujer que se quería como objeto de estudio. A efectos de este estudio, las mujeres se van a agrupar en los siguientes grupos de edad: 45-48, 49-52 y 53-55. Las mayores de 55 años de edad no entrarán en la mayor parte de los análisis.

Tabla 5 Estructura de edad de las mujeres entrevistadas

Grupos de edades	Frecuencias	%
45-48	104	35
49-52	112	37
53-55	76	25
56-57	8	3
Total	300	100
Media	50,2	
Mediana	50,0	
Desviación típica	3,1	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003.

Las mujeres fueron también clasificadas de acuerdo con los ingresos totales de su hogar. Esta información es siempre problemática en una encuesta de esta naturaleza, tanto por la confusión que pueda causar (ingresos brutos o netos, de la pareja o de la mujer, etc.), como por la dificultad de saber con exactitud su importe. Por eso, se trata de una clasificación esencial pero siempre problemática. La distribución de colectivo de acuerdo con sus ingresos, se subdividió en cuatro categorías (<9.000€, 9.001€-18.000€, 18.001€-30.000€ y >30.000€). Estas cifras, que corresponden a ingresos en pesetas de < 1,5 millones, 1,5-3,0 millones, 3,0-5,0, y > 5,0, son algo superiores a la media de los hogares madrileños.

Tabla 6 Distribución según los ingresos anuales del hogar

Ingresos	Frecuencias	%
Menos de 9.000€	24	10
9.000-18.000 €	73	30
18.001-30.000 €	80	33
Más de 30.000 €	66	27
N	243	100
No sabe / no contesta n= 49		

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003.

Al clasificar el colectivo por su nivel de estudios, se preguntó por los estudios terminados en lugar de los estudios cursados. La distribución básica se encuentra en la Tabla nº 7, aunque al final se ha reducido las categorías útiles de análisis a: primarios completos, bachillerato elemental, bachillerato superior + formación profesional y estudios superiores. Como se puede apreciar en los datos presentados, la muestra de mujeres indica que un elevado porcentaje de ellas habían terminado los estudios universitarios (28,0 por ciento) y más de la mitad (54,3 por ciento) habían terminado la enseñanza secundaria. Esta proporción es, desde luego, bastante mayor que el conjunto de la población madrileña de su edad y sexo, y sólo un poco inferior a la arrojada por la muestra de mujeres en el Estado de Massachusetts (57 por ciento) (Obermeyer, Makhoulouf, Reynolds, Price y Abraham, 2004).

Tabla 7 Distribución de las mujeres según el nivel de estudios terminado

Estudios	Frecuencias	%
Ninguno / Primarios Incompletos	23	8
Primarios Completos	59	20
Bachillerato Elemental	52	18
Bachillerato Superior	56	19
Formación Profesional	20	7
Estudios Universitarios / Postgrado	82	28
Total	292	100

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003.

Tanto con respecto a los ingresos como con los estudios, en nuestro estudio ha quedado claro que mujeres de mayor educación y de mayor nivel económico (correlacionadas entre sí) han estado más dispuestas a contestar a las preguntas contenidas en nuestro instrumento. Este resultado no se debe al diseño de la muestra original, ya que todos los barrios y grupos sociales de Madrid estaban cubiertos de acuerdo con su peso dentro del conjunto de la población madrileña (véase el apartado anterior de este Informe). Más allá del diseño de la muestra, pues, las mujeres de mayor educación han tenido una mayor disposición a participar en nuestro estudio que las mujeres con menor nivel educativo. En principio atribuimos esta mayor participación a que dentro de este grupo de mujeres existe una mayor conciencia de que la cuestión de la menopausia merece ser tratada de forma abierta, no en el silencio que muchas afirman que existía dentro de la sociedad tradicional española. El elevado nivel de rechazo que también tuvimos (ver apartado anterior) puede indicar que todavía prevalecen actitudes bastante tradicionales al respecto en España. Cabe señalar, no obstante, que este comportamiento era similar a la de mujeres estadounidenses, donde las respondientes estaban sesgadas a favor de mujeres educadas, empleadas fuera del hogar y de mayores niveles de ingresos. Esta distribución es distinta en otros dos países incluidos en el proyecto internacional (Líbano y Marruecos) donde de hecho los niveles de baja educación y de menores ingresos estaban sobrerrepresentados en las muestras utilizadas (Obermeyer, Makhoul, Reynolds, Price y Abraham, 2004).

Un 74 por ciento de las mujeres entrevistadas vive en pareja, y un 73 por ciento de todas ellas conviven con sus hijos. La edad media de los hijos presentes en el hogar está en torno a los 21 años cuando es un único hijo, y cuando hay más de un hijo residiendo con ellas, el menor tiene una media de edad de 19,5 años y el mayor de 23,7 años. El número medio de hijos presentes en el hogar está en torno a 2, aunque varía según la edad de la madre.

Al ser preguntadas por su estado de salud, un 59 por ciento la calificaron como buena, un 25 como muy buena o excelente, frente a un 16 por ciento que la consideraron como regular o mala. Un 53 por ciento de las mujeres estaban adscritas a la Seguridad Social, otro 42 por ciento tenían un sistema mixto (público/privado/MUFACE), y sólo 4 por ciento tenían médico o sistema de salud privado.

Tabla 8 Distribución porcentual de las mujeres según el número de hijos residiendo en el hogar y la edad de la madre

	45-48	49-52	53-55	Total
1 Hijo	21	20	24	21
2 Hijos	42	37	38	39
3 Hijos	10	13	8	10
4 y más hijos	27	31	30	30
Total	100	100	100	100
Número medio de hijos	1,97	2,04	1,93	1,95

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

3.2 La retirada de la regla

Precisar con exactitud el proceso de retirada de la regla no es del todo fácil. Por ello, en la encuesta se preguntó de formas diferentes y a veces solapadas sobre este proceso. Entre las mujeres encuestadas, un 60 por ciento afirmaban que tenían un período regular mientras que otro 51 por ciento afirmaban que ya habían cesado sus períodos naturales. Esta diferencia se explica, al menos en parte, por el hecho de que las mujeres pasan por una fase en que aún tienen su período natural (es decir, no provocada por la terapia hormonal) pero ya no viene de manera regular. Como se podría esperar, la incidencia de estas dos variables oscila mucho, con la gran mayoría de las mujeres más jóvenes (45-48 años) aún teniendo su periodo con regularidad, mientras que para el 80 por ciento de las más mayores (53-55) ya había cesado la regla.

Tabla 9 Ceses de menstruación por edad. Porcentajes sobre los grupos de edad y el total de mujeres

	No tiene periodos con regularidad		Periodos naturales cesados	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
45-48	36	35	22	21
49-52	75	67	67	60
53-55	65	84	61	80
Total	176	60	150	51

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

La clasificación de las mujeres en la muestra por su estatus de menopausia fue realizada de acuerdo con la definición de menopausia de la Organización Mundial de la Salud que establece la menopausia en mujeres que no han tenido ovulación en los últimos 12 meses. Mujeres que tuvieron una histerectomía y/o la extirpación de ambos ovarios, así como las que habían pasado por radioterapia o por quimioterapia (10 por ciento) fueron todas clasificadas como menopausias quirúrgicas, de acuerdo con la definición habitual utilizada en los estudios epidemiológicos. Para aquellas mujeres con útero y al menos un ovario intacto, utilizamos sus respuestas acerca de su último período menstrual para determinar en qué fase de la menopausia estaban (pre-, peri- o pos-), tal y como ha descrito McKinlay y otros autores (McKinlay, Brambilla y Posner, 1992). Aquellas mujeres que tuvieron su último período natural más de 12 meses antes de la entrevista fueron

clasificadas como posmenopáusicas (37 por ciento). Las que tuvieron su último período natural en los últimos dos meses, se clasificaron como premenopáusicas (44 por ciento). Por fin, aquellas mujeres que no habían tenido un período regular pero sí al menos alguna regla entre tres y once meses antes de la entrevista fueron clasificadas como perimenopáusicas (10 por ciento).

Tal y como han señalado Grizzo, Freeman, Maurin, García-España y Berlin (1999), la utilización de la terapia hormonal hace difícil saber con exactitud el estatus de menopausia y la edad de la menopausia ya que la continuación de la regla debido a la utilización de hormonas encubre el final de la menstruación natural. Para este análisis, las mujeres que estaban tomando hormonas fueron categorizadas como posmenopáusicas, al menos que indicasen que habían tenido una regla natural en los últimos 3-12 meses, en cuyo caso se clasificaron como perimenopáusicas. Las pocas mujeres que tomaban hormonas y también habían sido operadas fueron clasificadas como 'menopausias quirúrgicas'.

Estos resultados varían algo, pero no mucho, del estudio existente sobre Massachussets. Dentro de este estudio, que forma parte de este mismo proyecto internacional, un 16 por ciento de las mujeres habían sido operadas, un 37 por ciento estaban pasando por la premenopausia, 13 por ciento por la perimenopausia y 34 por ciento por la posmenopausia (Obermeyer, Makhlouf, Reynolds, Price y Abraham, 2004). Tan solo cabe destacar el peso de las mujeres operadas que en Massachusetts es bastante superior a Madrid (16 frente al 10 por ciento).

Tabla 10 Distribución de las mujeres según su situación menopausia

Edad		Situación respecto a la menopausia				Total
		Premenopausia	Perimenopausia	Posmenopausia	Menopausia quirúrgica	
45-48	Recuento	73	8	16	7	104
	% Horizontal	70	8	15	7	100
49-52	Recuento	42	12	46	12	112
	% Horizontal	38	11	41	11	100
53-55	Recuento	13	8	46	9	76
	% Horizontal	17	11	61	12	100
Total	Recuento	128	28	108	28	292
	% Horizontal	44	10	37	10	100

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

La *Tabla 10* clasifica a las mujeres por su edad y por la fase de menopausia en que se encuentran. Entre las más jóvenes (45-48), casi tres cuartas partes =seguían en un estado de premenopausia, y tan sólo 15 por ciento estaban en la fase de posmenopausia. Para cuando llegaban a los 53-55 años, sin embargo, todo ello había cambiado y más del 61 por ciento de las mujeres eran ya dentro de la categoría posmenopausia.

Es muy problemático acercarse a la edad exacta del comienzo de la menopausia. Aquí hemos realizado dos intentos, ambos basados en la edad que declaraban las mujeres que había cesado sus períodos naturales. El primer intento utiliza el conjunto de las mujeres entrevistadas y revela una edad mediana de 48 años. Para un 21 por ciento de

estas mujeres, el cese de las reglas naturales había comenzado de hecho antes de los 45 años. Un problema con esta forma de estimación es el hecho de que la edad mediana está claramente infravalorada al incluir mujeres de, digamos, 47-50 años de edad que aún no habían comenzado su menopausia. Si utilizamos tan sólo las mujeres de 53-55 años de edad, el resultado es más exacto, y la mediana es de 50 años.

Tabla 11 Distribución de las mujeres según la edad de cese de los períodos menstruales naturales

Edad	Todas las mujeres		Mujeres mayor o iguales a 53 años	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
30-39	13	8	5	8
40-44	21	13	4	7
45-48	53	34	12	20
49-52	56	35	26	43
53-55	15	10	14	23
Total	158	100,0	61	100
Media	47,2		48,7	
Mediana.	48		50	
Desviación Típica	4,3		4,7	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

No obstante, incluso a los 53-55 años de edad, hay un porcentaje de mujeres que siguen teniendo la regla natural (17,3 por ciento de las mujeres siguen clasificándose como premenopáusicas a esa edad –ver tabla 10) por lo que el cese real de la regla natural para este grupo sería aún mayor. También es cierto que esta estimación del comienzo de la menopausia tiende a subestimar la edad del cese natural de la regla ya que incluye mujeres cuya menopausia ha sido provocada quirúrgicamente. De hecho, ello ocurre con una parte considerable de las mujeres cuya menopausia empieza de forma tan precoz. Entre mujeres operadas, la edad media del cese de la regla natural es de 43,6 años. Por todo ello, las cifras aquí presentadas –una edad media de 48,7 con una mediana de en torno a 50 años- son puramente indicativas, siendo en realidad algo inferiores a lo que deberían ser.

3.3 La sintomatología de la menopausia

«Mi salud psíquica si que ha cambiado debido al insomnio, insomnio provocado por la menopausia, que me provoca excesiva tristeza, ausencia de ilusión, pérdida de capacidad de asombro, ... y la libido ha desaparecido, el deseo sexual, ... pero es la tristeza, la desgana,..., las arrugas y las canas son normales. Es como si la sociedad te apartase un poco, los hombres dejan de mirarte, el teléfono deja de sonar,... mi menopausia ha sido precoz. Mi madre y hermana mayor han tenido la menopausia casi a los 60 años. » (42:29)

«No me gustaría caer en una depresión, tengo miedo. Me parezco mucho a mi madre, y ella pasó muy mala menopausia, se deprimió mucho. Se pasa muy mal. Los sueños, es que tengo sueños horribles. Últimamente sueño que estoy en la consulta del ginecólogo y que me dice que tengo cáncer en el útero y me lo tienen que quitar todo, pero me dice que ya no tengo solución. » (68:158)

«A pesar de los sofocos lo peor es el estado emocional. Las hormonas varían y me ha afectado a la parte emocional: nerviosismo, tristeza... la pérdida de memoria ha aumentado últimamente mucho. No sé si es por la menopausia o por la edad, pero me he planteado ir a un especialista. » (68:1150)

Estamos pues ante un grupo de mujeres de ingresos y de educación relativamente bien situadas que ven su salud como aceptable. Por lo general, todas tienen cubiertas sus necesidades de salud, bien mediante la Seguridad Social o por otras combinaciones de seguros médicos. Es llamativo que en este colectivo las mujeres informen de niveles relativamente elevados de síntomas.

En la *Tabla 12* se presentan las frecuencias de los síntomas físicos y emocionales que experimentaron las entrevistadas en el mes anterior a la entrevista. Para guardar homogeneidad con otros estudios, hemos eliminado de la muestra aquellas mujeres mayores de 55 años (8 mujeres), por lo que las estimaciones se basan en 292 respuestas. En esta tabla, para facilitar su lectura, los síntomas se ordenan por frecuencia.

La mitad o más de las mujeres experimentaron síntomas de dolor en las articulaciones, aumento de peso, nerviosismo y cambios repentinos de humor en el mes antes de la entrevista; entre 45 y 49 por ciento de ellas tuvieron problemas con el sueño, dolores de cabeza, pérdida de memoria, sofocos e impaciencia; y entre 40 y 44 por ciento sufrieron debilidad, cambios en su deseo sexual, problemas en su estado emocional e entumecimiento. Otros síntomas son menos frecuentes, pero su presencia continúa siendo considerable. Más del tercio de mujeres, por ejemplo, tuvieron sequedad vaginal, dificultades para concentrarse, incontinencia urinaria y sudores nocturnos. Más de una cuarta parte de las mujeres sufrieron palpitaciones, problemas gastrointestinales, angustias, depresión y mareos.

Tabla 12 Distribución de las mujeres según la incidencia de los síntomas ordenados.

Tipo de síntoma	Incidencia del síntoma	
	Frecuencias	%
Dolor en articulaciones	166	57
Aumento de peso	148	51
Nerviosismo	146	50
Cambios de humor	145	50
Problemas con el sueño	141	48
Dolores de cabeza	140	48
Pérdida de memoria	136	47
Sofocos	134	46
Impaciencia	131	45
Debilidad / Cansancio	122	42
Cambio en deseo sexual	120	41
Problemas con el estado emocional	119	41
Entumecimiento	117	40
Sequedad vaginal	100	34
Dificultad para concentrarse	100	34
Incontinencia urinaria	99	34
Sudores nocturnos	98	34
Palpitaciones	83	28
Síntomas gastrointestinales	81	28
Angustia	76	26
Depresión	76	26
Mareos	74	25
Sin aliento / Dificultad en respiración	62	21
Presión dolor en el pecho	47	16
Coito doloroso	33	11
Otros	27	9
Mayor 45%		

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Se han agrupado los síntomas dentro del conjunto de las mujeres de acuerdo con unas categorías generales. Los *síntomas vasomotores* se refieren a sudores nocturnos y a sofocos; *síntomas cardiovasculares* incluyen palpitaciones, presión o dolor en el pecho, falta de aliento; *síntomas emocionales o mentales* recogen ansiedad, nerviosismo, depresión, cambios de humor e impaciencia y *síntomas génito-urinarias* recogen incontinencia urinaria, sequedad vaginal, cambios en el deseo sexual y dolor en el coito. Organizados de esta manera, se puede apreciar que la gran mayoría de las mujeres (81 por ciento) sufren de al menos un síntoma emocional, dos tercios de al menos algún síntoma génito-urinario (67), algo más de la mitad de alguno vasomotor (54), y algo

menos de algún síntoma cardiovascular. Si agrupamos a las entrevistadas por el número de síntomas experimentadas en el mes antes de la entrevista, se puede apreciar que sólo 1 mujer no tuvo ningún síntoma, un 16 por ciento entre 1-4 síntomas, un 42 por ciento entre 5-10, un 25 por ciento entre 11-15 y un 17 por ciento entre 16-26 síntomas. Dicho de otra manera, lo más normal era que una mujer hubiese tenido entre aproximadamente 5 y 12 síntomas relacionados directa o indirectamente con el proceso de menopausia que se desarrollan en una etapa de la vida en que también se manifiestan muchas señales propias del envejecimiento.

Tabla 13 Distribución de las mujeres según los síntomas agrupados

	Frecuencia	%
Emocionales	235	81
Cardiovasculares	130	44
Vasomotor	157	54
Génito-urinarios	196	67

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

La *Tabla 14* recoge la incidencia de síntomas según la edad de la mujer. De acuerdo con estos resultados, determinados síntomas muestran una relación muy clara con la edad de la mujer, destacando en este respecto, la sequedad vaginal, los problemas con el sueño, los sofocos, los sudores nocturnos, la incontinencia urinaria y los cambios en los deseos sexuales. Otros síntomas no muestran apenas ninguna relación con la edad de la mujer.

Si se agrupan los síntomas por tipología general, los génito-urinarios y los vasomotores revelan una fuerte relación, con chi cuadrados de elevado nivel de significación estadística, frente a los cardiovasculares donde la relación es muy modesta y los emocionales donde es nula. En los casos de relaciones significativas, las mujeres mayores siempre muestran una incidencia de síntomas marcadamente mayor que las mujeres relativamente mayores. En algunos casos, la incidencia de un determinado síntoma es mayor en mujeres 49-52 que en las de 53-55.

La frecuencia de síntomas por edad de la mujer es una aproximación valiosa, pero al final inadecuada, para calibrar la incidencia de la menopausia. Aunque refleja bien el efecto edad, no es igualmente eficaz a la hora de reflejar el peso de la menopausia en sí, ya que el cese de la regla comienza a edades diferentes en cada mujer.

Tabla 14 Síntomas según edad y nivel de significación

Tipo de síntoma y Edad	Edad			Total	Chi Cuadrado*
	45-48	49-52	53-55		
Sequedad vaginal	21	39	45	34	0,005
Problemas con el sueño	38	58	49	48	0,010
Sofocos	36	49	55	46	0,022
Sudores nocturnos	25	41	34	34	0,044
Incontinencia urinaria	25	38	41	34	0,051
Cambio en deseo sexual	31	49	43	41	0,065
Depresión	20	32	25	26	0,132
Palpitaciones	35	25	25	28	0,218
Mareos	20	26	32	25	0,219
Cambios de humor	54	51	42	50	0,282
Angustia	27	30	20	26	0,318
Aumento de peso	49	47	58	51	0,333
Pérdida de memoria	44	52	42	47	0,357
Presión dolor en el pecho	20	13	15	16	0,359
Coito doloroso	8	15	11	11	0,369
Dolor en articulaciones	53	56	63	57	0,384
Dolores de cabeza	52	48	42	47	0,427
Entumecimiento	37	39	46	40	0,427
Dificultad para concentrarse	33	38	32	34	0,645
Nerviosismo	47	50	54	50	0,664
Síntomas gastrointestinales	29	25	30	28	0,696
Sin aliento / Dificultad en respiración	21	20	24	21	0,801
Otros	9	9	11	9	0,902
Impaciencia	44	46	43	45	0,909
Problemas con el estado emocional	37	47	37	41	0,197
Debilidad / Cansancio	41	44	40	42	0,838
Síntomas Agrupados en total mujeres por edad	Edad			Total	Chi Cuadrado*
	45-48	49-52	53-55		
Génito-urinarios	52	74	78	67	0,000
Vasomotor	41	59	63	54	0,006
Cardiovasculares	52	39	42	45	0,155
Emocionales	80	80	83	81	0,825

*Nivel de significación 0,05

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Tabla 15 Síntomas según estatus de menopausia

Tipo de síntoma	Estatus Menopausia			Total	Chi Cuadrado*
	Premenopausia	Perimenopausia	Posmenopausia		
Sofocos	30	75	54	44	0,000
Sequedad vaginal	20	39	44	31	0,001
Mareos	18	46	27	25	0,005
Coito doloroso	4	18	17	11	0,009
Sudores nocturnos	26	36	42	33	0,035
Cambio en deseo sexual	32	43	50	41	0,038
Sin aliento / Dificultad en respiración	25	7	22	22	0,118
Aumento de peso	47	43	58	51	0,140
Debilidad / Cansancio	45	32	36	40	0,235
Cambios de humor	56	50	45	51	0,248
Dificultad para concentrarse	31	46	31	34	0,285
Impaciencia	42	57	44	44	0,345
Problemas con el estado emocional	37	36	45	40	0,353
Otros	9	4	12	10	0,353
Presión dolor en el pecho	19	18	12	16	0,357
Problemas con el sueño	43	54	51	47	0,373
Dolor en articulaciones	54	68	55	56	0,388
Palpitaciones	28	18	28	27	0,521
Incontinencia urinaria	31	25	34	31	0,609
Nerviosismo	47	54	53	50	0,614
Dolores de cabeza	52	46	45	49	0,621
Entumecimiento	41	32	37	38	0,665
Angustia	23	29	26	25	0,741
Depresión	23	29	25	24	0,781
Pérdida de memoria	47	46	44	46	0,870
Síntomas gastrointestinales	27	25	25	21	0,910
Síntomas Agrupados en total mujeres	Estatus Menopausia			Total	Chi Cuadrado*
	Premenopausia	Perimenopausia	Posmenopausia		
Vasomotor	39	79	62	53	0,000
Génito-uritarios	57	71	75	66	0,012
Cardiovasculares	50	36	39	44	0,150
Emocionales	78	86	81	80	0,647

*Nivel de significación 0,05

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Dentro de este proyecto, nos encontramos en condiciones de ver la incidencia de síntomas por el estado de cada mujer en su propio proceso de menopausia. Ello mismo se puede apreciar en los resultados recogidos en la *Tabla 15*. En esta tabla sólo se refleja la experiencia de mujeres cuyo cese de la regla no ha sido provocado por cirugía, ya que éstas serán analizadas más abajo. En la tabla, los síntomas se ordenan por nivel de significación estadística (del estadístico chi cuadrado). Estos resultados, ricos en matices y con muchas interpretaciones, indican que ciertos síntomas están claramente vinculados con el cese de la regla (sofocos, sequedad vaginal, mareos, coito doloroso, sudores nocturnos, y el cambio en el deseo sexual), frente a otros donde la relación es tenue e incluso nula.

Las diferencias más importantes en la frecuencia de síntomas entre mujeres en premenopausia con respecto a las de peri- o de posmenopausia ocurren precisamente donde el estadístico chi cuadrado tenga mayor grado de significación. Agrupando los síntomas por tipología general, los que mantienen una relación más cercana a la situación de menopausia son los vasomotores y los génito-urinarios.

En muchos casos, destaca el estado de perimenopausia como el más susceptible a determinados síntomas, tal y como ocurre con sofocos, mareos, impaciencia, dificultad para concentrarse y dolores en las articulaciones. Ello es particularmente visible con los sofocos cuya incidencia en la perimenopausia es 45 puntos porcentuales por encima de la premenopausia, y otros 21 puntos porcentuales por encima de la posmenopausia. Se trata de un síntoma particularmente agudo durante esta fase, pero no es el único. La importancia de las síntomas durante la perimenopausia ha sido confirmado en otros estudios (Avis, Kaufert, Lock, McKinlay y Vass, 1993; Obermeyer, Makhlouf, Reynolds, Price y Abraham, 2004). En los casos en que se dan asociaciones estadísticamente significativas, con mujeres en posmenopausia, la incidencia de estos síntomas continúa siendo muy superior a la de mujeres en la premenopausia, pero en los casos no significativos, se reduce sustancialmente en mujeres de posmenopausia. Agrupando los síntomas, se ve esta misma relación con la tipología de los vasomotores, aunque con los génito-urinarios la relación durante la perimenopausia y la posmenopausia es lo contrario.

Tomados en su conjunto, los resultados de este estudio indican que para muchos síntomas y grupos de síntomas, la fase en la vida de las mujeres en la que se está retirando la regla natural (la perimenopausia) es la más problemática, seguido bastante de cerca por la fase de la posmenopausia. Este último resultado, no obstante, puede estar influido por el hecho de que muchas mujeres que en la encuesta que hemos clasificado como en posmenopausia ya dejaron de tener su regla varios años antes. Es posible que algunos síntomas decrecen en frecuencia a medida que se vayan alejando del momento real del cese de la regla. En todo caso, los momentos justo antes y después de la retirada de la regla parece como los más problemáticos para las mujeres encuestadas.

Hay algunos síntomas, cuya incidencia llega a ser importante, que no revelan una vinculación estrecha con la retirada de la regla. Pueden considerarse más como síntomas que caracterizan una fase de la vida, que síntomas producidos por la menopausia. Aún reconociendo este hecho, en estos casos es importante tener presente que para las mujeres que los tienen y los sufren, forman parte de su vida de forma tan real como los síntomas específicamente relacionados con la menopausia. Dicho de otra forma, la menopausia es una de las cosas que pasa en la vida de las mujeres a una cierta edad, pero en modo alguno es la única.

En la *Tabla 16* se recogen la frecuencia de síntomas entre mujeres cuya menopausia ha sido provocada quirúrgicamente, con respecto a las mujeres que todavía no habían entrado en el proceso de menopausia. A pesar de basarse en un número reducido de casos (28). La frecuencia de ciertos síntomas es marcadamente mayor entre ellas que entre mujeres que todavía no han entrado en la menopausia. En particular, cabe destacar la incontinencia urinaria, los sofocos y la sequedad vaginal, donde las diferencias en puntos porcentuales superan los 25 puntos, y el entumecimiento, los problemas gastrointestinales, las depresiones y los mareos, donde estos son 15 o más puntos mayores. La incidencia de estos síntomas es similar a la de las mujeres en peri- y post-menopausia, pero no igual. Mientras los sofocos, los mareos y la sequedad vaginal también muestran grandes diferencias con respecto a la premenopausia, pero niveles similares con respecto a la peri- y la posmenopausia, la incontinencia, el entumecimiento y la depresión son mucho más importantes entre mujeres operadas que entre mujeres cuya menopausia ha sido natural.

Tabla 16 Comparación de síntomas entre la Menopausia Quirúrgica y la Premenopausia

Tipo de síntoma	Menopausia quirúrgica	Premenopausia	Diferencia puntos porcentuales
Dolor en articulaciones	68	54	14
Pérdida de memoria	61	47	14
Problemas con el sueño	61	43	18
Entumecimiento	57	41	17
Incontinencia urinaria	57	31	27
Sofocos	57	30	27
Sequedad vaginal	57	20	38
Nerviosismo	57	47	10
Debilidad / Cansancio	50	45	5
Impaciencia	50	42	8
Problemas con el estado emocional	46	37	10
Aumento de peso	46	47	-1
Cambio en deseo sexual	46	32	14
Síntomas gastrointestinales	43	27	16
Cambios de humor	43	56	-13
Dolores de cabeza	43	52	-9
Palpitaciones	43	28	15
Depresión	39	23	17
Dificultad para concentrarse	39	34	6
Sudores nocturnos	36	26	10
Angustia	36	23	13
Mareos	32	18	14
Presión dolor en el pecho	18	19	-1
Coito doloroso	18	4	14
Sin aliento / Dificultad en respiración	14	25	-11
Otros	7	9	-2
Número casos	28	128	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Es más, cabe afirmar que la menopausia tiene más alteraciones para mujeres operadas que para mujeres cuya regla ha cesado de manera natural. Los resultados presentados en la *Tabla 17* indican que entre las mujeres operadas los casos de pocos síntomas son menores que en las demás categorías y las de muchos síntomas (16-20) bastante mayores.

Tabla 17 Mujeres agrupadas según e número de síntomas y estatus de menopausia

Estatus menopausia	0 síntomas	1-4 síntomas	5-10 síntomas	11-15 síntomas	16-26 síntomas	Total
Premenopausia	1	16	47	21	15	100
Perimenopausia	0	14	36	46	4	100
Posmenopausia	0	18	38	25	19	100
Menopausia quirúrgica	0	4	43	29	25	100
Total	0	17	42	25	16	100

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Otra manera complementaria para evaluar la importancia de los síntomas consiste en estimar su frecuencia entre las mujeres encuestadas de acuerdo con el cese o no de su regla, independientemente de dónde se encuentran en el proceso general de menopausia. Estos resultados, menos refinados que los presentados anteriormente, son en términos generales concordantes con ellos. Varios síntomas muestran una relación evidente con el cese la regla, algunos de ellos de elevado significación estadística (sofocos, sequedad vaginal, coito doloroso, sudores nocturnos, cambios de humor, cambio en el deseo sexual, problemas con el sueño y mareos). De estos, excepción hecha de los cambios de humor, en todos los casos la incidencia es mucho mayor entre mujeres cuya regla ha cesado que entre las mujeres que aún la siguen teniendo.

En otros casos, a pesar del hecho de que no hay una relación significativa estadísticamente, el peso mayor de los síntomas entre mujeres cuya regla ha cesado es evidente (aumento del peso, dolor en articulaciones, incontinencia urinaria, nerviosismo). Los más espectaculares son los sofocos, la sequedad vaginal, el coito doloroso y los sudores nocturnos donde la incidencia del síntoma es más que dos veces mayor entre mujeres cuya regla ha cesado. En el caso del coito doloroso, esta diferencia es muchísima mayor, aunque la incidencia del síntoma sea menor que los otros. Relaciones análogas casi igualmente espectaculares se dan cuando se agrupan los síntomas por tipología general.

Como colofón a este apartado de presentación de síntomas, cabe insistir en que mujeres de todas las edades (del grupo encuestado) sufren de todos los síntomas. Es decir, excepción hecha de coito doloroso, que sólo afecta a un 3 por ciento de las mujeres cuya regla aún continúa y al 4 por ciento de las mujeres clasificadas como premenopausia, todos los demás síntomas están presentes en mujeres justo antes, durante y después de la menopausia. Normalmente, estos síntomas afectan a bastante más de la cuarta parte de mujeres que aún tienen la regla y a porcentajes similares en mujeres clasificadas dentro de la premenopausia. Dicho de otro modo, la menopausia incrementa la incidencia de síntomas, pero en modo alguno la crea. No tenemos acceso a datos de mujeres de menos de 45 años de edad, aunque sospechamos que a medida en que las mujeres vayan pasando por su período fértil y se vayan aproximando a la menopausia, aún cuando ésta quede lejos en el tiempo, irá aumentando la incidencia de muchos de los síntomas. En ese caso, parecería tratarse más de un problema de gradual envejecimiento que uno relacionado con la menopausia *sensu strictu*. En ese contexto, el climaterio aceleraría la importancia de estos síntomas, pero estaría incidiendo sobre una situación ya existente.

Tabla 18 Síntomas según retirada de la regla

Síntoma	¿Sigue teniendo la regla?		Chi Cuadrado*
	No %	Si%	
Sofocos	58	28	0,000
Sequedad vaginal	42	22	0,002
Coito doloroso	17	3	0,004
Sudores nocturnos	40	24	0,006
Cambios de humor	44	59	0,013
Cambio en deseo sexual	48	31	0,016
Problemas con el sueño	53	41	0,055
Mareos	29	20	0,079
Aumento de peso	55	45	0,140
Debilidad / Cansancio	39	47	0,180
Otros	11	40	0,260
Dolores de cabeza	46	52	0,294
Sin aliento / Dificultad en respiración	19	24	0,324
Dolor en articulaciones	59	53	0,341
Incontinencia urinaria	36	31	0,400
Dificultad para concentrarse	32	37	0,409
Palpitaciones	27	31	0,422
Nerviosismo	52	47	0,473
Impaciencia	46	43	0,624
Síntomas gastrointestinales	27	29	0,626
Angustia	27	25	0,745
Depresión	27	25	0,745
Pérdida de memoria	46	47	0,816
Problemas con el estado emocional	40	41	0,860
Entumecimiento	40	40	0,907
Presión dolor en el pecho	16	16	0,915
Síntomas agrupados			
Vasomotor	64	39	0,000
Génito-urinarios	74	57	0,003
Cardiovasculares	41	50	0,126
Emocionales	81	79	0,682
*Nivel de significación 0,05			

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Tomemos los sofocos, por ejemplo. Incuestionablemente se trata del síntoma más espectacular de la menopausia y de uno de los más directamente relacionados con el cese de la regla. Sin embargo, está presente en un 28 por ciento de las mujeres que siguen teniendo su regla y en un 30 por ciento de las mujeres clasificadas como de premenopausia. Es, pues, un síntoma que ya afecta a más de la cuarta parte de las mujeres antes del cese de su regla. ¿Su incidencia es menor en mujeres aún más jóvenes? No lo podemos saber dentro de los confines de nuestro estudio, pero es posible que así sea. Como veremos más adelante con el testimonio de las mujeres, desde su propio punto de vista, no les parece importar demasiado que tal o cual síntoma esté relacionado

directamente con el cese de la regla. Ellas viven esta etapa de sus vidas como un conjunto. Se llama la menopausia y todos los síntomas, desde las depresiones hasta los sofocos, forman parte de ella.

Cabe afirmar que la incidencia de estos síntomas en la población madrileña es elevada, aunque los niveles no difieren mucho de los hallados en otros estudios similares. Comparándolos con el estudio de Massachusetts, llevado a cabo dentro de este mismo proyecto con una metodología casi idéntica, la incidencia de síntomas no es muy diferente a la presentada aquí (Obermeyer, Makhlouf, Reynolds, Price y Abraham, 2004). En algunos síntomas, sin embargo, se pueden detectar diferencias relativamente importantes. La frecuencia del aumento de peso (+29), del nerviosismo (+18), de los cambios en el deseo sexual (+12) y de la incontinencia urinaria (+11) supera en Madrid a los niveles de Massachusetts en más del 10 puntos porcentuales. Por el contrario, los problemas con el sueño (-12), los dolores de cabeza (-10), los sofocos (-11), y la angustia (-12) son todos menos frecuentes en Madrid en más de 10 puntos porcentuales. En ambos contextos, no obstante, una parte importante de las mujeres sufren de estos síntomas durante la menopausia. Por regla general, la incidencia de estos síntomas es también mayor que en otros varios estudios centrados en mujeres estadounidenses aunque, como ya hemos visto, los niveles son comparables al estudio gemelo dentro de este proyecto llevado a cabo en Massachusetts⁷.

Es posible que una de las razones para estos niveles elevados pero similares de frecuencia de síntomas se base en la forma en que se dieron las respuestas a nuestro cuestionario. Todos los estudios llevados a cabo dentro de este proyecto se basaron en entrevistas personales llevadas a cabo por entrevistadoras muy bien preparadas, con preguntas cerradas y abiertas, y una lista amplia de posibles síntomas. Cabe la posibilidad de que ello fuera factor para hacer que las mujeres estuviesen más dispuestas a informar sobre estos síntomas que en otros estudios similares. De hecho, la frecuencia de síntomas hallada en los estudios paralelos llevados a cabo en Beirut y Rabat, que se basaron en el mismo método, dan niveles más o menos similares a los hallados en Madrid y en Massachusetts. En Beirut, los dos síntomas con mayor frecuencia eran debilidad/cansancio e impaciencia (79 por ciento y 69 por ciento respectivamente); más de la mitad de las mujeres sufrieron de dolores de cabeza, problemas con el sueño, entumecimiento, cambio en el deseo sexual, angustia y pérdida de memoria, y entre un tercio y la mitad informaron acerca de sofocos, palpitaciones, dificultad de respiración, dolores en las articulaciones, depresión y dificultades para concentrarse (Obermeyer, Schulein, Haiji, y Azelmat, 2002). En Rabat, en cambio, la incidencia de síntomas era algo menor, con cansancio, sofocos, dolores de cabeza y dolores en las articulaciones siendo las más frecuentes (62, 61, 58 y 54 por ciento respectivamente); y con angustia, cambios de humor, mareos y palpitaciones afectando a entre un tercio y la mitad de las mujeres (Obermeyer, Schulein, Haiji, y Azelmat, 2002). En ambos casos, los niveles hallados son levemente superiores a los que se dan en Madrid.

⁷ Avis, Kaufert, Lock, McKinlay y Vass, 1993; Harlow, Crawford, Sommer y Greendale, 2000; Kravitz et al., 2003; Bosworth, Bastian y Kuchibhatla, 2001; Von Muhlen, Kritz-Silverstein, Barrett-Connor, 1995; Kam, Dennehy y Tsourounis, 2002; Boraz, et al., 2001; Avis, Stellato y Crawford, 2001 y Grizzo, Freeman, Maurin, Garcia-España y Berlin, 1999).

3.4 La sintomatología de la menopausia y los factores asociados

En este apartado analizaremos los síntomas de la menopausia de acuerdo con determinados factores sociales y económicos recogidos dentro de la encuesta. No se trata en modo alguno de un análisis formal de causalidad ya que no manejamos suficiente información como para adentrarnos en ese terreno. Más bien se trata de un análisis de los factores asociados con la menopausia que nos pueden ayudar a comprender por qué cierto síntoma se da más en algunas mujeres que en otras. Algunos de estos factores asociados tienen una clara y directa explicación, frente a otros donde la explicación no es nada clara. Este tipo de enfoque nos permite ampliar las perspectivas disponibles sobre la menopausia.

En la *Tabla 19* se pueden ver los síntomas que mantienen una relación estadísticamente significativa con el nivel de ingresos de la familia ($p = <0.05$). Las palpitaciones, el entumecimiento, los problemas con el estado emocional o mental y la depresión y los síntomas cardiovasculares son todos menos importantes en mujeres de elevados ingresos. En cambio, el coito doloroso y sobre todo el cambio en el deseo sexual son mucho menos frecuente entre mujeres de muy bajo nivel económico.

La explicación para muchas de estas asociaciones se encuentra en diferencias en el estilo de vida propio de los distintos capas económicas de la sociedad. El hecho de que las palpitaciones, el entumecimiento, problemas con el estado emocional y mental, depresiones y el conjunto de síntomas cardiovasculares son clarísimamente propias de mujeres relativamente menos solventes económicamente hablando (con una incidencia de entre dos y tres veces mayor en los extremos) ayuda a retratar bien dos tipologías claramente diferenciadas de mujer. En sentido contrario, pero también de forma elocuente, están los mayores problemas sexuales entre mujeres de mayores niveles de ingresos. Los ingresos muestran ser un factor asociado muy importante para estos indicadores.

Tabla 19 Síntomas con significación estadística según el nivel de ingresos

<i>Síntoma</i>	Menos de 9.000€	9.000 - 18.000 €	18.001- 30.000 €	Más de 30.000 €	Chi cuadrado
Palpitaciones (%)	50	29	33	14	0,020
Entumecimiento (%)	67	45	36	21	0,000
Cambio en deseo sexual (%)	33	48	40	46	0,001
Coito doloroso (%)	4	14	16	11	0,012
Problemas con estado emocional mental (%)	63	32	43	32	0,004
Depresión (%)	50	23	24	20	0,046
Síntomas cardiovasculares (agrupados) (%)	67	49	51	27	0,008

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Resultados similares se dan cuando se analiza la asociación entre síntomas y nivel de estudios. Sabido es que los estudios alcanzados y el nivel de ingresos están estrechamente correlacionados en la mayoría de los casos, tal vez más aún en mujeres que cursaron sus estudios universitarios hace ya 30 años cuando la presencia de mujeres en la universidad era bastante reducida.

Todos los síntomas que mantienen una relación estadísticamente significativa con el nivel de estudios revelan ser menos importantes en mujeres con altos niveles alcanzados. La frecuencia del entumecimiento es casi el doble entre mujeres de estudios bajos y medios. Las diferencias también son notables para dolor en las articulaciones y nerviosismo.

Tabla 20 Síntomas con significación estadística según el nivel de estudios terminados

<i>Síntoma</i>	Ninguno / Primarios Incompletos	Primarios Completos	Bachillerato Elemental	Bachiller Superior/ Formación Profesional	Estudios Universi- tarios / Postgrado	Chi cuadrado
Entumecimiento (%)	35	54	54	38	24	0,001
Dolor articulaciones (%)	61	70	71	47	46	0,005
Nerviosismo (%)	52	66	54	40	45	0,031

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Llama la atención la similitud de estos resultados con algunos de los que se dieron con respecto a ingresos, presentados en la tabla anterior, sobre todo los referidos al sistema nervioso y emocional (mareos, palpitaciones, estado emocional) así como el entumecimiento y los dolores en las articulaciones.

Tabla 21 Síntomas con significación estadística según tipo de trabajo

Trabajo remunerado				
<i>Síntoma</i>	No	Si, fuera de casa	Sí, dentro de casa	Chi cuadrado
Sequedad vaginal (%)	36	34	22	0,000
Cambio en deseo sexual (%)	52	34	44	0,000
Coito doloroso (%)	16	8	22	0,002
Trabajo fuera de casa				
<i>Síntoma</i>	No trabaja fuera de casa	Trabaja fuera de casa	Chi cuadrado	
Cambio en deseo sexual (%)	52	34	0,018	
Problemas con el estado emocional y mental (%)	48	36	0,034	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

El trabajo remunerado parece guardar relación con la actividad sexual y, en menor medida, con la estabilidad emocional o mental. En la *Tabla 21*, se aborda esta cuestión de dos formas paralelas. Los resultados son similares en ambos paneles de la tabla. Se puede apreciar que síntomas sexuales son siempre mayores entre mujeres que no trabajan o las que trabajan sólo en casa. Entre éstas, también son más frecuentes los problemas con el estado emocional y mental.

Tabla 22 Síntomas con significación estadística según oficio/puesto de trabajo

<i>Síntoma</i>	Sin especialización, semi-especializado	Venta al por menor, pequeño comercio	Especializado	Profesional / gestión	Sin empleo	Chi cuadrado
Entumecimiento (%)	56	31	33	29	46	0,025
Nerviosismo (%)	58	59	33	35	54	0,019

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Es evidente que el trabajo fuera de casa hace menos fuertes este tipo de síntomas, aunque la razón concreta para ello dista mucho de estar claro. Por otra parte, el entumecimiento y el nerviosismo parecen guardar una relación clara con el tipo de trabajo que tienen las mujeres, siendo mucho menor entre mujeres con trabajos especializados, de gestión y entre mujeres profesionales.

La situación familiar y de pareja de la mujer muestra una relación significativa con muchos de los síntomas. Si se controla por el estado civil de la mujer, se puede apreciar que mujeres casadas sufren bastante menos de palpitaciones, de dificultades al respirar, de pérdida de memoria, de síntomas cardiovasculares que las mujeres divorciadas, separadas o viudas. Por el contrario, sufren mucho más de ciertos síntomas relacionados con la actividad sexual.

Tabla 23 Síntomas con significación estadística según estado civil

<i>Síntoma</i>	Casada	Soltera	Divorciada	Separada	Viuda	Chi cuadrado
Palpitaciones (%)	25	28	30	75	60	0,006
Sin aliento, dificultad respirar (%)	17	28	20	38	50	0,047
Cambio en deseo sexual (%)	48	25	20	38	10	0,000
Coito doloroso (%)	13	11	0	0	0	0,000
Pérdida memoria (%)	44	49	40	63	90	0,049
Síntomas cardiovasculares (agrupados) (%)	40	46	50	100	80	0,002
Síntomas génito-urinarios (agrupados) (%)	73	53	60	50	50	0,024

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Estas asociaciones se pueden explicar en parte por la mayor seguridad de situación familiar que les puede ser de utilidad frente a síntomas nerviosos y respiratorios como las palpitaciones o las dificultades al respirar. En el terreno sexual, no obstante, las casadas sufren mucho más que mujeres de otro estado civil, aunque en parte ello puede deberse al hecho de que apenas se dan relaciones sexuales a esas edades entre mujeres divorciadas, viudas o separadas. Es evidente que la existencia de pareja o no está relacionado con múltiples síntomas de actividad sexual, siempre en el sentido de una mayor incidencia entre mujeres con pareja.

Es preciso matizar esta explicación relacionada con la 'oportunidad' de tener relaciones sexuales a la vista del hecho de que estos síntomas también suelen ser más frecuentes entre mujeres que coresiden con hijos. Sea cual sea la explicación exacta, es

evidente que los síntomas génito-urinarios (sexuales) se dan con mucho mayor frecuencia entre mujeres casadas, con pareja y con hijos. Frente a ello, estas mismas mujeres se sitúan mucho más ventajosamente con respecto a los síntomas cardiovasculares.

Tabla 24 Síntomas con significación estadística según situación de residencia con los hijos y pareja

Viviendo con esposo o pareja			
Síntoma	No	Si	Chi cuadrado
Cambio en deseo sexual (%)	24	47	0,000
Coito doloroso (%)	5	13	0,000
Síntomas cardiovasculares (agrupados) (%)	56	41	0,048
Síntomas génito-urinarios (agrupados) (%)	53	72	0,004
Viviendo con hijos			
Síntoma	No	Si	Chi cuadrado
Cambio en deseo sexual (%)	35	44	0,000
Coito doloroso (%)	14	10	0,000
Síntomas génito-urinarios (agrupados) (%)	58	71	0,038

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Al relacionar los síntomas con el estilo de vida, los resultados más interesantes se han dado con el ejercicio moderado o fuerte. Se trata de una pregunta dónde las mujeres ofrecen una información muy aproximada, aunque más o menos recoge a mujeres que practican deporte frente a las mujeres que no lo hacen.

Tabla 25 Síntomas con significación estadística según realización de ejercicio moderado o fuerte

Ejercicio moderado o fuerte (Agrupado)					
Síntoma	Nunca o menos de una vez semana	Dos veces semana	Tres o más veces semana	Total	Chi cuadrado
Entumecimiento (%)	46	30	21	40	0,007
Debilidad/Cansancio (%)	46	32	29	42	0,063
Aumento peso (%)	52	62	29	51	0,014
Incontinencia urinaria (%)	38	26	18	34	0,025

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

La gran mayoría de las mujeres afirman que nunca hacen ejercicio moderado o lo hacen una vez a la semana o menos (72 por ciento), frente al 16 por ciento que lo practican dos veces a la semana y sólo 12 por ciento que lo hacen tres o más veces a la semana. Es decir, la situación de la mayor parte de las mujeres es no practicar deporte alguno (66 por ciento) y otros 6 por ciento lo hacen de cuando en cuando. La frecuencia del entumecimiento, debilidad, aumento de peso e incontinencia urinaria es siempre marcadamente mayor entre mujeres que no practican deporte alguno que entre las deportistas. Además, con la excepción del aumento de peso, en los demás síntomas se ve una clara escala: cuanto mayor ejercicio menor frecuencia del síntoma. A la hora de interpretar el efecto de la actividad deportiva en las mujeres, cabe advertir que podemos estar ante otros aspectos de estilo de vida (vida sana, alimentación, atención al cuerpo, actitud, etc.), aparte del efecto directamente atribuible al esfuerzo físico en sí.

3.5 La experiencia de los síntomas en palabras de las mujeres

En la pregunta 68 del cuestionario se les preguntó a las mujeres por los síntomas que más les habían molestado⁸. De las 300 mujeres entrevistadas, un elevado número respondió a esta pregunta (234 ó 78 por ciento). Como complemento a estos testimonios, se ha utilizado la pregunta 42 donde se les preguntó por los cambios recientes en su salud (132 respuestas). Hay respuestas escuetas y hay otras de una gran elocuencia. Se han incluido ejemplos de estas respuestas ya que ofrecen una perspectiva diferente y complementaria a los datos empíricos analizados. Se ha intentado compendiar el sentido de muchas respuestas, y esta síntesis figurará a continuación, junto con los ejemplos que se presentan. No obstante, no agotan en modo alguno la riqueza de información que contienen. Se trata de un material complementario de un extraordinario interés para comprender mejor esta fase en la vida de las mujeres.

Dentro de la evidente variedad, los siguientes puntos reciben una atención reiterada por parte de las mujeres en estos testimonios:

- a) Los relatos a veces son muy fuertes y conmovedores. Denotan una enorme, aunque a veces latente, preocupación por estos problemas. Se puede apreciar que en muchos casos se trata de un período de la vida caracterizada por muchas incomodidades y molestias, y no pocas incertidumbres.
- b) Muchas de las mujeres se encuentran en una fase prolongada de declive en su salud, a menudo visible en su estabilidad emocional y psicológica.
- c) Llama especialmente la atención los sofocos (síntoma de gran espectacularidad), las depresiones y ansiedad, el peso, y los dolores del cuerpo. Es en la descripción de estos síntomas donde estos testimonios alcanzan su mayor elocuencia.
- d) En muchas mujeres, subyace en su experiencia de la menopausia el miedo (o la realidad) al proceso de envejecimiento. Es más, en muchos casos la menopausia aparece como una metáfora de la vejez o del envejecimiento. En algunos testimonios, ello apenas se vislumbra, pero en otros las mujeres lo encaran con precisión.
- e) Cuando hablan de los síntomas que más les han molestado, pocas mujeres se refieren a uno sólo, sino a varios.
- f) No se aprecia apenas un intento de precisar si un síntoma determinado es propio de la edad y otro de la menopausia. Para casi todas, se trata de síntomas que ocurren ahora, en una fase de sus vidas coincidente con la menopausia. Forma todo parte de lo mismo.
- g) En muchos testimonios, se nota una cierta frustración por su incapacidad para remediar muchos de los síntomas. También se aprecia muchas veces una evidente preocupación por el qué dirán (los maridos, los hijos, las familiares, la sociedad, etc.).

⁸ Ver Documento 1 del anexo.

- h) Muchas mujeres hablan de la búsqueda de fórmulas alternativas, a veces muy exóticas. Se trata de una corriente que estará presente en otros testimonios incluidos más adelante.

Cambios recientes en la salud de estas mujeres

«Peor... más dolores, lo mío va siempre al dolor» (42:189)

«Me duelen más los huesos, tengo temporadas bastante regular» (42:238)

«He entrado en una 'crisis de ansiedad'. Yo creo que es debido al trabajo. Quería hacerlo yo todo me ponía muy nerviosa. Un día el jefe me vio tan mal que me mandó dos días a descansar a casa. Luego fui al médico y me dio la baja laboral. La culpa fue mía. Cuando empecé a encontrarme mal, en vez de ir rápido al médico, empecé a tomar tranquilizantes por mi cuenta. Cuando ya me ha visto él, estaba muy avanzada. » (42:638)

«Que estoy más vieja. Conforme van los años, los años van contra mí. Físicamente no sé, lo tendrán que decir los que ven... Por ejemplo, ¿usted qué dice? Las varices que en el verano siento las piernas que me queman. Recién este año lo he sentido. » (42:732)

Síntomas múltiples:

«No me gustaría caer en una depresión, tengo miedo. Me parezco mucho a mi madre, y ella pasó muy mala menopausia, se deprimió mucho. Se pasa muy mal. Los sueños, es que tengo sueños horribles. Últimamente sueño que estoy en la consulta del ginecólogo y que me dice que tengo cáncer en el útero y me lo tienen que quitar todo, pero me dice que ya no tengo solución. » (68:158)

«A pesar de los sofocos lo peor es el estado emocional. Las hormonas varían y me ha afectado a la parte emocional: nerviosismo, tristeza... la pérdida de memoria ha aumentado últimamente mucho. No sé si es por la menopausia o por la edad, pero me he planteado ir a un especialista. » (68:1150)

Síntomas generales:

«El sueño, la pérdida de memoria, creo que por lo normal de la etapa que empiezo a atravesar, además porque algo tiene que venir a la edad en que estamos. » (68:702)

«Me joroba mucho el aumento de peso. Fui a la ginecóloga, pero no me dijeron nada para el aumento de peso, con una barriga enorme. Fui a una terapia de mesoterapia pero al tiempo me mandaron a casa porque no había forma de bajarla. No nos hacen ni caso los médicos. En un endocrino me pasó lo mismo. » (68:148)

«Los sofocos son por las noches, pero no todas, lo que pasa es que son muy fuertes. No lo he consultado con mi médico porque sé que es una cosa completamente normal. La

sequedad vaginal no me molesta excesivamente, pero no le he preguntado al médico. Contigo es con la primera persona con quien lo comento. » (68:854)

«Los sudores y los sofocos fatal, porque me dan en todas partes y siempre me salen unos coloretes.... Y como me pongo nerviosa por la vergüenza pues me dan más calores. » (68:1488)

«Sofocos: "En una décima de instante se te va la vida. Notas cuando te viene, notas pérdida de vida, bajón de tono vital. Pero ya recuperas la vida. Problemas emocionales porque sin causa aparente pasas de la luz a la oscuridad. Cuando hay motivos, estos problemas te dificultan la vida, te añaden negrura a lo negro de la preocupación que tienes. Tienes dificultad para organizar el trabajo. » (68:665)

«Los sudores han sido lo peor. Ten en cuenta que he sido una mujer de siempre muy friolera los sudores me dan por la noche» (68:199)

«El insomnio genera tristeza, pérdida de ilusión porque no tienes fuerza, el insomnio genera todos los demás síntomas. » (68:29)

«Sudores: por higiene. No he sudado nunca y me molesta. » (68:125)

«Me duelen en el momento, y se me hinchan los pies, pero cuando voy al médico ya se me ha quitado, las citas son tan largas, con la seguridad social te puedes morir. Me duelen los pies, las manos, la espalda,... noto que se van deformando. Y ya no puedo hacer tantas cosas, he perdido fuerza en las manos, el ganchillo lo tengo que dejar porque me duelen las manos. » (68:238)

«Lo de la pérdida de memoria es que me molesta mucho, si hago un guiso y lo quiero volver a hacer, ya no lo hago igual porque no me acuerdo. Lo de sentirme cansada porque cada vez necesito más ayuda y yo siempre he sido muy activa, lo veo en el trabajo. » (68:1327)

«Lo de las articulaciones a veces es desagradable porque estás haciendo cosas y no puedes... te dicen que no cojas peso, pero ¿cómo haces? También pienso que uno en la vida tiene que ser conformista con uno mismo... yo con mis 74 Kg. Estoy muy conforme y feliz. » (68:208)

«Lo de los pequeños escapes urinarios es lo que más me molesta. Pienso consultar al médico. Quiero consultar los sofocos pero hasta diciembre no tengo cita. La pedí en agosto. » (68:376)

Síntomas relacionados con la vida sexual:

«Me preocupa el cambio en el deseo sexual porque no me da pareja. Prefiero dormirme. Me preocupa no complacer a mi marido. » (68:22)

«La incontinencia urinaria, esto es molesto, porque vas pensando que no vas a aguantarte y no vas tranquila. Siempre me ha pasado cuando saltaba y corría, de joven cuando me reía. La pérdida de memoria, te da rabia no acordarte de cosas. Porque a veces en conversaciones es estar como estúpido. La atenuación del deseo sexual a veces te hace pensar como que has perdido una parte. » (68:634)

«El de la sequedad vaginal me tiene frita y la tirantez en el pecho, pues aunque me ha dicho que es normal me preocupa hasta que punto puede ser normal. Una cosa que no entiendo es que el médico me ha dicho que hasta que la menstruación no se me retire, hasta un año después no podemos pasar al plan de menopausia. Sé que tengo problemas menores, pero bueno, la estoy pasando sola y hago lo que puedo. » (68:465)

«Lo que más le molesta o más preocupa es la depresión porque le ha afectado mucho, tanto que dejó de trabajar. La depresión cree ella que ha podido repercutir en su vida sexual (en el coito doloroso por ejemplo), pero se niega a tomar hormonas porque considera que la mujer no es sólo "hembra". Momentáneamente se ha dado un descanso en sus relaciones sexuales completas (lleva 1 año), ya que considera que está en un momento más espiritual, como hacían las mujeres de culturas tribales en África donde la menopausia era el momento en el que la mujer podía llegar a ser sacerdotisa. El sexo la preocupa, pero por el momento lo ha dejado en un segundo plano. » (68:947)

Síntomas relacionados con el estado de ánimo

«Mi problema de estado emocional me afecta mucho, cada día más recuerdo más sucesos como, la pérdida de mis padres bien pequeña, no me venia la menstruación, cuando me veo ya tan mayor y con tantos problemas, pierdo a mi hijo y no me pude casar, así que considero que emocionalmente me tengo que cuidar, pero gracias al ginecólogo que tengo estoy mejor. » (68:630)

«Sí, tengo de todo lo relacionado con lo emocional y ahora se me ha juntado con lo de mi madre que se ha puesto enferma. Yo nunca he sido tan sensible, pero ahora enseguida tengo la lágrima, o lo contrario. Los dos extremos. Yo pensaba que todos estos cambios se debían a la vejez y no a la menopausia, pero si están estos síntomas en la lista es porque tienen que ver con la menopausia. » (68:835)

« Depresión: he estado sin ganas de hacer nada, ahora estoy más animada. El dolor en la espalda pero no me pueden operar. Malo para el trabajo, estoy todo el día sentada frente a la máquina. » (68:119)

«Tener un carácter más irritable y cambiante, porque luego la pagan justos por pecadores, siempre repercute en los demás. » (68:240)

«La pérdida de memoria es lo que más coraje me da... cuando me dicen " es que no te enteras"... me da un coraje... porque veo el umbral del Alzheimer. Porque lo que sí me aterroriza es la vejez, no la estética, sino la pérdida de facultades... me da miedo pensar qué será de mi futuro... el día que no me valga por mi misma qué hago... Intento apañármelas para cuando sea mayor... elegí una casa sin escaleras, preparé la bañera para no tener problemas. Lo estético lo asumes, pero lo otro me da más cosa. » (68:349)

«Sobre todo los depresivos, porque tengo miedo a volver a caer en depresión, porque estuve con médico y psiquiatras y me dijeron que tenía depresión por temas hormonales. Y ahora debido a la menopausia tengo sólo los síntomas y no me van a más, pero tengo miedo de volver a caer y ahora ya no tomo nada de antidepresivos ni de tranquilizantes, me los querían recetar, pero lo pasé tan mal, durante la depresión

que ahora yo no quiero tomar más. Bueno, si veo que me encuentro mal, que no me levanto de la cama,... eso es otra cosa. » (68:362)

«Porque antes era muy alegre. Desde la muerte de mi madre me encuentro fatal. Me asusta mucho la muerte. Envidio a los creyentes, para ellos es más llevadero. Lo consulte con el médico de cabecera. Me mandó PROZAC 20 y me puse peor. Me sentía como drogada.» (68:193)

3.6 Mujeres ante la menopausia: fuentes de información y de atención

La consulta al médico

«Voy al medico cada 8 meses, allí le conté lo del sueño y la pérdida de la memoria, me dijo que es natural, no me receto nada.» (71:367)

«El médico de cabecera me mandó la soja. El ginecólogo me ha dicho que vaya

al centro de "unidad de menopausia" de Vicálvaro. Fui y me dijeron que hasta que no esté 12 meses seguidos sin regla que no vuelva. Luego me trataron 5 años.» (71:217)

La consulta con el médico

Ante los síntomas de la menopausia, lo primero que consultan las mujeres es con el médico. Dos tercios de las encuestadas (68 por ciento) afirmaban que habían consultado con el médico.

Tabla 26 Consulta al médico o personal sanitario sobre la menopausia

	Frecuencia	Porcentaje
NO	93	32
SI	199	68
Total	292	100

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

La consulta al médico, no obstante, cambia apreciablemente de acuerdo con distintos factores asociados. Entre las suscritas a la Seguridad Social, la consulta al médico es inferior (63 por ciento) a las que tienen las mujeres con Muface o con sistemas mixtos (78 por ciento y 73 por ciento), con una asociación que se aproxima a la significación estadística ($p < 0.097$). Esta menor propensión a consultar a los médicos de la Seguridad Social es llamativa y puede indicar una actitud de las mujeres ante el tipo de trato que reciben en la consulta. Mujeres que no trabajan fuera del hogar y las de mayor nivel educativo acuden más a los médicos que otras, indicando que esta consulta se realiza en función del tiempo disponible que consideran tener las mujeres.

Para esta y otras partes del análisis, hemos decidido utilizar una clasificación de estudios reducida, con 'nivel bajo' recogiendo estudios primarios, 'nivel medio' incluyendo

los estudios secundarios y de formación profesional, y 'nivel alto' recogiendo mujeres que han terminado sus estudios universitarios. En ambos casos, estos resultados pueden indicar que la consulta para la menopausia, a ojos de las mujeres, es una consulta por voluntad más que por necesidad. Dicho de otra manera, es posible que para ellas sea una consulta para asegurar la calidad de la vida más que para remediar enfermedades u otros males.

Tabla 27 Consulta al médico o personal sanitario según distintas variables

Sistema Sanitario reducido	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado
Seguridad Social	63	0,097
Privado y Muface	78	
Mixto	73	
Situación Laboral	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado
NO	75	0,180
Si, Fuera	64	
Si, Dentro	67	
Nivel Educativo reducido	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado
Bajo	74	0,347
Medio	66	
Alto	65	
Ingresos reducida	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado
Menos 18.000€	67	0,848
18.001-30.000€	66	
Más de 30.000€	70	
Situación Menopausia	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado (*)
Premenopausia	45	0,000
Perimenopausia	75	
Posmenopausia	91	
Menopausia quirúrgica	79	
(*) Se ha calculado la Chi cuadrado eliminando la Menopausia Quirúrgica		
Síntomas Agrupados	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado (*)
Emocional	69	0,789
Cardiovasculares	67	0,687
Vasomotor	76	0,001
Génito-urinarios	72	0,047
Número de Síntomas	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado (*)
Ningún síntoma	0	0,153
0-4 síntomas	60	
5-10 síntomas	65	
11-15 síntomas	76	
16-26 síntomas	73	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Naturalmente, la situación de menopausia es muy importante, con 45 por ciento en la premenopausia, el 75 por ciento en la perimenopausia y el 91 por ciento en la posmenopausia consultando al médico ($P < 0.000$). En el caso de la menopausia quirúrgica el nivel de consulta es algo inferior a la de la posmenopausia (79 por ciento). Mujeres con síntomas vasomotores y génito-urarios consultan a los médicos más que mujeres con otro tipo de síntoma, y la consulta al médico aumenta de acuerdo con el número de síntomas que tienen las mujeres. Entre las 93 mujeres que no habían consultado con un médico acerca de los síntomas de la menopausia, 69 por ciento afirmaban que tenían intención de hacerlo en el futuro. La gran mayoría de las mujeres (85 por ciento) afirmaban que no habían acudido a otro tipo de personal sanitario (aparte de su médico) para este tipo de consulta. El peso de la consulta al médico hallado en Madrid es similar pero un poco menor a la que se da en Massachusetts (casi 75 por ciento, frente a 68 por ciento) (Obermeyer, Makhoulouf, Reynolds, Price y Abraham, 2004)

Esta importancia del médico durante la menopausia ha sido refrendada también en los testimonios de las mujeres. Un breve análisis de sus respuestas nos lleva a resaltar los siguientes puntos:

- a) El médico participa en muchas de las decisiones de las mujeres ante la menopausia. A menudo es la primera persona consultada al respecto.
- b) La consulta es ante todo con la (el) ginecólogo, luego con el médico de familia.
- c) En algunas mujeres, se ve una cierta preferencia de que el médico sea una mujer. En otros casos, no es así.
- d) Se observa un importante proceso de medicalización de la vida de la mujer, o al menos una importante dependencia con respecto al médico. A menudo el médico aconseja remedios no estrictamente médicos.
- e) No todos los médicos se limitan a temas de enfermedades o de la terapia hormonal, adentrándose en otras dimensiones de la menopausia. Son los médicos de familia los que recetan más que nada la soja y otros remedios, aunque esta diferencia no es uniforme.
- f) En algunas mujeres se nota que se sienten algo desasistidas, pero acuden al médico de todas formas.
- g) Tampoco es despreciable el porcentaje de mujeres que acuden a los programas del ayuntamiento (y en algunos momentos a los programas organizados en los lugares de trabajo). Entre otras cosas, estos programas les ponen en contacto con médicos.
- h) En algún caso, se puede apreciar alguna crítica a la Seguridad Social.

La consulta al médico

«Lo consulté con mi médico de cabecera y me aconsejó hacer algo de relajación y desde entonces estoy haciendo Taichi. También me mandó isoflavonas, porque mi médico no es partidario de ningún tratamiento hormonal. » (71:1488)

«El médico de cabecera me mandó la soja. El ginecólogo me ha dicho que vaya al centro de "unidad de menopausia" de Vicálvaro. Fui y me dijeron que hasta que no esté 12 meses seguidos sin regla que no vuelva. Luego me trataron 5 años. » (71:217)

«Me mandaron una carta del ayuntamiento. Me hicieron mamografía analítica, ecografía. Me hicieron una historia médica. Me recomendaron los parches por

prevención para el sistema cardiovascular y óseo. Me dijeron que mi menopausia no había sido precoz pero sí temprana, por eso recomendaban los parches. » (71:22)

«Va al médico cada 8 meses, allí le conté lo del sueño y la pérdida de la memoria, me dijo que es natural, no me recetó nada. » (71:367)

«En la Seguridad Social no me hicieron caso. Me dijeron que los síntomas que tenía eran cansancio. Luego empecé a pagar Sociedad Médica y muy bien. Fue donde me dieron FITOGYN para los sudores. » (71:43)

« Antes de nada decir que soy "anti-médicos". En el periodo comprendido entre mis 30 y 47 años no visité a un médico. Alrededor de los 47 años me preocupé por el tema de la menopausia y se lo planteé a mi ginecólogo. Ella me recomendó que me pusiera en manos de endocrino. Él me controla y me recetó el "Evista".» (71:34)

«Fueron charlas durante un mes, dos días con psicólogo, dos días con la ginecóloga y dos días con el médico general. Y muy bien, porque te preparan para menopausia psicológicamente y físicamente. Me mandaron isoflavonas. Y ahora voy a revisiones. La verdad es que este plan sobre la menopausia está muy bien, a mí me ha ayudado mucho. Antes estuve en otro plan sobre planificación familiar. » (71:97)

«Le hablé al ginecólogo, más yo a él que él a mí. Voy todos los años a la revisión. Le comenté lo que me pasaba que se me fue la regla y me dijo que si quería que me diese algo, estrógenos... hormonas, y le dije que estaba bien, que los sofocos eran suaves, tampoco soy mucho de medicamentos... Me dijo que tomara Soja y lo hice, pero me dio alergia y lo dejé. Me dijo que me vigilara. » (71:739)

«En Telefónica nos miran y he ido donde el ayuntamiento para las charlas y porque el trato es más amable, pero como por la empresa tengo privada me dijeron que era mejor que fuera a Telefónica. » (71:472)

«El ginecólogo de buenas a primeras me mandó los parches. Dijo que no estaba probada la relación entre parches y cáncer y que no me quejara cuando tuviese osteoporosis. No quise tomar Terapia Hormonal no tengo síntomas y tengo amigas que tenían TH y los dio cáncer de mama. » (71:927)

«Le pedí al ginecólogo que me hiciera la prueba para medir si estaba falta de calcio. No le gustó que se lo planteara. Me la mandó de mala gana y me dijo que estaba bien. Le pedí consejo sobre la menopausia y me dijo que ya notaría yo los síntomas con el tiempo. » (71:195)

«Con el ginecólogo, cuando tenía desarreglos en la regla y a los 48 me daban muchos sofocos, y el médico me dio unas pastillas Agreal. Las tomé y a medida que me fui encontrando mejor las dejé. Lo que te dije es de la resecación y me mandó una pomada, me dijo que era normal. Luego, a los 4 años fui otra vez y me hicieron un citológico, una ecografía y me encontraron los residuos y el pólipo. Ya no volví. Como tengo una hermana operada de cáncer de mama, el ginecólogo me dijo que no me podía dar hormonas, no sé si será verdad. » (71:1327)

La consulta a amigas y familiares

«A mis compañeras más mayores que yo, las he preguntado que sienten ellas. Algunas me han dicho que sería bueno

que empezara a tomar "soja" para prevenir.» (76:218)

«Lo comentas, pero sin más, quienes tienen que dar consejos son los médicos que son los que entienden. »

«No consulto con médicos porque hablo con amigas y me dicen que son normales los sofocos. » (76:683)

«Con amigas, pero no entras en profundidad. Tenía una compañera que se ponía roja, roja... lo pasó mal. Ese comentario me lo ha hecho mucha gente. Hay quien ha engordado. » (76:211) (76:756)

Amigas y familiares

Las amigas y familiares son la otra gran fuente de información a disposición de las mujeres para los síntomas relacionados con la menopausia. Un 85 por ciento de las encuestadas afirmaba haber consultado con amigas que habían pasado ya la menopausia, nivel algo superior al hallado en el estudio de mujeres de Massachussets (Obermeyer, Makhlouf, Reynolds, Price y Abraham, 2004).

Tabla 28 Consulta con amigas y familiares que han pasado la menopausia

	Frecuencia	Porcentaje
NO	43	15
SI	249	85
Total	292	100

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Esta propensión afecta a mujeres de todas las edades, niveles de ingresos y situación laboral. Únicamente entre las adscritas a la Seguridad Social hay una tendencia a consultar con amigas un poco inferior, pero no alcanza niveles significativos. La propensión a hablar con amigas se da con pocas excepciones entre mujeres independientemente de su situación de menopausia, aunque sí se aprecian algunas diferencias de acuerdo con el número de síntomas que tienen (a más síntomas, mayor propensión a hablar con amigas). En este último caso, la asociación es significativa estadísticamente ($p < 0.030$).

La consulta con amigas y con familiares es una parte esencial para comprender las estrategias de las mujeres ante la menopausia. Este punto encuentra apoyo tanto en los datos estadísticos como en los testimonios de las mujeres.

- En general, se comenta el tema con las amistades o con las compañeras en el trabajo.
- A veces guían su tratamiento por lo que cuentan las amigas, pero no siempre.
- También se habla con familiares –hermanas, cuñadas- y a veces con madres.
- Muchas mujeres afirman que no lo hacen en profundidad, sino que lo comentan como cualquier otra cosa, casi en tono ligero o de desenfado.
- En todo caso, se ve que es una fuente de información y, tal vez más importante, una fuente de compañía.
- Llama la atención el hecho de que sólo dos mujeres de las 258 que respondieron a esta pregunta (n. 76) han mencionado que han hablado de ello con sus esposos o parejas. Ello induce a pensar que estos familiares participan poco o nada en las decisiones de sus esposas acerca de la menopausia. También cabe afirmar que los

hombres no participan para nada en esta transición en sus vidas, salvo en su condición de médico.

g) Algunas mujeres hablan de incompreensión.

Tabla 29 Consulta con amigas o familiares que han pasado la menopausia según distintas variables

Sistema Sanitario reducido	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado
Seguridad Social	83	0,526
Privado y Muface	90	
Mixto	87	
Situación Laboral	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado
NO	89	0,387
Si, Fuera	83	
Si, Dentro	89	
Nivel Educativo reducido	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado
Bajo	88	0,385
Medio	82	
Alto	88	
Ingresos reducida	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado
Menos 18.000€	88	0,329
18.001-30.000€	80	
Más de 30.000€	89	
Situación Menopausia	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado (*)
Premenopausia	86	0,787
Perimenopausia	89	
Posmenopausia	84	
Menopausia quirúrgica	82	
(*) Se ha calculado la Chi cuadrado eliminando la Menopausia Quirúrgica		
Síntomas Agrupados	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado (*)
Emocional	86	0,503
Cardiovasculares	89	0,169
Vasomotor	87	0,483
Génito-urinarios	88	0,087
Número de Síntomas	Proporción de mujeres que consultó	Chi cuadrado (*)
Ningún síntoma	0	0,030
0-4 síntomas	78	
5-10 síntomas	85	
11-15 síntomas	87	
16-26 síntomas	94	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

La consulta con familiares y amigas

«Una compañera tiene la menopausia, ahora ya está mejor, lo está pasando... Me ha contado que eran dolorosas las relaciones sexuales por sequedad vaginal, y por tanto más inapetente. Me parece que fue al médico y le recetaron, creo unos lubricantes, que tenía que tomar un poco antes con cierta regularidad. Yo pensaba que eso era más psicológico. » (76:608)

«Compañeras de trabajo, que han comentado de la sequedad vaginal... otras cosas se cohiben de contar. El estar nervioso, los sofocos, los calores "que yo no me quito el abanico ni en invierno, mírale". Que algunas les duran más, otras menos, como los desarreglos menstruales, que dicen que después por ahí te vuelve la regla. Algunas de mi edad, con la regla lo pasan muy mal, otras hasta le han tenido que hacer un legrado porque no dejaban de sangrar. Yo, hasta ahora nado, por eso quizás que no he tenido que ir al médico. Con mi hermana y mi madre, que para mí es la mayor referencia, porque dicen que genéticamente se empieza a la misma edad. Más o menos igual que yo, por ejemplo a mi hermana los sofocos le duraron dos años, así que ya sé lo que me toca. Pero se lo toma con mucho humor, hay personas que se lo toman muy mal, depende de cómo enfrentas la vida, de las ocupaciones, no tener tiempo para darles tantas vueltas al coco. » (76:138)

«De cachondeo hablamos las amigas, que si somos viejas, que estamos "secas"..., pero siempre de broma. Ellas están como yo y se lo toman como yo. » (76:261)

«Con mi familia. Con amigas no porque he empezado muy joven, Mi madre lo pasó mal. Se deprimió mucho porque además se murió su madre. » (76:329)

«Con mi marido, en casa. Pero cada mujer es un mundo, los síntomas pueden ser parecidos pero no iguales. » (76:586)

«Con compañeras de trabajo que son más jóvenes y las aconseja."Me lo tomo con buen humor, pero hay amigas más mayores que parecen que no querían hablar del tema, era como si lo quisieran ignorar". » (76:669)

«Las mujeres tenemos facilidad para hablar de esas cosas. La mayoría tiene unos sofocos horribles depresión. Están con ansiolíticos. » (76:673)

Otras fuentes de información

En sus respuestas a esta pregunta, las mujeres afirman que acuden a diversas fuentes de información acerca de la menopausia. En ningún momento parecen tener estas fuentes la misma importancia de los médicos o de las amistades o familiares. En todo caso, en sus testimonios (pregunta 78), las mujeres mencionan las siguientes fuentes.

- a) En general, se refieren a la prensa, folletos, tele y a revistas.
- b) Algunas mencionan Internet o libros de bibliotecas, pero son las menos.
- c) Charlas, Ayuntamiento. Revistas médicas.

- d) Varias mencionan el folleto que edita el Ayuntamiento. Algunas también mencionan su programa.
- e) Revistas de mujeres. Folletos que les dan los médicos.

3.7 Terapia hormonal

La Terapia Hormonal

«Me ha ayudado a dormir, a calmarme, en los sofocos, que sea psicológicamente o no, no lo sé. Y tardó, no fue de la noche a la mañana. Eso me lo advirtió él (ginecólogo)» (005)

«Si, me pondría en manos del médico. Si es necesario sí, pero sin

entregarme con ojos cerrados. Más pensaría en la alimentación, por la osteoporosis y con respecto a la sequedad, algo más externo, más inocuo. Pero siempre dependiendo de lo que me explicara el médico.» (101:608)

De acuerdo con nuestro estudio, un 30 por ciento de las mujeres encuestadas afirmaron haber recibido una receta para la terapia hormonal sustitutiva. Entre ellas, un 23 por ciento la había recibido para la menopausia y otro 7 por ciento para otras razones. En el momento de realizar la encuesta, sólo un 10 por ciento de las mujeres utilizaba la terapia hormonal, mientras otro 8 por ciento lo habían hecho en el pasado pero no en la actualidad.

Tabla 30 Utilización de la Terapia Hormonal

	Frecuencia	%
No	241	83
En el pasado	22	8
Si actualmente	29	10
Total	292	100

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

En las siguientes tablas se ha comparado la propensión de recibir una receta de TH y la utilización de TH de acuerdo con una serie de indicadores sociales, demográficos y de salud. Como se podrá ver, la diferencia entre receta y utilización es siempre grande y varía bastante acorde con estos indicadores. Entre mujeres adscritas a la Seguridad Social la incidencia de recetas de TH es menor que en mujeres adscritas a otros sistemas de salud. También se aprecian diferencias en utilización, aunque son algo menores que con las recetas. Este déficit de la TH entre mujeres adscritas a la Seguridad Social puede indicar una de estas cosas: o hay una mayor reticencia entre los médicos de la Seguridad Social a recetar este tipo de tratamiento y/o las mujeres tienen expectativas diferentes acerca de su propia salud cuando acuden a ver médicos de la Seguridad Social. Sea cual sea la razón, la diferencia es importante y, como hemos visto antes, recurrente.

Tabla 31 Receta y Utilización de Terapia Hormonal según sistema de salud

Receta y Sistema de salud					
	No	Si, para la menopausia	Si, no para la menopausia	Total	Chi Cuadrado
Seguridad Social	77	17	6	100	0,149
Privado y MUFACE	68	28	5	100	
Mixto	63	29	8	100	
Total	71	23	7	100	
Utilización y Sistema de salud					
	No	En el pasado	Si actualmente	Total	Chi Cuadrado
Seguridad Social	85	6	8	100	0,249
Privado y MUFACE	83	3	15	100	
Mixto	78	11	10	100	
Total	83	8	10	100	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Se observan grandes diferencias en las recetas de TH entre mujeres de distinto nivel educativo, pero tan sólo diferencias moderadas en su utilización, con una asociación estadística significativa en el primer caso y no significativa en el segundo.

Llama la atención el hecho de que en ambos casos, son las mujeres de nivel medio educativo las más inclinadas a recibir la receta y a utilizar la terapia hormonal, mientras las mujeres de menor nivel educativo son las que menos entran en la cuestión de la TH.

Tabla 32 Receta y utilización de Terapia Hormonal según nivel de estudios

Recetado alguna vez Terapia Hormonal					
	No	Si, para la menopausia	Si, no para la menopausia	Total	Chi Cuadrado
Nivel educativo					
Nivel Bajo	83	16	1	100	0,039
Nivel Medio	66	27	8	100	
Nivel Alto	67	23	10	100	
Total	71	23	7	100	
Ha utilizado Terapia Hormonal en el pasado					
Nivel educativo					
	No	En el pasado	Si actualmente	Total	Chi Cuadrado
Nivel Bajo	87	5	9	100	0,352
Nivel Medio	80	11	9	100	
Nivel Alto	83	5	12	100	
Total	83	8	10	100	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Esta correlación positiva entre nivel educativo y terapia hormonal no es en modo alguno sorprendente y testimonia la existencia de actitudes más tradicionales con respecto a la salud en mujeres de menor educación. Las diferencias entre mujeres de educación media y alta son también llamativas y pueden perfectamente deberse al hecho de que

mujeres de mayor educación son más propensas a cuestionar los beneficios de la TH prefiriendo algunas veces tipos de terapia alternativa.

La edad mantiene una clara relación con la terapia hormonal, ya que su utilización aumenta con la misma, sin duda por el avance progresivo de la menopausia. Cabe llamar la atención acerca del hecho de que los niveles mayores de recetas de la TH se dan en mujeres entre 49 y 52 años de edad, aunque ello se debe en buena medida a la TH no recetada para la menopausia.

En cuanto a la utilización de TH, los niveles máximos se dan entre mujeres de 53-55 años de edad (29 por ciento) aunque aquí el peso de mujeres que han utilizado la TH en el pasado, pero en la actualidad no, es bastante elevado (16 por ciento).

Tabla 33 Receta y utilización de la Terapia Hormonal según la edad

Recetado alguna vez Terapia Hormonal					
	No	Si, para la menopausia	Si, no para la menopausia	Total	Chi Cuadrado
Edad					
45-48	84	11	6	100	0,002
49-52	65	26	9	100	
53-55	62	34	4	100	
Total	71	23	7	100	
Ha utilizado Terapia Hormonal en el pasado					
Edad					
	No	En el pasado	Si actualmente	Total	Chi Cuadrado
45-48	91	2	7	100	0,004
49-52	82	7	11	100	
53-55	71	16	13	100	
Total	83	8	10	100	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

El estado de menopausia está estrechamente correlacionado tanto con la propensión a recibir una receta de TH como a utilizarla, como no podía ser de otra manera. Entre mujeres en la premenopausia, el peso de las que han recibido la receta es escaso (11 por ciento) y nulo de las que lo han utilizado. Esta incidencia aumenta mucho entre mujeres en la perimenopausia y aún mucho más entre mujeres en la posmenopausia o con una menopausia provocada quirúrgicamente. El porcentaje de mujeres que han recibido una receta de TH pasa del 11 al 47 por ciento entre pre y posmenopáusica (así como con menopausia quirúrgica), mientras el de mujeres utilizando TH pasa de 0 al 33 por ciento.

Sobre estos resultados, cabe afirmar dos cosas. Mientras el nivel de recetas es similar con la posmenopausia y la menopausia quirúrgica, la utilización es muy superior entre mujeres operadas (39 frente a 33 por ciento). Ello significa que las mujeres operadas son más propensas que otras a seguir el tratamiento. De hecho, en la respuesta a la pregunta de si habían seguido el tratamiento recetado de menopausia, dos tercios de las mujeres en perimenopausia respondieron afirmativamente, 80 por ciento de las de posmenopausia dijeron lo mismo, así como 92 por ciento de las mujeres cuya menopausia había sido provocada por cirugía.

En segundo lugar, la perimenopausia, que en términos de síntomas se mostraba bastante problemático, la utilización de la TH es muy inferior a la de mujeres de menopausia más avanzada (15 frente a 33 ó 39 por ciento), dando así la idea de que se

trata de un período de transición donde el ritmo de avance de los síntomas supera el ritmo de establecer las estrategias al respecto, al menos en cuanto a la utilización de medicamentos.

Tabla 34 Receta y utilización Terapia Hormonal según estado menopausia

Recetado alguna vez Terapia Hormonal					
	No	Si, para la menopausia	Si, no para la menopausia	Total	Chi Cuadrado
Estado menopausia					
Premenopausia	89	2	9	100	0,000
Perimenopausia	71	21	7	100	
Posmenopausia	54	42	5	100	
Menopausia Quirúrgica	54	43	4	100	
Total	71	23	7	100	
Ha utilizado Terapia Hormonal					
Estado Menopausia					
	No	En el pasado	Si actualmente	Total	Chi Cuadrado
Premenopausia	100	0	0	100	0,000
Perimenopausia	86	4	11	100	
Posmenopausia	67	13	20	100	
Menopausia Quirúrgica	61	25	14	100	
Total	83	8	10	100	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

En la *Tabla 35* figuran tanto la incidencia de las recetas de TH como la utilización de TH (en tanto por ciento) de acuerdo con la presencia o no de distintos síntomas. Los datos de la tabla se organizan en términos del porcentaje de mujeres que responde afirmativamente a cada pregunta, en orden descendente.

La sequedad vaginal figura como el síntoma más claramente relacionado con la TH, seguido de otros síntomas génito-urinarias y referidos al estado emocional o mental. De hecho, de los 10 síntomas más relacionadas con el TH, 4 de ellos son síntomas génito-urinarios (sequedad vaginal, cambio en el deseo sexual, coito doloroso e incontinencia urinaria), 3 afectan al estado emocional o mental (depresión, problemas con el estado emocional y angustia). El síntoma de la menopausia por excelencia, los sofocos, no muestra una correlación excepcionalmente fuerte con la TH. Cabe afirmar, pues, que mujeres con estos síntomas son las más proclives a utilizar el tratamiento hormonal.

Estos resultados plantean algunos puntos de interés: 1) Al comparar las mujeres madrileñas con las de Massachusetts, la proporción que había recibido la receta de la TH era ligeramente inferior entre las mujeres españolas (30 frente a 33 por ciento), y la utilización era bastante inferior 10 frente 20 por ciento en la actualidad, y 8 frente a 10 por ciento en el pasado). 2) Se puede apreciar una considerable diferencia entre la receta de la terapia hormona y su utilización (30 por ciento frente a 18), desde luego mucho mayor que en Massachusetts (33 frente a 29) (Obermeyer, Makhlouf, Reynolds, Price y Abraham, 2004). La incidencia, pues, de la TH en Madrid es muy inferior a la existente en Massachusetts donde un 42 por ciento de las entrevistadas en estado de posmenopausia están utilizando la TH y un 32 por ciento de las operadas hacen otro tanto, frente a Madrid dónde sólo 20 por ciento de las mujeres en posmenopausia y un 14 por ciento de las

operadas están utilizando la TH en la actualidad. Se trata de diferencias notables que revelan una distinta cultura médica en ambos países.

Tabla 35 Utilización y receta de Terapia Hormonal según síntomas

Síntomas	Le han recetado la TH	Síntomas	Ha utilizado el TH ahora o en el pasado
Sequedad vaginal	44	Sequedad vaginal	31
Síntomas gastrointestinales	41	Coito doloroso	27
Presión dolor en el pecho	36	Angustia	26
Sudores nocturnos	36	Palpitaciones	25
Depresión	36	Síntomas gastrointestinales	25
Cambio en deseo sexual	35	Cambio en deseo sexual	24
Coito doloroso	35	Problemas con el estado emocional	24
Problemas con el estado emocional	34	Depresión	22
Incontinencia urinaria	34	Incontinencia urinaria	22
Angustia	34	Dificultad para concentrarse	22
Palpitaciones	34	Nerviosismo	22
Aumento de peso	33	Sofocos	22
Dificultad para concentrarse	33	Sudores nocturnos	21
Dolores de cabeza	33	Pérdida de memoria	21
Debilidad / Cansancio	33	Presión dolor en el pecho	21
Sofocos	32	Dolor en articulaciones	21
Problemas con el sueño	32	Dolores de cabeza	21
Pérdida de memoria	32	Impaciencia	21
Nerviosismo	32	Problemas con el sueño	21
Impaciencia	31	Debilidad / Cansancio	20
Cambios de humor	30	Mareos	20
Dolor en articulaciones	30	Aumento de peso	20
Entumecimiento	28	Sin aliento / Dificultad en respiración	18
Mareos	27	Entumecimiento	17
Sin aliento / Dificultad en respiración	24	Cambios de humor	17

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

La incidencia de mujeres que han recibido una receta para la terapia hormonal pero que no han seguido el tratamiento (un 23 por ciento en nuestro estudio) revela una ambivalencia entre las mujeres con respecto a la TH. Incluso entre mujeres plenamente menopausicas, la incidencia sigue siendo elevada, aunque diferente en cada caso (20 por ciento para las de posmenopausia, y 8 por ciento para la menopausia quirúrgica, con el problema añadido de un número pequeño de casos (Tabla 30). Estos números son similares a los hallados en el estudio de mujeres en Massachusetts y concuerdan con los resultados de otros estudios que han hallado que proporciones considerables de mujeres (entre 15 y 30 por ciento) que reciben la receta de hormonas se niegan a seguir el tratamiento, y que en torno a la mitad dejan el tratamiento a los pocos meses (Johannes, Crawford, Posner y Paulsen, 1984; Barrett-Connor, 1995; Utian y Schiff, 1994).

De hecho, en el Municipio de Madrid, un 14 por ciento de las mujeres que habían utilizado la terapia hormonal habían ajustado su tratamiento por su cuenta, y un 45 por ciento habían suspendido el tratamiento. Ello puede estar en parte relacionado con los efectos secundarios de la TH (un 39 por ciento de las mujeres con TH informaron acerca de efectos secundarios), aunque parecería más bien el resultado de que las mujeres aprecian que el TH es sólo una manera de afrontar los síntomas de la menopausia, pero no la única. Ello se desprenderá en muchos de los testimonios de las protagonistas de nuestro estudio.

Tabla 36 Seguimiento de la Terapia Hormonal según situación respecto a la menopausia

	No	Si	Total	Chi Cuadrado
Premenopausia	100	0	100	0,008
Perimenopausia	33	67	100	
Posmenopausia	20	80	100	
Menopausia Quirúrgica	8	92	100	
Total	23	77	100	

Fuente: Encuesta sobre Menopausia en el Municipio de Madrid, 2002-2003

Testimonios

A las mujeres se les hicieron varias preguntas abiertas⁹ acerca de distintos aspectos de la terapia hormonal. En general el nivel de respuesta fue bajo, salvo en las preguntas acerca de los beneficios de la terapia hormonal (un 16 por ciento) y su posible utilización en el futuro (49 por ciento). A continuación resumiremos brevemente el contenido de estos testimonios.

Al preguntarles si se les había recetado alguna vez terapia hormonal para algo distinto a la menopausia, muchas respondieron que 'para los desarreglos', y para regular la regla después del parto o para provocarlo. En algunos casos se citó también el acné, el vello y la osteoporosis. Al preguntarles acerca de las razones para no seguir el tratamiento, hablaban del miedo a las consecuencias, de que ya se habían pasado los síntomas. Alguna mujer afirmó que la soja era mejor.

Cuando se les preguntó por los efectos secundarios, se afirmó que había muchos efectos secundarios, algunos de los cuales eran fuente de preocupación para ellas. Entre ellos, citaron el peso, el vello, la retención de líquidos, diarreas, dolores de cabeza y el miedo –en algunos casos- al cáncer. Cuando se suspende el tratamiento se suele hacer por miedo. A veces se suspende en contra de lo que dice el médico, o a sus espaldas, aunque otras veces es el médico que recomienda la suspensión. También alguna mujer hablaba de la existencia de medicinas alternativas o de simple dejadez para explicar su suspensión del tratamiento.

Al valorar los beneficios de la terapia hormonal, cabe subrayar los siguientes aspectos de los testimonios de las mujeres:

⁹ Ver anexo documental número 1.

1. La TH disminuye muchos de los síntomas más molestos de la menopausia, como los sofocos, la sequedad vaginal, la estabilidad anímica y otros.
2. También se considera que es bueno para los huesos y para los problemas cardiovasculares.
3. Muchas mujeres valoran muy positivamente a la TH. Entre ellas, se muestran muy convencidas de su valor.

Al preguntarles por la posibilidad de seguir en un futuro el tratamiento hormonal sustitutiva, cabe enfatizar los siguientes puntos.

1. En general, las mujeres harán lo que decidan los médicos.
2. Se ven pocas que son totalmente partidarias. No obstante, la reticencia que se observa en algunas de ellas no parece relacionarse con estudios científicos recientes. Es decir, estas mujeres en general muestran poco conocimiento de estos debates y de estos problemas.
3. Hay muchas mujeres que creen en otros tipos de remedios, sobre todo los basados en productos naturales. De ahí aparece una evidente ambivalencia con respecto a la terapia hormonal.
4. Cabe señalar que se observa poca militancia al respecto, tanto a favor o en contra. En algunos casos, se demuestra bastante desconocimiento de los aspectos científicos de esta cuestión.

¿Cuáles fueron los beneficios de la terapia hormonal?

«Me ha ayudado a dormir, a calmarme, en los sofocos, que sea psicológicamente o no, no lo sé. Y tardó, no fue de la noche a la mañana. Eso me lo advirtió él (ginecólogo)» (100:005)

«Los sofocos y la sequedad vaginal desaparecieron. La cara la tienes "como más jugosa"» (100:116)

«Subida de tono. Sentí que estoy protegida de otras cosas (cardiovasculares) y osteoporosis.» (100:126)

«He visto que se paró la descalcificación, más retención de calcio. Yo creo que en general me encuentro mejor cuando las tomo que cuando no las tomo, aunque me duela la cabeza, que no me importa. Y me quitó el síntoma de los sofocos que para mí es importante. » (100:230)

«Las relaciones con mi marido, por ejemplo, y que no he tenido sofocos u otras cosas. » (100:427)

«Psicológicamente estoy mucho mejor y sexualmente estoy más activa y con más ganas. » (100:457)

«Psicológicamente me ayudó muchísimo, me sentí persona, físicamente me sentía muy bien. » (100:630)

«Todo son beneficios. Las mujeres menopaúsicas en el trabajo no rinden, no son activas, no se cuidan, etc., yo al contrario y es porque me siento bien. Dejé de sentirme nerviosa al comenzar la terapia hormonal. » (100:88)

«No he tenido sofocos ni molestias de ningún tipo. » (100:999)

¿Piensa hacer una terapia hormonal en el futuro?

«Lo que diga el médico» (101:193)

«Me parece una ridiculez... Mucha gente se pone parches pero se lo tiene que quitar porque el corazón no va con ese tema. » (101:490)

«Si puedo evitarlo, prefiero no tomar hormonas. Soy más partidaria de cosas naturales. » (101:519)

«Sí, me pondría en manos del médico. Si es necesario sí, pero sin entregarme con ojos cerrados. Más pensaría en la alimentación, por la osteoporosis y con respecto a la sequedad, algo más externo, más inocuo. Pero siempre dependiendo de lo que me explicara el médico. » (101:608)

« Procuraría no, me da un poco de miedo. Tendría que ser por algo muy grave. Por estar más guapa, la piel, no. » (101:355)

3.8 Mujeres ante la menopausia

Mujeres ante la menopausia

«Hace años pensaba que la menopausia era un problema psicológico, es decir que se podía superar fácilmente si tu estabas bien psicológicamente. Ahora opino que es también un proceso donde hay

cambios físicos y que deben ser tratados. Hay que asumir que el cuerpo cambia y tenemos que hacer algo para que este cambio se lleve de la mejor forma posible.» (102:012)

En la última parte de la entrevista, se plantearon a las mujeres una serie de preguntas de naturaleza más general. Estas preguntas permitían a las entrevistadas abundar en distintos aspectos de la experiencia de la menopausia. Son, en algunos casos, enormemente elocuentes, y constituyen un testimonio (junto con la pregunta acerca de los síntomas) de enorme interés científico. En estas páginas finales de este apartado, sintetizaremos parte de las respuestas a estas preguntas. Por su enorme interés, también se presentarán abundantes ejemplos de estos testimonios. Tanto el comentario como los testimonios se organizarán de acuerdo con la pregunta.

La opinión de las mujeres ante la necesidad de tomar medicación para paliar los síntomas de la menopausia (p. 102)

- a) Muchas dudas, muchas. Es un sentimiento que se repite mucho.
- b) Además, muchas mujeres delegan en el médico (ginecólogo) la decisión final.
- c) Hay también bastante recelo a meter cosas 'no naturales' en el cuerpo, aunque al final parece que la opinión del médico impera.
- d) Hay algún ejemplo de mujer que no hizo caso al médico, pero son las que menos.
- e) También muchas mujeres afirman que nunca se lo plantearon antes de llegar a la edad.
- f) En cuanto a la TH, algunas dicen que harán lo que sea para sentirse bien, pero prefieren no hacerlo.
- g) Las contraindicaciones de la TH vienen del médico (por supuesto) pero también de experiencias de amigas que conocen.
- h) No hay apenas referencia a estudios científicos y cosas por el estilo.
- i) De nuevo aquí en esta pregunta empieza a aparecer de nuevo el 'pensamiento positivo' que estuvo en alguna pregunta anterior, pero muy ausente de todo relacionado con los síntomas. Este tipo de pensamiento considera a la menopausia como una cuestión de actitud, y que con buena actitud ante ella y la vida sus síntomas nunca serán demasiado molestos.
- j) Hay pocas mujeres que se inclina totalmente por el sí y por el no.

Opinión sobre la necesidad de tomar medicación para paliar los síntomas de la menopausia

«Me tomaría la medicina natural. » (102:087)

«Siempre pensé que lo haría, pero el verano pasado oí mucho sobre los efectos que el tratamiento podía tener y mi cuñada tuvo cáncer de pecho y lo pasó muy mal y me da miedo (su cuñada no llevaba tratamiento hormonal. » (102:1153)

«Hace años pensaba que la menopausia era un problema psicológico, es decir que se podía superar fácilmente si tu estabas bien psicológicamente. Ahora opino que es también un proceso donde hay cambios físicos y que deben ser tratados. Hay que asumir que el cuerpo cambia y tenemos que hacer algo para que este cambio se lleve de la mejor forma posible. » (102:012)

«Yo recomendaría la TH si tienes los sofocos aunque no sé las repercusiones que puede tener. He cambiado de opinión porque la doctora me dijo que era una barbaridad si no hubiera seguido feliz con el Boltín. Ahora estoy contenta con lo natural. También me estoy cuidando en la alimentación: mucho vegetal, carne no. » (102:116)

«Tengo dudas porque en realidad no se está informado. Se debe informar desde joven a la mujer para prevenir los riesgos de la menopausia. » (102:1214)

«Tengo dudas. » (102:29)

«No. » (102:335)

«Es necesario el control. Como he dicho anteriormente, yo he sido "anti-médicos". Pero a los cuarenta y tantos me planteé que sería bueno para mí estar preparada para entrar en la menopausia. Desde entonces he estado controlada. Pienso que es necesario el control. » (102:34)

«Ha cambiado mi mentalidad con las jaquecas, porque si hay algo que puede evitar el dolor, lo tomo; con la terapia hormonal haré igual. De momento sí. » (102:415)

«Soy reacia a la medicación, pero si lo necesito lo tomaré, lo menos posible. La única duda es cuándo se deben aplicar, en qué casos, será según los síntomas... Tampoco estoy muy informada: parches, pastillas...» (102:499)

«Si a mi médico le parece, lo haré. Esta ginecóloga tiene tendencia a poner tratamiento hormonal, pero no me gustaría, preferiría tomar algo natural. » (102:409)

«Prefiero no usar, pero si me afecta me gustaría conocerlo y saber qué hacer. Hoy a las mujeres las mujeres a los 50 piensan igual que a los 30, entonces por qué te tiene que afectar. Prefiero vivir 10 años más pero bien. La menopausia llega demasiado pronto, debiera llegar a los 70. Me tomaré lo que tenga que tomar para estar mejor, que no me impida hacer las cosas que hago. » (102:794)

«No tengo dudas sobre los medicamentos y tampoco me lo he planteado. Las hormonas no me gustan, porque engordan, es un rollo macabeo. » (102:709)

«Nunca pensé en ello, pero tenía claro que no quería tomar hormonas, tampoco mi médico me ayudó. » (102:947)

Los factores que consideran importantes a la hora de llegar a tomar decisiones acertadas acerca de la menopausia. (103)

«Factores psicológicos y emocionales. Factores ambientales. Es importante el entorno: buenos amigos, buenas

relaciones con tu marido, hijos, en general con tu toda familia.» (103:36)

- a) Se siguen mencionando a los médicos, pero ya no de forma tan clara.
- b) Hay mucha insistencia en buscar información por otros canales y contrastarla con lo que dice el médico.
- c) Un gran número de mujeres insiste en la importancia de tener una vida sana: ejercicio, buena alimentación.
- d) También hay un cierto sentido de que hay que poner a sí mismas lo primero y a los demás después.
- e) De nuevo insistencia en las amistades.

- f) Esta vez, contrario a otras preguntas anteriores, figura la familia como fuente de apoyo. Varias mujeres la mencionan y varias hablan de la importancia de la pareja para sobrellevar esta etapa de la vida.
- g) La autoestima es muy importante.
- h) Tanto o más importante es no sentirse sola.
- i) Hay una dimensión de 'pensamiento positivo' cuando insisten en que es otra etapa de la vida, tampoco para tanto, y que hay que saber aceptarla.
- j) Información y compañía/apoyo.
- k) Aceptar con naturalidad el hacerse mayor.

Los factores más importantes para decidir que hacer ante la menopausia

«Valorar hasta que punto los síntomas que tengas te están permitiendo una vida satisfactoria. En la medida en que no te permita hacer lo que quieres y te apetezca, buscar una terapia. » (103:002)

«Mucha información rigurosa, no dejar que el médico sea el que decide solamente. Confiar en tu médico. Asumir la menopausia de una manera integral asumir tu edad. » (103:12)

«Factores psicológicos y emocionales. Factores ambientales. Es importante el entorno: buenos amigos, buenas relaciones con tu marido, hijos, en general con tu toda familia. » (103:36)

«Hablar con un especialista. » (103:041)

«Entorno familiar. Es bueno sentirte querida y comprendida. » (103:044)

«Factores ninguno, tomárselo con la mayor naturalidad posible. Ahora voy a empezar a hacer otras cosas, no estar pendiente del período, de las compresas...” (103:1077)

«Depende de lo mal que te sientes. Yo soy mala para las medicaciones. Si me mandan 4 me tomo 2. » (103:112)

«Llevar una vida muy organizada, organizada y sana, de ahí parte todo. Procurar tener tranquilidad, es vital, no obsesionarte por las cosas de la vida. Saber afrontarlas con serenidad. » (103:132)

«La salud estar mejor. Factores psicológicos: es una nueva etapa, te vas haciendo mayor, te queda menos tiempo de vida. Esto hay que irlo asumiendo poco a poco. Hay que ir cambiando la mentalidad. Hay que estar informada. » (103:134)

«Lo suyo es que te lleve un ginecólogo y te esté controlando un ginecólogo. » (103:202)

«Vivirla como una etapa más en la vida, siempre apoyada por tu familia. » (103:210)

«Creo que lo mejor es aceptarlo, como yo que lo asimilé, yo les diría tómatelo tal cual y no te comas el coco, es una cosa de la naturaleza. Yo como en el fondo me veo con espíritu joven. Yo es que me veo igual, el físico no ha cambiado nada. Quizás si hubiera engordado, pero como no me ha sucedido por eso lo acepté mejor. » (103:211)

«Los síntomas. La osteoporosis es lo peor que te puede pasar. También es importante que tu marido y tu familia te entienda, hay mujeres que lo pasan mal por culpa de su familia; hay gente que todavía se ríe de las menopáusicas. » (103:254)

«La comprensión de los médicos, que nos informen debidamente y preparación a los maridos para sobrellevar el cambio hormonal de la mujer, hacer cursos conjuntos, por ejemplo en el ámbito de ayuntamiento, centros culturales... » (103:29)

«Lo más importante es aceptar que uno es una persona que se va haciendo mayor y que no-pasa nada y que por eso no vamos a ser más distintas. Tener una buena alimentación. » (103:323)

«El riesgo de cáncer de mama. Me da miedo la osteoporosis. Me preocupa el cambio en el deseo sexual porque me hace sentir culpable (con su marido. » (103:329)

«Que te comentasen las cosas en el ginecólogo, que es muy diferente de pago a estar en la Seguridad Social, que no te dicen nada. Que te digan lo que hay que hacer. » (103:511)

«Hombre si se puede prevenir.... que te ayuden a llevar una buena vida...pero los médicos no tienen tiempo, en cinco minutos te despachan, o nos cambian el médico que nos conoce. » (103:715)

«El mundo de la mente y el mundo de los afectos. El tener una pareja que te comprenda, aunque es natural y hay que llevarlo así, sin tratamientos no naturales porque puede sacarte lo peor de ti misma; parece que en esta sociedad sólo importa "young", "beauty" y potencia sexual a través de hormonas. » (103:947)

Preocupación por los riesgos para la salud que encierra la menopausia. (104)

«Principalmente por la osteoporosis, también por tumores, pero hay que tener control médico siempre.» (104:1071)

«Me da miedo (mi marido dice que soy hipocóndrica). Pero la menopausia me ha llegado y no me encuentro bien.»

Tampoco me da miedo envejecer. Estoy muy a gusto con la vida.» (104:22)

«Miedo a engordar. Miedo a que me supere la situación, a no controlarla.» (104:222)

- a) Sin duda el riesgo que más mujeres mencionan es el de la pérdida de calcio y de osteoporosis, seguido a poca distancia por el miedo a los tumores.
- b) Hay mención frecuente de la depresión y de la salud mental, de problemas cardiovasculares, de problemas con el peso.
- c) De nuevo los médicos aparecen con frecuencia.
- d) En algunas mujeres se aprecia miedo, pero en otras una aparente despreocupación por estos riesgos.

Preocupación por los riesgos para la salud relacionados con la menopausia

«Miedo a perder movilidad, a que cambie el deseo sexual o perderlo, al cáncer. » (104:12)

«Depresión y demencia. Perder la cabeza. Este fantasma lo tiene muy presente ya que mi madre tuvo demencia. » (104:41)

«Por lo del cáncer de mama. » (104:65)

«Me preocupa la osteoporosis. Que se engorda. » (104:118)

«Por la osteoporosis, pero me hago densitometrías; Me preocupa la vejez dolorosa. » (104:105)

«Principalmente por la osteoporosis, también por tumores, pero hay que tener control médico siempre. » (104:1071)

«Me da miedo (mi marido dice que soy hipocóndrica. Pero la menopausia me ha llegado y no me encuentro bien. Tampoco me da miedo envejecer. Estoy muy a gusto con la vida. » (104:22)

«Miedo a engordar. Miedo a que me supere la situación, a no controlarla. » (104:222)

«Sí, principalmente osteoporosis. Mi cadera. » (104:230)

«Cambio físico. Cáncer. Descalcificación de huesos. » (104:46)

«No tienen ninguna gracia: osteoporosis, la depresión. » (104:998)

¿Por qué cree que la menopausia es una etapa difícil? (106)

«Más exactamente diría que depende de cada mujer. Hay algunas que tienen muchas manifestaciones de síntomas y las puede afectar psicológicamente pero también pienso que puede haber mujeres que no padezcan o sufran ningún

síntoma. Para éstas no sería difícil. ¡Ojala sea mi caso!» (106:231)

«Sobre todo a nivel emocional. Es un cambio a peor. No voy para joven.» (106:329)

- a) Hay mucha insistencia en que la menopausia se da de forma muy diferente en distintas mujeres.
- b) Si te da bien, pues es una etapa normal en la vida; pero si se te da mal, lo puedes pasar muy mal.
- c) Hay insistencia en la importancia de la actitud y de una vida sana para limitar las implicaciones de la menopausia.
- d) Varias mujeres hablan del proceso global de envejecer y al miedo a ello.
- e) El apoyo de la familia es importante, pero la familia (o la situación familiar) la puede hacer más difícil todavía (cuando no hay comprensión o comunicación, o

- cuando son etapas familiares difíciles –enfermedades de padres, marcha de casa de hijos, problemas matrimoniales, etc).
- f) Vuelve a aparecer el 'pensamiento positivo' en muchas mujeres, quitando importancia a la menopausia.
 - g) También hay mujeres que vuelven al tema de la capacidad reproductiva de la mujer como elemento de importancia (y definitoria) en la vida.

Creencia de que la menopausia es una etapa difícil

«Depende como te lo tomes. Hay mujeres que se sienten viejas, anuladas. Yo no, ni creo que a los hombres les importe. El aumento de peso, pero me cuido mucho. » (106:014)

«Ha sido una putada, con lo que nos meten en la cabeza, la menopausia no pesa nada, lo que pasa es que hay una manipulación de la información. » (106:065)

«En general sí, aunque últimamente la mentalidad ha cambiado y te lo tomas natural, sin traumas. » (106:105)

«Para mí ha sido muy mala, que no sirves para nada, te sientes sola y como si ya no fueras útil. » (106:168)

«Depende. Puede ser en algunos casos pero yo opino que es mucho de "coco" (mentalidad). Si tienes asumido tu edad y los cambios que entraña el hacerte mayor, no tiene porqué ser difícil » (106:195)

«Porque te sientes mal, deprimida y en casa no te entienden. Cuando discuto con mi marido, él me llama "menopáusica" y loca. Te sientes sola y rara. Tu marido te ve como si ya no fueras mujer. » (106:20)

«Mas exactamente diría que depende de cada mujer. Hay algunas que tienen muchas manifestaciones de síntomas y las puede afectar psicológicamente pero también pienso que puede haber mujeres que no padezcan o sufran ningún síntoma. Para éstas no sería difícil. ¡Ojalá sea mi caso!» (106:231)

«No estaba preparada psicológicamente para ello. Me sucedieron las cosas a un ritmo diferente al mío, yo necesito meditar todo mucho, despacio. » (106:250)

«Sobre todo a nivel emocional. Es un cambio a peor. No voy para joven. » (106:329)

«Cambia la visión del rol de la mujer y asumir esto cuesta (por ejemplo el dejar de ser fértil). Marca la frontera del peso de los años. » (106:338)

«Es un cambio muy fuerte, eso de dejar de ser joven es muy difícil. » (106:372)

«Yo lo relaciono con que te ves más mayor, físicamente te cambia el físico, no es que me considere una anciana, pero después de los 50 es como si fueras un trasto, ya te pilla que tus hijos son mayores, que no han terminado de estudiar, que no tienen trabajo, tu marido también te necesita menos, la casa también se te vuelve una rutina. Físicamente, se te cambia el tipo. La menopausia que yo la considero más un problema de edad, de entrar en el ciclo... Cuando eres joven parece que no te va a llegar a ti, y todos tenemos que llegar. » (106:443)

«No por la menopausia, sino porque es un cambio, es la madurez... te ponen a un lado, pasas a ser una señora, una mujer madura. » (106:485)

«Depende de cómo te lo tomes, si estás muy ligada a tu imagen seguro que sí, pero si sabes que es un ciclo más en tu vida no. Depende de si eres positivo o no, hombre a todos nos gustaría estar jóvenes, pero lo importante es seguir haciendo las mismas cosas de siempre. » (106:595)

«Hombre sí, al principio sí, pero no porque se vaya la menstruación, eso es un descanso, sino porque pierdes las hormonas, si no, sería la etapa más descansada y más bonita. » (106:664)

«Hombre, un poco difícil si es, porque tienen que entenderte, pero claro, ellos, los hombres, no la tienen y no saben que estás más sensible, tendrían que tenerla también. » (106:765)

«Puede ser, yo no me lo había metido en el coco todavía, pero si veo lo que me cuenta esta amiga mía que tiene los sofocos, cansada, que no duerme bien... Y me pongo a llorar. En mi edad, lo que se habla muchísimo es de los hijos. Es un poco terapia de grupo. » (106:349)

«Puedes cambiar de carácter, coger depresiones y la salud se deteriora mucho. » (106:873)

«La edad es muy crítica para la mujer, y psicológicamente no es fácil. » (106:920)

¿Qué beneficios trae la menopausia? (108)

«Más cómodo. No tienes que preocuparte de la regla, las molestias que entraña llevar una compresa. Al nivel sexual, más tranquila de posibles embarazos.» (108:36)

«La menopausia va asociada a la edad, y el cumplir años aporta muchas cosas buenas, como seguridad, experiencia, comprensión, paciencia,...» (108:1056)

- a) Muchas mujeres insisten en que la mayor ventaja consiste en liberarse de la regla.
- b) Algunas utilizan formas muy expresivas para referirse a ella. Otras (algo menos) hablan de que ya ha pasado el riesgo de quedar embarazadas.
- c) En algunas de estos casos, hacen referencia también a la utilización del DIU, ligadura de trompas o a la vasectomía de sus parejas.
- d) Algunas se refieren a la 'libertad sexual', aunque esta respuesta es aparentemente contradictoria (al menos en parte) después de la insistencia en preguntas anteriores en la inapetencia sexual y falta de deseo.
- e) Algunas pocas mujeres (las menos) hablan de las ventajas de la madurez, de una mayor paciencia y de perspectiva ante la vida.
- f) Es notable la ausencia de referencias a que la menopausia suele corresponder a un período de plenitud profesional en la vida y de relativo sosiego económico. (Ello podría ser por la estructura de la pregunta y que las mujeres no relacionan su contenido con procesos más generales en la vida. En todo caso, esta omisión es evidente.)
- g) Suelen ser respuestas cortitas y casi 'alegres'.

Beneficios de la menopausia

«Más cómodo. No tienes que preocuparte de la regla, las molestias que entraña llevar una compresa. Al nivel sexual, más tranquila de posibles embarazos. » (108:36)

«Dicen que te da más madurez. Hay mujeres que están deseando que llega para quitarse el rollo de la menstruación, pero yo... Además que al disminuir las hormonas, más sequedad, en la piel, te arrugas; Yo, al contrario, cuando me viene la regla digo pues que bien, todavía funciono. » (108:1035)

«Yo estoy tan contenta de no tener el "rollo" todos los meses. No por los hijos, hay que tenerlos a una determinada edad. » (108:105)

«La menopausia va asociada a la edad, y el cumplir años aporta muchas cosas buenas, como seguridad, experiencia, comprensión, paciencia,...» (108:1056)

«No ir cargada con el "paquetón". También por el tema sexual.» (108:1071)

«La tranquilidad de no quedarte embarazada. » (108:1195)

«Te quitas de preocupaciones, aunque no tengas 20 años (sexo).» (108:164)

«Te liberas de la regla. » (108:229)

«Para mí por los dolores de cabeza que se me acabaron. » (108:250)

«Por las relaciones sexuales. También por no pasarlo que es un rollo (la regla).» (108:263)

«Tranquilidad en el sentido de no quedarte embarazada, además, la estabilidad que te da la madurez, y la paciencia para percibir los problemas. » (108:29)

«No hay riesgo de embarazo con lo cual vives tus relaciones sexuales más libres, todo más natural. No tienes regla con lo cual te quitas esa molestia de andar con la compresa para arriba y para abajo. Te liberas en definitiva. » (108:34)

«Estás en un período de vida que es más relajado... Que has criado a los hijos, que tienes tu casa, pasada la incertidumbre económica, tienes las cosas resueltas, vives más tranquilamente... Que si te viene la menopausia con cantidad de síntomas mal.. Bueno... Pero tienes muchas cosas resueltas, lo ideológico. » (108:349)

«El único beneficio es el no tener hijos.» (108:485)

«Qué me voy a quedar en la gloria!, que ya no tienes que tener cuidado. ¡quiero que se me vaya ya!. Piensa en los posibles embarazos hasta que no se la retire el período, a pesar de que su marido tiene realizada una vasectomía.» (108:56)

«El único es el sexual y lo he tenido resuelto con el DIU.» (108:669)

«Tengo menos jaquecas. Ya no tienes que tener precaución para quedarte embarazada. » (108:739)

«Gastas menos en tampax; yo por lo sexual no me preocupo desde hace años (por la ligadura de trompas).» (108:875)

«Se me fue ya, y ya está. A calzón quitao y ya. Me siento en la gloria, se me fue y pun. » (108:977)

«Puede ser muy enriquecedora. Has vivido, te tomas las cosas con más tranquilidad. Es la época de la sabiduría. » (108:999)

¿Cómo compararía su experiencia con la de otras mujeres? ¿Qué la influyó en su experiencia con la menopausia? (109)

«Por mi círculo, todas somos iguales, aunque siempre tienes alguna conocida que lo lleva fatal. Lo más importante es vivirlo con naturalidad.» (109:105)

- a) Pregunta importante con muchas respuestas muy largas.
- b) De nuevo se insiste en que la menopausia es diferente en distintas mujeres, en parte por diferencias de carácter y no sólo por la aleatoriedad de los síntomas.
- c) Mucha insistencia en la actitud y que hay que tomar la menopausia con naturalidad ('pensamiento positivo').
- d) La importancia de la información, alimentación sana y vida sana está presente en muchas respuestas. El ejercicio se menciona a menudo.
- e) Algunas mujeres insisten en el aspecto que durante esta etapa la mujer se puede dedicar más a sí misma. Otras, en cambio, (las más) insisten en la importancia de una vida activa.
- f) Más de una mujer se refiere al efecto potencialmente saludable de la familia y de una buena relación de pareja. Cuando falta esta sintonía (como cuando te deja tu pareja) te puede fastidiar muchísimo.

- g) Es interesante observar que la familia y sobre todo los hombres adquieren bastante importancia aquí, aunque como hemos visto no suelen ser parte activa en los procesos de toma de decisión ni en el compartir la experiencia de la menopausia en sí.
- h) Muchas mujeres hablan de sus hijos o de sus nietos, sobre todo cuando son jóvenes, ya que dan un sentido a la vida, y eso permite que las mujeres no se obsesionen tanto por la experiencia de la menopausia.
- i) Alguna mujer hace referencia a información contradictoria de médicos, programas del ayuntamiento y de amigas, pero no está clara la importancia que merece este aspecto.

**¿Cómo compararía su experiencia con la de otras mujeres que conoce?
¿Qué factores son importantes para vivir mejor o peor esta etapa? ¿Qué la influyó en su experiencia ante la menopausia?**

«Hay una parte muy importante que es psicológica, por la experiencia familiar que tengo, trato de ser muy positiva. Lo psicológico influye para que haya mujeres que lo viven horrorosamente mal. También hay un factor psicológico de llamar la atención, que yo misma lo uso como guasa conscientemente: "es que estoy menopáusica". Hay mujeres que cuando le han hecho una histerectomía dicen "es que me han vaciado", pero ni que fuera sólo eso» (109:002)

«No tengo experiencia de menopausia. Factores: alimentación sana, ejercicio y una actitud positiva. » (109:81)

«Creo que lo llevo mucho mejor que la mayoría. Factores: equilibrio psíquico, buen humor y no darle demasiado importancia. » (109:1000)

«Por mi círculo, todas somos iguales, aunque siempre tienes alguna conocida que lo lleva fatal. Lo más importante es vivirlo con naturalidad. » (109:105)

«Estar activa. » (109:1051)

«Hay personas que se obsesionan con ser viejas. Yo tengo arrugas y no me importa, aunque no me gusta que me feliciten en mi cumpleaños. » (109:1086)

«La edad hay que saberla vivir de un modo distinto. La mayoría de las mujeres quieren sentirse más jóvenes de lo que son, están obsesionadas en aparentar, ser más jóvenes. Hay cosas de la edad y no de la menopausia. Hay mujeres que sin regla se sienten como los hombres, es una tontería. No hay que exagerar los síntomas. Mi madre decía que la mejor etapa son los embarazos y la post-menopausia. Quizás esta idea me ha influido. Tengo miedo a la depresión porque a mi madre le pasó. » (109:1148)

«Mi experiencia es normal. Factores: más importante es el familiar. Que estés a gusto con tu pareja y con tus hijos. Que se lo tomen con humor. Tener una vida sana que te cuides. » (109:1214)

«Depende de lo que piensa cada persona, nosotras no hablamos mucho del tema. Hay mujeres que dicen "si no tienes la regla es como si no tuvieras un jardín", para mí no, porque yo si no hubiera podido tener hijos los hubiera adoptado. Algunos pueden ser que se sientan más mayores. Para mí el no tener la regla o tenerla no

me hace menos o más joven, para mí lo que cambia son los años, el cansancio, ese es para mí el sentido. » (109:1327)

«Las diferencias son el estar ocupado, el tener una meta en la vida que hace que la lleves mejor. Tener ocupado el tiempo en cosas que te llenen... En plan de todo, de salir y disfrutar, de hacer algo para los demás. Para pasar esta etapa en equilibrio y con congruencia... Lo que pienso, lo que vivo. » (109:138)

«Yo creo que la información sobre todo, quitarle un poco de peso a la menopausia, verla como algo normal, como una etapa más. Hay que desdramatizar esto. » (109:1488)

«Pues seguir igual que siempre. Yo, son cosas que te cuentan, pero tampoco me cuentan a mí sus experiencias, como por ejemplo en las relaciones sexuales, que te quedas seca. Yo creo que no tiene que ver con la menopausia, sino con los problemas de pareja, pues te puedes acercar a una farmacia a por una crema. Yo he sido una mujer que he disfrutado antes y después de la menopausia. No son problemas, ahora se piensan más las cosas, y las cosas ya no te cunden tanto, y en cada época de la vida se disfruta de otra serie de cosas. » (109:159)

«Tiene una amiga a la que le recetaron terapia porque estaba deprimida, pero ella cree que estaba obsesionada con tener la regla. "Hay personas que creen que no tener hijos, es que se acaba la vida. Es una etapa más de la vida". » (109:164)

«Yo creo que muchas personas son muy histéricas, se obsesionan mucho. En la vida hay que ser un poco positivo, hay que pensar que las cosas van a salir bien, pero hay personas que son al contrario. Se preocupan mucho. » (109:190)

«Yo quizás me encuentre mejor... Tal vez por el trabajo, por los nietos, me dan vida. Muchos se hunden porque piensan que lo han vivido todo, que los hijos ya se han ido... Yo pienso que empiezo a vivir, estamos mi marido y yo solos, como si estuviéramos solteros y tengo el tiempo para mis nietos. » (109:198)

«Tienen que tener una distracción o algo en la vida para que no se acuerden tanto de eso... Estar activa, no estar pensando en los dolores. Estar en actividad, si no se trabaja hay muchas cosas para hacer, el día que deje de coser, un día me iré de tiendas y otro a visitar enfermos. No te puedes encerrar en ti misma y amargarte. » (109:205)

«El estudio, el dedicarte más tiempo a ti, tengo que aprender a quererme más, dedicarme más tiempo, tener más tiempo para mí. » (109:29)

«La actividad de trabajo hace que la experiencia sea más positiva que la que tiene una vida más sedentaria. Yo no me pondría a pensar que ya me voy poniendo mayor, pondré los remedios que sea y ya está. » (109:230)

«El tener niños pequeños anima... El tener ilusión... Hacer acampadas por ejemplo... El tener iniciativa propia por tener algo. El tener gente menuda, ayuda, te quita de tus propios problemas. » (109:348)

«No tengo miedo a nada, cuando venga algo ya vendrá. "Lo principal es prevenir y estar bien informada". "Llevar una vida sana". "Tengo una amiga que tuvo la menopausia a los 38 años y está como deformada y, además, histérica, porque le da vueltas a todo". » (109:482)

«Algunas lo pasan mal porque deben llegar muy gastadas, muy estropeadas. Tiene que ver la forma de ser de cada uno. También el estar activa. Mi hermana que por ejemplo no trabajó por mucho tiempo estuvo mal. Yo me siento bien... Sé que

tengo 54, voy para los 55, pero no los siento. Me encanta el sol de la mañana y trato de tomarlo, me gusta y sé que me hace bien. Trato de no hacerme problemas, trato de vivir el momento, y siempre trato de tener proyectos... Es como si tuviéramos 20 años y empezamos de nuevo, le digo a mi esposo. » (109:507)

«Creo que volvemos a lo mismo, la información... En teoría no tiene que conllevar riesgos... Que es un cambio de etapa nada más. No dudo que los síntomas son desagradables, por lo que he oído... Pero la preocupación por la implicación que puede tener, es una falta de información y orientación por supuesto. » (109:607)

«Depende del estado de salud que tengas en ese momento, tu entorno familiar, que sea satisfactorio. Tengo una amiga que con 52 años la ha dejado el marido por una jovencita y está como un zombi.» (109:731)

«Yo, es que, me ha influido muchísimo la formación y la información del plan de menopausia del ayuntamiento, porque sin esto yo a lo mejor hubiera ido al médico de cabecera por unos sofocos y me habría mandado los parches, que no sabes que efectos secundarios tienen. » (109:97)

¿Cuáles son sus planes de futuro en relación con la menopausia? (110)

« Llevarlo lo mejor posible, cuidarme lo mejor que pueda y rezar para no tener ningún problema de cáncer, huesos, etc.» (110:263)

«Seguir haciendo mi vida igual, controlándome un poco, pero nada más. No tengo miedo a envejecer, aunque no me guste. Intento no dramatizarlo, pero sin idealizarlo. "Virgencita, virgencita que me quede como estoy".» (110:409)

- a) Vuelve a aparecer con cierta fuerza el tema del envejecimiento.
- b) Mucha insistencia en tomar la menopausia con máxima naturalidad.
- c) Continuar con los consejos de los médicos. En algún caso (pocos) también hay rechazo a la participación de los médicos.
- d) Algunas, las menos, hablan de la importancia de la información, y en algunos casos mantener contactos con programas oficiales.
- e) Vida sana.
- f) Vuelve a salir el tema de la menopausia como factor que define lo que es ser mujer y como marca una etapa muy diferente en la vida. Es decir, tener la regla o no es un hecho clave en la definición de lo que es la mujer y su vida.
- g) Algunas –las menos- hablan de no hacer nada al respecto.
- h) Hay planes para la vejez (y, en algunas, cierto recelo ante la misma).

¿Cuáles son sus planes de futuro en relación con la menopausia?

« No me lo he planteado, no sé si voy a ir a mejor o a peor. Si dicen que más de 5 años no se puede tomar, ya me darán otra cosa. No me preocupo porque estoy en manos de un especialista. Doy tiempo al tiempo. » (110:005)

« Lo único que he pensado es que el día que se casen (los hijos) que se me vayan marchando, no me quiero quedar sola. Tengo un perro que es de mucha compañía. En caso de que se presente un problema iría a la doctora y me mandaría hierro, calcio o algo. Pero no me quita el sueño. » (110:006)

« No tengo ningún plan. » (110:036)

« No comer tanto, porque no necesito tanto cuidar la alimentación, estar muy activa espiritualmente. » (110:087)

« No tengo ni idea. Para mi no es una barrera. Es una evolución normal de la vida. Yo soy feliz sin la regla. Los últimos años fue tremendo. Al final me pusiera transfusión de sangre. » (110:107)

« Tomar soja, y voy a empezar ya porque en enero he hecho los 46, hacer ejercicio, andar, » (110:1190)

«¿Es que hay algo que planear?. Seguir viviendo, no sé qué viene después de la menopausia. » (110:161)

« Ninguno, porque no me preocupa en absoluto... Que me venga como me venga. » (110:190)

« Controles médicos. Hacer todas las cosas pendientes que un día dejé de hacer: tocar la guitarra y estar en contacto con la naturaleza. Me gustaría irme a vivir a un pueblo. » (110:193)

« Vivirla con tranquilidad. Estar informada. No tomarlo a la tremenda - lucharé. » (110:222)

« Llevarlo lo mejor posible, cuidarme lo mejor que pueda y rezar para no tener ningún problema de cáncer, huesos, etc.» (110:263)

« Que voy a acudir al médico... A lo mejor me iría al herbolario también... Lo primero el ginecólogo, consultaré con mi amiga, pero el ginecólogo me dirá que hacer... Y desde luego le voy a echar mucho humor y no ponerme por los rincones... Ala!, Me voy a poner vieja!... Porque no es mi estilo. » (110:349)

« Seguir haciendo mi vida igual, controlándome un poco, pero nada más. No tengo miedo a envejecer, aunque no me guste. Intento no dramatizarlo, pero sin idealizarlo. "Virgencita, virgencita que me quede como estoy". » (110:409)

« Irme a hacer viajes con los de la tercera edad. "Con naturalidad, hay que vivirlo con naturalidad y seguir "palante". » (110:482)

« Esperarla y cuando venga..., y haré lo mismo que cuando "fui mujer", vivirlo con naturalidad. Yo pienso que lo voy a llevar bien. » (110:56)

« Estar muy atenta y seguir con mi medico naturista y seguir donde el ginecólogo con lo normal. » (110:618)

« No planifico nunca nada. Si surge algún problema ir resolviéndolo poco a poco. Quizás algo más de prevención, nada en especial. » (110:739)

« Nada. Yo tan feliz. Lo pasado, pasado está. Mi naturaleza va para el final. No voy a pretender ser joven. Pienso más en la vejez, yo no quiero pasear por los parques y dar de comer a las palomas. » (110:777)

« No se me había ocurrido hacer planes. Incorporarme al programa de menopausia del Ayuntamiento. » (110:999)

4.- Algunas conclusiones preliminares

Aspectos generales

- La menopausia *es una fase de la vida* que encierra *numerosos problemas* y plantea *molestias y dificultades* para muchas mujeres.
- 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 quién 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.

Síntomas

- 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
- La *fase de la perimenopausia* se destaca como un momento en que *aumentan* mucho la incidencia de varios tipos de síntomas. Es más, en algunos casos es precisamente durante esa breve fase cuando más agudos son algunos de ellos. Por regla general la *frecuencia de síntomas* continúa en *aumento* y suele ser muy superior durante la *posmenopausia natural* y la *menopausia quirúrgica*.
- Las mujeres que tienen los *síntomas más numerosos y agudos* son aquellas mujeres cuya menopausia ha sido *provocada por la cirugía*. Según el síntoma, también la perimenopausia y la posmenopausia son fases muy delicadas.
- Cabe insistir en que si bien los *síntomas aumentan durante la peri- y la posmenopausia*, en casi todos los casos también están presentes durante la premenopausia. Tal vez debido a ello resulta tan difícil para las mujeres

distinguir entre los síntomas relacionados directamente con la menopausia y las que ocurren en un momento de sus vidas.

- Los *síntomas más directamente relacionados* con el cese natural de la regla son los *sofocos, la sequedad vaginal, los mareos, el coito doloroso, los sudores nocturnos y los cambios en el deseo sexual*. Las más vinculadas a la menopausia quirúrgica son la *incontinencia urinaria, los sofocos, la sequedad vaginal, problemas con el sueño, entumecimiento, síntomas gastrointestinales, palpitaciones, depresión, mareos, dolor en las articulaciones y pérdida de memoria*. En su conjunto, son los *síntomas vasomotores y los génito-urinarios* los más afectados.
- No obstante el punto anterior, cabe subrayar el hecho de que la menopausia se toma *como un conjunto* por la mayoría de las mujeres entrevistadas. No se aprecia ningún intento por separar síntomas relacionados con la edad de aquellos relacionados con el cese de la regla en sí. Incluso en aquellos síntomas relacionados con el cese de la regla (punto anterior), cabe insistir que están presentes en mujeres también antes de la menopausia. La menopausia es una etapa que puede *agravar la incidencia* y repercusión de estos síntomas. Debido a ello, tal vez, resulta tan difícil para las mujeres separar los síntomas de la menopausia de los síntomas propios de la edad
- Relacionado con el punto anterior, *tampoco parece claro* para las mujeres *cuándo se termina* realmente la menopausia.
- En futuras investigaciones, sería *interesante* que *se estudiara* también *mujeres menores de 45 años* de edad y más de 55 años de edad para así dar mayor perspectiva a esa edad crucial de 45-55 años. Por ejemplo, la premenopausia para una mujer de, digamos, 45-48 años de edad es una premenopausia de una mujer en vísperas de su menopausia. Sería interesante ver sus experiencias comparadas con las de aquellas mujeres para quienes la menopausia queda aún lejos, pero cuya edad va avanzando. *Lo mismo* se puede decir de la *posmenopausia* entre mujeres que tuvieron el cese de la regla 2 y 3 años antes en comparación con aquellas que la tuvieron 8 años antes. ¿Cuándo comienza la edad de la menopausia y cuando cesa de verdad? Se trata de temas aun poco conocidos que merecen un estudio riguroso
- Aunque algunos síntomas parecen correlacionarse de forma significativa con factores demográficos, sociales y de estilo de vida, no se aprecia ningún patrón general. Como ejemplos, cabe citar las siguientes relaciones: tener pareja o estar casada disminuye los síntomas cardiovasculares, pero aumenta los síntomas sexuales; ingresos y empleo se relacionan con una menor frecuencia de síntomas cardiovasculares y emocionales; el nivel educativo parece relacionarse de forma significativa con menor frecuencia de dolores en las articulaciones.
- Posiblemente *estos factores influyen tanto o más* en *lo que se hace frente a ellos*, aunque es evidente que algunas situaciones hacen que sean más propensas a sufrir un síntoma que otro. Por ejemplo, para mujeres que carecen de pareja la sequedad vaginal se vive como algo secundario, sin trascendencia y sin incidencia en la vida cotidiana. Esto mismo lo podríamos decir de otros síntomas como la depresión, ansiedad, etc. Es evidente que el estilo de vida es

fundamental. Se trata de una variable que puede ser estructural y previa a cualquier síntoma de la menopausia.

Enfrentarse a los síntomas

- En general, parece que las *mujeres de vida activa* se enfrentan mejor a bastantes síntomas. Mujeres cuya vida supone mucho esfuerzo físico suelen tener una menor incidencia de síntomas como el aumento del peso. Mujeres con pareja y con familia sufren menos los síntomas emocionales y psicológicos pero más los sexuales, etc. etc.
- Mujeres con *una actitud positiva* también parecen llevar la menopausia mejor, aunque en este punto no se sabe la dirección de la causalidad, si los síntomas son menores por tener una actitud positiva o si la actitud es positiva porque los síntomas son menores.
- Una queja reiterada es que muchas mujeres *se sienten solas* ante los cambios fisiológicos y anímicos que les van afectando.
- Parece existir lo que podría denominarse como un cierto "*estilo de vida*", definido a través de determinadas actitudes positivas, que hace que las mujeres *augmenten sus capacidades para enfrentarse y resolver la incidencia* de los síntomas, y del propio proceso de envejecimiento. No obstante, cabe insistir que no existe un solo patrón de comportamiento que haga más llevadero los síntomas de la menopausia.

Estrategias terapéuticas

- Durante la *fase de la perimenopausia* se produce un aumento considerable en la incidencia de varios tipos de síntomas, ante el que las mujeres suelen tener *estrategias muy poco desarrolladas* de antemano. Estas estrategias se van *elaborando poco a poco*, de manera *poco sistemática*. No obstante, ya dentro de la menopausia, bien sea la natural o la provocada quirúrgicamente, se encuentran mucho mejor articuladas, aunque sigan siendo poco sistemáticas.
- La consulta con los especialistas es una manera de romper el círculo de vivir la menopausia en solitario, aunque muchas veces estos no entienden la menopausia como un proceso de cambio, concibiéndola simplemente como un estado físico al que hay que aplicar medicamentos.
- 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.

La Terapia Hormonal

- Las mujeres madrileñas muestran un *gran desconocimiento* de los debates científicos en curso sobre los efectos de la Terapia Hormonal Sustitutiva (TH). Este desconocimiento limita las opciones que tienen a su alcance a la hora de tomar decisiones sobre las estrategias terapéuticas a poner en práctica.

- No se ha encontrado mucha predisposición de los médicos a plantear a las mujeres sus propias dudas o las dudas de la comunidad científica que puedan existir con respecto a la terapia hormona.
- Cabe destacar el hecho de que *el uso de la Terapia Hormonal es relativamente bajo* entre las mujeres estudiadas, en comparación con otros estudios. También es menor el nivel de receta de la TH pero menos, por lo cual las diferencias en su uso se deben a una mayor reticencia entre las mujeres estudiadas a seguir el tratamiento medicado. No está clara la medida en la que este menor seguimiento se debe a una desconfianza de las mujeres con respecto a los consejos de sus médicos, a una mayor fortaleza (relativa) en sus redes personales de apoyo y de información, o a una menor predisposición a tratar su experiencia como una cuestión médica.
- El *seguimiento de la TH* recetada es mucho *mayor* entre las *mujeres operadas*, aunque el nivel de receta es similar entre ellas y las que están en la posmenopausia natural.

Otras Terapias

- Existen muchas terapias alternativas como la soja. A veces son los mismos médicos los que recomiendan estas terapias.

Información

- A primera vista, la *dependencia* de las mujeres con *respecto al médico* (normalmente con el ginecólogo) parece total. Luego es evidente que muchas veces no es así, aunque no siempre lo reconocen las mujeres.
- Las *amistades y las familiares* son una fuente de información *muy importante* para las mujeres. No siempre intervienen de forma 'objetiva' ya que cada persona cuenta su experiencia desde una óptica personal. Igualmente importante parece ser el papel de las amistades como fuente de compañía y de consuelo. La gran mayoría de las mujeres entrevistadas buscan este tipo de información y de compañía que les es de mucha utilidad. Aún así, cabe insistir en que la información que proporcionan no siempre es buena. Eso, sin embargo, no parece ser problema para la mayoría de las mujeres ya que mantienen contactos con muchas personas. A fin de cuentas, se puede ver que son conscientes de que al final son ellas mismas las que toman las decisiones.
- En algunas mujeres se observa *cierto recato* a la hora de *confiar en sus amistades los problemas más íntimos* que tienen, aunque en otros casos es todo lo contrario. Casi todas las informantes afirman tener amigas con muchísimos problemas que hablan mucho de estos problemas y otras amigas que parecen pasar por la menopausia sin problemas, o al menos sin hablar de ellos.

Diferencias de atención

- Se aprecia que las mujeres *no reciben ni esperan recibir* el mismo trato por parte de los médicos de la *Seguridad Social y de otras organizaciones sanitarias*. No está claro hasta que punto ello responde a *diferencias de trato* por parte de los médicos o a *diferencias de expectativas* por parte de las mujeres. Cabe la posibilidad de que la idea de acudir a al médico para

cuestiones relacionadas con la calidad de vida en lugar de la enfermedad sea menos extendido entre mujeres adscritas a la Seguridad Social que a otros sistemas de salud. También es posible que reciban un trato diferencial. No obstante, el menor peso de la terapia hormonal entre mujeres adscritas a la Seguridad Social es evidente.

- Varias mujeres hablaron sobre el *Programa de Menopausia* del Ayuntamiento, así como de otros programas y seminarios que se celebraban en sus lugares de trabajo. Es nuestra impresión que estos programas cumplen un papel importante, aunque dentro de los confines de este estudio es imposible precisar la importancia que puedan tener.

Los hombres

- El *papel de los hombres es complejo y a menudo contradictorio*. De entrada, para las mujeres la menopausia es un asunto de mujeres. No suelen compartir apenas sus preocupaciones y sus molestias con sus parejas y maridos, ni con sus amigos. El único hombre que parece intervenir en esta fase son los médicos, aunque muchas veces los ginecólogos son mujeres. Cuando la menopausia coincide con un desengaño amoroso lo suele pasar mucho peor a la mujer y cuando coincide con un enfriamiento de las relaciones sexuales, como a menudo ocurre, la presencia del hombre hace más difícil todavía la menopausia. En cambio, cuando las informantes no están pensando de forma específica en las síntomas que tengan y sí en la menopausia en su conjunto, muchas mujeres insisten en que la existencia de una familia y de una pareja estable que les quiere hace mucho más llevadera la experiencia.

La menopausia y las mujeres: observaciones generales

- Se aprecia un *considerable miedo* en muchas mujeres a *perder su capacidad de ser atractivas y agradables* para las personas de su entorno.
- Para muchas mujeres, la regla y la posibilidad de tener hijos supone *un hito fundamental* en sus vidas. Se trata de un hito fisiológico e 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.
- El *miedo a la soledad* invade muchas mujeres. De hecho, en muchos casos se formaron estrechos lazos con las entrevistadoras ya que consideraban que éstas daban importancia y valor a los problemas que ellas mismas a veces tenían miedo a mostrar en público. Más de una afirmó que había sido la primera vez que había hablado de forma tan sincera sobre esto con una mujer.
- No se pueden comprender los resultados de este estudio sin tener presente diversos aspectos de la sociedad española y de las mujeres dentro de la misma. 1) Por regla general en España existe cierto recelo hacia el estamento médico. Ello lleva a las personas a menudo a automedicarse y, sobre todo, a filtrar las recomendaciones de los médicos por sus propios criterios. No es raro ver personas que, de forma habitual, no hacen caso de lo que dicen los médicos. Este tipo de actitud es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, pero afecta al conjunto de la sociedad. Dicho de otra manera, la medicalización de la vida parece ser menor en España que en países como los EE.UU. No está claro si ello se debe a un menor desarrollo de la sociedad española con

respecto al papel de la medicina formal o, a características estructurales de la sociedad y de la mentalidad españolas. 2) Las mujeres en España son y se consideran muy fuertes y por ello son mucho más capaces que los hombres, y tal vez que las mujeres en otros contextos, de interiorizar sus propios problemas, de no consultar con nadie. 3) Las mujeres tienen a su disposición densas redes sociales, compuestas sobre todo de amigas, compañeras de trabajo y familiares, que utilizan o no de acuerdo con sus necesidades. Todos estos factores ayudan a comprender el menor seguimiento entre ellas de la terapia hormonal recetada (al menos en comparación con mujeres de otros países), su utilización de sus amistades y parientes de manera complementaria y no sistemática, su ambivalencia ante los tratamientos propuestos por los médicos, y la sensación de soledad que a menudo sienten ante el desconcierto que les pueda causar la menopausia.

- Más allá de las enfermedades y de los síntomas concretos, enfrentarse en solitario a la menopausia suele hacer más difícil y complicada la experiencia. Todo cuanto se haga para animar a las mujeres a compartir esta experiencia con médicos, con amistades y parientes y con sus propios parejas e hijos, ayudaría a reducir un aspecto que puede ser tan desagradable como innecesario dentro de la menopausia. Por otro lado, sería aconsejable lograr una más amplia circulación de información sobre la menopausia, tanto en el terreno del debate científico como en la experiencia de la misma. Sería conveniente un mayor esfuerzo educativo en este sentido por parte de todos los estamentos de la sociedad española.

Bibliografía

- ARCHER D. (1996) Hormone replacement therapy and the risk of breast cancer: the continuing controversy. *Menopause*, 3(1):1-2.
- AVIS NE, KAUFERT PA, LOCK M, MCKINLAY SM, VASS K. (1993) The evolution of menopausal symptoms. *Baillieres Clin Endocrinol Metab*. Jan (1):17-32.
- AVIS NE, MCKINLAY SM. (1991) A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*. 13(1):65-79.
- AVIS NE, STELLATO R, CRAWFORD S, et al. (2001) Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med*. 52(3):345-356.
- BARDEL A, WALLANDER MA, SVARDSUDD K. (2002) Hormone replacement therapy and symptom reporting in menopausal women: a population-based study of 35-65-year-old women in mid-Sweden. *Maturitas* 41(1):7-15.
- BARRETT-CONNOR E, GRADY D. (1998) Hormone replacement therapy, heart disease, and other considerations. *Annu Rev Public Health* 19:55-72.
- BARRETT-CONNOR E, WINGARD DL, CRIQUI MH. (1989) Postmenopausal estrogen use and heart disease risk factors in the 1980s. Rancho Bernardo, Calif, revisited. *Jama*. 261(14):2095-2100.
- BARRETT-CONNOR E. (1995) Prevalence, initiation, and continuation of hormone replacement therapy. *Journal of Women's Health*. 4:143-148.

- BERGKVIST L, ADAMI HO, PERSSON I, HOOVER R, SCHAIRER C. (1989) The risk of breast cancer after estrogen and estrogen-progestin replacement. *N Engl J Med.* 321(5):293-297.
- BORAZ MA, SIMKIN-SILVERMAN LR, WING RR, MEILAHN EN, KULLER LH. (2001) Hormone replacement therapy use and menopausal symptoms among women participating in a behavioral lifestyle intervention. *Prev Med.* 33(2 Pt 1):108-114.
- BOSWORTH HB, BASTIAN LA, KUCHIBHATLA MN, et al. (2001) Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med.* 63(4):603-608.
- BOULET MJ, ODDENS BJ, LEHERT P, VEMER HM, VISSER A. (1994) Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. *Maturitas* 19(3):157-176.
- BRINTON LA, SCHAIRER C. (1997) Postmenopausal hormone-replacement therapy--time for a reappraisal? *N Engl J Med.* 336(25):1821-1822.
- CALVARESI E, BRYAN J. (2003) Symptom experience in Australian men and women in midlife. *Maturitas* 44(3):225-236.
- CHIM H, TAN BH, ANG CC, CHEW EM, CHONG YS, SAW SM. (2002) The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas.* 41(4):275-282.
- EWERTZ M. (1996) Hormone therapy in the menopause and breast cancer risk--a review. *Maturitas* 23:241-246.
- GRADY D, HERRINGTON D, BITTNER V, et al. (2002) Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *Jama.* 288(1):49-57.
- GRADY D, RUBIN SM, PETITTI DB, et al. (1992) Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Intern Med.* 117(12):1016-1037.
- GRIZZO JA, FREEMAN E, MAURIN E, GARCIA-ESPANA B, BERLIN J. (1999) Racial differences in menopause information and the experience of hot flashes. *Journal of General Internal Medicine* 14:98-103.
- GRODSTEIN F, STAMPFER MJ, MANSON JE, et al. (1996) Postmenopausal estrogen and progestin use and the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med.* 335(7):453-461.
- HARLOW SD, CRAWFORD SL, SOMMER B, GREENDALE GA. (1997) Self-defined menopausal status in a multi-ethnic sample of midlife women. *Maturitas.* 36(2):93-112.
- HEMMINKI E, MCPHERSON K. (1997) Impact of postmenopausal hormone therapy on cardiovascular events and cancer: pooled data from clinical trials. *Bmj* 315(7101):149-153.
- HULLEY S, FURBERG C, BARRETT-CONNOR E, et al. (2002) Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *Jama* 288(1):58-66.
- HULLEY S, GRADY D, BUSH T, et al. (1998) 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.* 280(7):605-613.

- JOHANNES CB, CRAWFORD SL, POSNER JG, MCKINLAY SM. (1994) Longitudinal patterns and correlates of hormone replacement therapy use in middle-aged women. *Am J Epidemiol.* 140(5):439-452.
- KAM IW, DENNEHY CE, TSOUROUNIS C. (2002) Dietary supplement use among menopausal women attending a San Francisco health conference. *Menopause.* 9(1):72-78.
- KAUFERT P, LOCK M, MCKINLAY S, et al. (1986) Menopause research: the Korpilampi workshop. *Soc Sci Med.* 22(11):1285-1289.
- KAUFERT P, SYROTUICK J. (1981) Symptom reporting at the menopause. *Soc Sci Med.* 22(11):173-184.
- KRAVITZ HM, DO, MPH; PATRICIA A. GANZ, MD; JOYCE BROMBERGER, PHD; LYNDA H. POWELL, PHD; KIM SUTTON-TYRRELL, PHD; PETER M. MEYER, PhD. (2003) Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause.* 10(1):19-28.
- LEUNG TN, HAINES CJ, CHUNG TK. (2001) Five-year compliance with hormone replacement therapy in postmenopausal Chinese women in Hong Kong. *Maturitas.* 39(3):195-201.
- LOCK M. (1993) *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America.* Berkeley: University of California Press..
- MCKINLAY JB, MCKINLAY SM, BRAMBILLA DJ. (1987) Health status and utilization behavior associated with menopause. *Am J Epidemiol.* Jan 125(1):110-121.
- MCKINLAY S, MCKINLAY J. (1984) *Health status and health care utilization by menopausal women.* In: Mastroianni L, Paulsenn C, eds. *Aging, Reproduction, and the Climacteric.* New York: Plenum Press, 243-262.
- MCKINLAY SM, BIFANO NL, MCKINLAY JB. (1985) Smoking and age at menopause in women. *Ann Intern Med.* 103(3):350-356.
- MCKINLAY SM, BRAMBILLA DJ, POSNER JG. (1991) The normal menopause transition. *Maturitas.* 14(2):103-115.
- MINGO C, HERMAN CJ, JASPERSE M. (2000) Women's stories: ethnic variations in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy, and hormone replacement therapy. *J Womens Health Gend Based Med.* 9(Suppl 2):S27-38.
- OBERMEYER CM, GHORAYEB F, REYNOLDS R. (1999) Symptom reporting around the menopause in Beirut, Lebanon. *Maturitas.* 33(3):249-258.
- OBERMEYER CM, SAHEL A, HAJJI N, SCHULEIN M. (2001) Physicians' perceptions of menopause and prescribing practices in Morocco. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;73(1):47-55.
- OBERMEYER CM, SCHULEIN M, HAJJI N, AZELMAT M. (2002) Menopause in Morocco: symptomatology and medical management. *Maturitas* 41(2):87-95.
- OBERMEYER CM. (2000) Menopause across cultures: a review of the evidence. *Menopause* 7(3):184-192.
- OBERMEYER, C. MAKHLOUF, R. REYNOLDS, K. PRICE, AND A. ABRAHAM. (2004) Therapeutic decisions at menopause: Results of the DAMES study in Central Massachusetts. Forthcoming in *Menopause.*
- ODDENS BJ, BOULET MJ, LEHERT P, VISSER AP. (1992) Has the climacteric been medicalized? A study on the use of medication for climacteric complaints in four countries. *Maturitas* 15(3):171-181.

- PETITTI DB. (1998) Hormone replacement therapy and heart disease prevention: experimentation trumps observation. *Jama*. 280(7):650-652.
- REYNOLDS RF, OBERMEYER CM, WALKER AM, GUILBERT D. (2002) The role of treatment intentions and concerns about side effects in women's decision to discontinue postmenopausal hormone therapy. *Maturitas*. 43(3):183-194.
- REYNOLDS RF, OBERMEYER CM. (2003) Correlates of the age at natural menopause in Morocco. *Ann Hum Biol*. 30(1):97-108.
- ROSSOUW JE, ANDERSON GL, PRENTICE RL, et al. (2002) Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*. Jul 17 288(3):321-333.
- SARREL L, SARREL P. (1994) *Helping women decide about hormone replacement therapy: approaches to counselling and medical practices*. In: Berg G, Hammar M, eds. *The Modern Management of Menopause*. New York: The Parthenon Publishing Group; 499-509.
- SCHNEIDER HP, HEINEMANN LA, ROSEMEIER HP, POTTHOFF P, BEHRE HM. (2000) The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*. 3(1):59-64.
- SPETZ A-CE, MD; MATS G. FREDRIKSSON, PHD; MATS L. HAMMAR, MD, PHD. (2003) Hot flushes in a male population aged 55, 65, and 75 years, living in the community of Linköping, Sweden. *Menopause*. 10(1):81-87.
- STAMPFER MJ, COLDITZ GA, WILLETT WC, et al. (1991) Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease. Ten-year follow-up from the nurses' health study. *N Engl J Med*. 325(11):756-762.
- STANFORD JL, WEISS NS, VOIGT LF, DALING JR, HABEL LA, ROSSING MA. (1995) Combined estrogen and progestin hormone replacement therapy in relation to risk of breast cancer in middle-aged women. *Jama*. 274(2):137-142.
- STERNFELD B, CAULEY J, HARLOW S, LIU G, LEE M. (2000) Assessment of physical activity with a single global question in a large, multiethnic sample of midlife women. *Am J Epidemiol*. 152(7):678-687.
- STRICKLAND OL, DUNBAR SB. (2000) The perceptions of menopause of African-American and white women and affect on willingness to participate in a HRT clinical trial. *J Natl Black Nurses Assoc*. 11(1):43-50.
- UTIAN W, SCHIFF I. (1994) NAMS-Gallup survey on women's knowledge, information sources, and attitudes towards menopause and hormone replacement therapy. *Menopause*. 1:39-48.
- VANHALL EV, VERDEL M, VELDEN JVD. (1994) 'Perimenopausal' complaints in women and men: a comparative study. *Journal of Women's Health*. 1:45-49.
- VON MUHLEN DG, KRITZ-SILVERSTEIN D, BARRETT-CONNOR E. (1995) A community-based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. *Maturitas* 22(2):71-78.

Índice de tablas, ilustraciones y mapa

Tabla 1 Distribución territorial de la muestra total y de las distintas submuestras.	8
Tabla 2 Distribución de la muestra teórica, de los contactos realizados y de las entrevistas	11
Tabla 3 Porcentajes de error, rechazo y éxito del trabajo	12
Tabla 4 Porcentajes de rechazo, error y éxito según el nivel de renta de los Distritos Municipales	14
Tabla 5 Estructura de edad de las mujeres entrevistadas	17
Tabla 6 Distribución según los ingresos anuales del hogar	17
Tabla 7 Distribución de las mujeres según el nivel de estudios terminado	18
Tabla 8 Distribución porcentual de las mujeres según el número de hijos residiendo en el hogar y la edad de la madre	19
Tabla 9 Ceses de menstruación. Porcentajes sobre los grupos de edad y el total de mujeres	19
Tabla 10 Distribución de las mujeres según su situación menopausia	20
Tabla 11 Distribución de las mujeres según la edad de cese de los periodos menstruales naturales	21
Tabla 12 Distribución de las mujeres según la incidencia de los síntomas ordenados.	23
Tabla 13 Distribución de las mujeres según los síntomas agrupados.....	24
Tabla 14 Síntomas según edad y nivel de significación	25
Tabla 15 Síntomas según estatus de menopausia	26
Tabla 16 Comparación de síntomas entre la Menopausia Quirúrgica y la Premenopausia	28
Tabla 17 Mujeres agrupadas según e número de síntomas y estatus de menopausia	29
Tabla 18 Síntomas según retirada de la regla	29
Tabla 19 Síntomas con significación estadística según el nivel de ingresos	32
Tabla 20 Síntomas con significación estadística según el nivel de estudios terminados	33
Tabla 21 Síntomas con significación estadística según tipo de trabajo	33
Tabla 22 Síntomas con significación estadística según oficio/puesto de trabajo	33
Tabla 23 Síntomas con significación estadística según estado civil.....	34
Tabla 24 Síntomas con significación estadística según residencia con los hijos y pareja	35
Tabla 25 Síntomas con significación estadística según realización de ejercicio moderado o fuerte	35
Tabla 26 Consulta al médico o personal sanitario sobre la menopausia	40
Tabla 27 Consulta al médico o personal sanitario según distintas variables	41
Tabla 28 Consulta con amigas y familiares que han pasado la menopausia	44
Tabla 29 Consulta con amigas o familiares que han pasado la menopausia según variables	45
Tabla 30 Utilización de la Terapia Hormonal	47
Tabla 31 Receta y Utilización de Terapia Hormonal según sistema de salud	48
Tabla 32 Receta y utilización de Terapia Hormonal según nivel de estudios	48
Tabla 33 Receta y utilización de la Terapia Hormonal según la edad.....	49
Tabla 34 Receta y utilización Terapia Hormonal según estado menopausia	50
Tabla 35 Utilización y receta de Terapia Hormonal según síntomas	50
Tabla 36 Seguimiento de la Terapia Hormonal según situación respecto a la menopausia.....	52
Ilustración 1 Protocolo del trabajo de campo.....	10
Mapa 1 Porcentaje de éxito alcanzado en cada Distrito Municipal	13

Anexos

Documento 1: Preguntas abiertas, porcentajes de respuestas y criterios básicos de explotación.

Documento 2: Carta presentación investigación a las Mujeres

Documento 3: Informe sobre la experiencia de trabajo elaborado por las propias entrevistadoras

Documento 1

Preguntas abiertas, porcentajes de respuestas y criterios básicos de explotación

Preguntas abiertas y preguntas no codificadas: índice de respuestas			
Núm.	Pregunta	Nº res- puestas	% res- puestas
V8	cambios de la situación laboral	49	16,3
V14	¿en qué trabaja?	215	71,7
V17	cambios de la situación del hogar	93	31,0
V19	cambios en la vida	113	37,7
V25a	comentarios sobre el ejercicio	232	77,3
V31	¿que ha pasado en cuanto a los embarazos que no han llegado a termino o han nacido muertos?	79	26,3
V36	preocupaciones o reparos sobre los anticonceptivos	129	43,0
V37	estado de salud actual	298	99,3
V39	estado de salud actual en comparación con otras mujeres	299	99,7
V42	cambios en su salud: ¿qué ha notado?	132	44,0
V44	¿que hizo con respecto a los cambios de salud?	97	32,3
V46	enfermedades crónicas – explicación	90	30,0
V48	cirugía	226	75,3
V50	medicamentos recetados	187	62,3
V52	medicamentos sin receta	149	49,7
V63	problemas con el ciclo menstrual	152	50,7
V65	cambios del periodo menstrual en diferentes etapas de la vida	184	61,3
V661	comentarios sobre los síntomas : sofocos	114	38,0
V662	comentarios sobre los síntomas: palpitaciones	61	20,3
V663	comentarios sobre los síntomas: presión/dolor del pecho	31	10,3
V664	comentarios sobre los síntomas: sin aliento/dificultad en respiración	47	15,7
V665	comentarios sobre los síntomas: dolores de cabeza	117	39,0
V666	comentarios sobre los síntomas: mareos	69	23,0
V667	comentarios sobre los síntomas: problemas con el sueño	143	47,7
V668	comentarios sobre los síntomas: sudores nocturnos	68	22,7
V669	comentarios sobre los síntomas: entumecimiento	81	27,0
V6610	comentarios sobre los síntomas: debilidad/cansancio	88	29,3

Preguntas abiertas y preguntas no codificadas: índice de respuestas			
Núm.	Pregunta	Nº res- puestas	% res- puestas
V6611	comentarios sobre los síntomas: dolor en articulaciones	115	38,3
V6612	comentarios sobre los síntomas: aumento de peso	128	42,7
V6613	comentarios sobre los síntomas: síntomas gastrointestinales	65	21,7
V6614	comentarios sobre los síntomas: incontinencia urinaria	86	28,7
V6615	comentarios sobre los síntomas: sequedad vaginal	67	22,3
V6616	comentarios sobre los síntomas: cambio en el deseo sexual	96	32,0
V6617	comentarios sobre los síntomas: coito doloroso	38	12,7
V6618	comentarios sobre los síntomas: problemas con el estado emocional	92	30,7
V6619	comentarios sobre los síntomas: angustia	44	14,7
V6620	comentarios sobre los síntomas: nerviosismo	103	34,3
V6621	comentarios sobre los síntomas: depresión	66	22,0
V6622	comentarios sobre los síntomas: cambios de humor	92	30,7
V6623	comentarios sobre los síntomas: impaciencia	71	23,7
V6624	comentarios sobre los síntomas: dificultad para concentrarse	61	20,3
V6625	comentarios sobre los síntomas: pérdida de memoria	105	35,0
V6626	otros síntomas	34	11,3
V6627	otros síntomas	3	1,0
V68	¿qué síntomas molestaron más?	234	78,0
V71	descripción de la consulta con un médico o personal sanitario	209	69,7
V72	¿tiene la intención de consultar a un médico o con personal sanitario?	73	24,3
V74	¿ha hablado con otras personas acerca de las opciones que a su alcance?	43	14,3
V76	¿ha hablado con sus amigas o familiares acerca de su experiencia con la menopausia?	258	86,0
V78	¿dónde ha encontrado información adicional sobre la menopausia?	173	57,7
V80	¿piensa conseguir información adicional acerca de la menopausia (aparte de las fuentes sanitarias)?	21	7,0
V81	terapia hormonal no para la menopausia	25	8,3
V83	¿por qué no siguió el tratamiento?	16	5,3
V85	el nombre del medicamento?	52	17,3
V90	¿hay efectos secundarios?	22	7,3
V92	comentarios sobre los efectos secundarios	27	9,0
V94	¿que recomendó el médico para los efectos secundarios?	20	6,7
V96	ajuste del tratamiento hormonal por cuenta propia	8	2,7
V98	¿por qué ha suspendido el tratamiento?	25	8,3
V100	beneficios de la terapia hormonal	49	16,3
V101	comentarios sobre la posible terapia hormonal en el futuro	147	49,0

Preguntas abiertas y preguntas no codificadas: índice de respuestas			
Núm.	Pregunta	Nº res- puestas	% res- puestas
V102	cambios de opinión sobre la necesidad de tomar medicamento	275	91,7
V103	factores de importancia en la toma de decisión ante la menopausia	299	99,7
V104	preocupación sobre los riesgos para la salud	203	67,7
V106	¿porqué es la menopausia una etapa difícil	168	56,0
V108	beneficios de menopausia	163	54,3
V109	comparación de su experiencia con la de otras mujeres	300	100,0
V110	planes en relación con la menopausia	298	99,3
V112	notas del entrevistador	197	65,7

Nota explicativa:

Este instrumento contiene varias preguntas que no se han codificado de antemano. Hay preguntas, como la 8, 14, 17 o 19, donde la respuesta es muy corta y que se codifica con posterioridad a la entrevista. También hay preguntas que solicitan información acerca de operaciones que han tenido las mujeres, de condiciones crónicas o de medicamentos que toman o que han sido recetados para ellas. Como ejemplos cabe señalar las preguntas 46, 48, 50, 52 o 78. También hay preguntas que normalmente reciben respuestas cortas, bastante directas, como son, por ejemplo, todo el juego de preguntas con comentarios acerca de los síntomas (661-662). Por fin hay preguntas en las que se pide a las mujeres que expresen su parecer acerca de lo que les ocurre en esta etapa de sus vidas. Aquí las respuestas pueden ser cortas, aunque a veces son bastante largas (de varias líneas de texto). Mientras casi todas las mujeres contestaron a casi todas las preguntas 'cerradas' y precodificadas, el nivel de respuesta a las preguntas abiertas varía enormemente (desde una tasa de respuesta de 1 al 100 por ciento). La predisposición de las mujeres a responder a estas preguntas y la extensión y riqueza de sus respuestas dependen tanto de la forma de ser de la mujer como de la capacidad de la entrevistadora para animarle a hablar. En la Tabla xxx se recoge una lista completa de todas las preguntas abiertas, así como los niveles de respuesta que recibieron cada una de ellas.

Documento 2

Carta presentación investigación a las Mujeres

-- octubre de --

Estimada señora:

En colaboración con investigadores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard (USA), la Universidad Complutense de Madrid está llevando a cabo un importante proyecto de investigación sobre las mujeres que están pasando la menopausia o que están a punto de entrar en ella. Este proyecto, además de en España, se está realizando en otros tres países para poder comparar las experiencias que otras mujeres de diferentes sociedades están teniendo en esta etapa.

La experiencia de la menopausia es vivida de forma muy distinta por las mujeres. Algunas la consideran una fase difícil de sus vidas, mientras otras la pasan sin apenas problemas; algunas consultan a sus médicos y utilizan medicamentos, mientras otras no lo hacen; y las decisiones que toman al respecto no son siempre fáciles.

A fin de ayudarnos a comprender mejor este proceso, en colaboración con el Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Madrid del que depende su Programa de Menopausia, se ha elaborado una muestra aleatoria de mujeres entre 45 y 55 años de edad. Usted ha sido seleccionada por encontrarse dentro de estas edades y pensamos que todo lo que nos puede contar será de mucha utilidad para conocer lo que piensan las mujeres que están en una fase de sus vidas similar a la suya. Por ello le queremos pedir su colaboración, que en cualquier caso siempre será voluntaria.

Su participación es fácil. En los próximos días, una investigadora de la Universidad Complutense le telefoneará o le visitará para preguntarle si está dispuesta a participar en este estudio. Concertarán una entrevista con usted que durará aproximadamente media hora y que tendrá lugar donde y cuando sea más conveniente para usted. Las preguntas tratan de varios temas relacionados con la salud y la utilización o no de médicos y de medicamentos. Usted podrá saltarse cualquier pregunta que encuentre difícil o que prefiera no contestar.

Le volvemos a reiterar que su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria. Si prefiere que no nos pongamos en contacto con usted, puede llamar a la coordinadora del proyecto, Beatriz Echeverri, teléfono nº 913889019. Si le sale un contestador automático, puede dejar un mensaje. También podrá decirnos si está dispuesta a colaborar o no cuando una de nuestras investigadoras se ponga en contacto con usted. Cualquier duda que pudiera tener acerca del proyecto y su participación en él, no deje de ponerse en contacto con nosotros en el mismo teléfono.

Toda la información contenida en estos cuestionarios es confidencial. Sus respuestas serán codificadas sin su nombre. Sólo nuestro equipo de investigación conocerá su identidad como participante, y los resultados referidos a usted serán siempre privados.

Esperamos que los resultados que obtengamos ayuden a comprender mejor cómo pasan las mujeres esta etapa de sus vidas. En otros lugares donde hemos desarrollado este proyecto, a las mujeres entrevistadas les gustaba hablar de sus experiencias y se sintieron identificadas con nuestro proyecto. Creemos y deseamos que usted también lo encuentre interesante.

Agradeciendo de antemano su ayuda en este proyecto, aprovecho la ocasión para mandarle un cordial saludo.

David Reher
Catedrático de Sociología
Universidad Complutense de Madrid

p.d. Para agradecer su colaboración, cada participante recibirá un pequeño certificado de regalo de 10 euros del Corte Inglés.

Documento 3

Informe sobre la experiencia de trabajo elaborado por las propias entrevistadoras¹⁰

Informe de las entrevistadoras: Evaluación de la experiencia
Mayo de 2003

1. – Experiencias y problemas en la toma de contacto

1.1. *Principales dificultades*

- Un **alto porcentaje de mujeres trabajaban fuera de la casa, con lo cual resultó difícil localizarlas en la primera llamada**. El contacto se realizaba a última hora de la tarde tras haber hecho un buen número de llamadas y dejado mensajes en el contestador; o bien se decidía directamente hacer llamadas en 4 franjas horarias (mañana, mediodía, tarde y noche). Muchas mujeres se han contactado, además, los fines de semana.
- Cuando **la mujer no se encontraba en el domicilio** se daban dos situaciones:
 - Si **saltaba el contestador**, se ha dejado el recado (nombre y nº de teléfono) y pocas mujeres han llamado para aceptar o rechazar la cita.
 - Si se dejaba un **mensaje a otro miembro de la familia** (maridos/compañeros e hijos), generalmente requerían más información acerca del estudio y manifestaban extrañeza de que la Universidad quisiera ponerse en contacto con su mujer/compañera o madre.
 - En ambos casos, cuando se contactaba finalmente con la señora, tras haberle dejado el mensaje, éstas se manifestaban bastante interesadas porque entendían que realmente la carta no se había enviado a cualquiera y el interés se centraba efectivamente en ellas.

1.2. *La carta y el contacto telefónico.*

- La **carta de presentación** ha sido de gran ayuda, facilitando el trabajo por varios motivos:
 - Daba credibilidad a la llamada telefónica.
 - Ha dado seriedad al proyecto, al explicar ampliamente los objetivos de las entrevistadoras y mostrar el respaldo de la Universidad Complutense, permitiendo que las mujeres vieran que el estudio no tenía connotaciones comerciales.
 - Muchas mujeres tomaron la iniciativa de ponerse en contacto con las coordinadoras, tanto para aceptar la entrevista como para rechazarla.

¹⁰ Las autoras de este anexo han sido Charo Bustamante, Miriam Bustamante, Beatriz Echeverri, Mónica Eula, Beatriz León y Laura Lorenzo.

- En el **contacto telefónico** se les explicaba más detenidamente en qué consistía la entrevista, cuánto duraba, etc., y después de los primeros contactos, se utilizó la táctica de decirles que no duraría más de 30 minutos y que se preguntarían cuestiones muy sencillas acerca de hábitos de vida y de su experiencia con la menopausia. Esto facilitó concertar entrevistas, porque a las mujeres les preocupaba y preguntaban sobre la duración de la misma y además, algunas, al recibir la carta de la Facultad pensaban que las preguntas iban a ser muy complicadas y se sentían incapaces de contestarlas (muchas decían “no sé si te sabré contestar porque no tengo estudios”). Hay que tener en cuenta, sin embargo, que casi en todos los casos las entrevistas duraban más de media hora y esto no les preocupaba en el momento, cuando estaban sentadas hablando y sin prisa (muchas duraban 1 hora u hora y media).
- **Si bien en algunos casos la primera reacción fue de desconfianza**, en general se ha percibido **muy buena predisposición a la colaboración, muchas mujeres cogieron la propuesta con total candidez y generosidad**. Los motivos de esta disposición pueden haber sido varios:
 - Cuando ellas se daban cuenta que las entrevistadoras sabían que se trataba de mujeres que están pasando o han pasado o tienen muy cerca la menopausia les llamaba la atención, sentían que se había llegado a su fibra sensible y surgía una cierta complicidad que contribuyó a su colaboración.
 - Deseos de contar su experiencia a alguien.
 - Interés por el tema del estudio, entendiéndolo que tenía un valor muy importante.
 - Mujeres habituadas a colaborar, que tienen por costumbre hacerlo siempre.
 - Motivadas por el cheque regalo.
- En ciertas ocasiones, las mujeres más jóvenes se sentían un poco ofendidas por la llamada y se apresuraban a decir que ellas no estaban menopáusicas.
- **También ha habido un alto número de entrevistas rechazadas** (en esto, la experiencia no fue igual para todas las entrevistadoras que realizaron los contactos, algunas tuvieron mejores resultados que otras). **Los motivos de los rechazos fueron los siguientes:**
 - La mayoría lo justificó en una falta de tiempo, con rechazos generalmente acompañados de una disculpa (“lo siento mucho”, “me encantaría pero no tengo tiempo”, “podrías hacérmela por teléfono” ...) En estos casos, muchas se ofrecían a hacer la entrevista por teléfono aunque se les decía que esto era imposible.
 - Las que no aceptan por tratarse de un asunto íntimo del que no querían hablar o porque en definitiva no querían.
 - En algunos pocos casos las mujeres también se han negado diciendo que no les interesaba en absoluto participar debido a que su experiencia carecía de importancia.
 - Finalmente, se considera que la extrañeza provocada por una llamada de parte de la UCM, un organismo apartado de su experiencia diaria y que se refiriera a algo tan íntimo como la menopausia, conjuntamente con la desconfianza por el acento suramericano de la persona que se comunicaba, puede haber dado también un argumento para el rechazo.

- Una de las entrevistadoras se plantea la posibilidad de que el mayor índice de rechazo se haya producido en los distritos con mayor presencia de inmigrantes.
- Algunas **observaciones relacionadas con la desconfianza:**
 - A pesar del interés suscitado entre las mujeres en nuestra investigación al recibir la carta y en la llamada telefónica, la forma de disponer de sus datos personales era un tema recurrente que les inquietaba.
 - algunas mujeres interesadas en el proyecto, pero con desconfianza, optaban por realizar la entrevista fuera de la casa, en una cafetería, en el trabajo, en el consultorio médico, etc.

1.3. Concertación de la entrevista: facilidades y dificultades.

- **Horarios.** Si las mujeres tenían flexibilidad era posible montar varias citas consecutivas para rentabilizar el tiempo, pero esto ha sido muy difícil, y fue necesario adaptarse a su disponibilidad, así varias de las entrevistas se han realizado en el puesto de trabajo y cuando dejaban a los niños en el colegio.
- **Cuando las entrevistadoras asumieron funciones de coordinadoras,** realizaron un esfuerzo particular al concertar entrevistas para otras entrevistadoras y esta tarea se desarrolló de manera óptima, logrando compaginar la intención de optimizar el tiempo de la entrevistadora y la disponibilidad de la señora. Las dificultades fueron mayores cuando una de las coordinadoras tuvo que concertar entrevistas para 4 personas al mismo tiempo, tratando de hacer una distribución equitativa. En estos casos no fue posible que cada una asumiera un distrito propio y todo se organizó en función de los horarios.
- En algunas ocasiones (no fueron muchas), las mujeres que habían recibido la carta, se adelantaron a las llamadas poniéndose ellas mismas en contacto con las coordinadoras para rechazar la entrevista, o bien para confirmar su participación, motivadas en este último caso, por su alto interés en no perder la oportunidad de colaborar. Esto facilitó el trabajo.
- La **disponibilidad que en general se planteó por parte de las entrevistadoras** para adaptarse al horario de las mujeres, el hecho de decirles que la entrevista se realizaría en el día, la hora y lugar que a ellas les viniera mejor, **hizo que estuvieran más dispuestas a cooperar y facilitar la cita.**
- Un problema fue los **errores en el padrón**, datos que no estaban actualizados y mucha gente con teléfonos que no pertenecían a telefónica sino a otras compañías (Jazztel, retelevisión etc.) y a los que no se podía acceder. En estos casos, **se decidió visitar el domicilio para localizar a la mujer personalmente o dejar una nota para realizar otras visitas con posterioridad, lo que implicó un esfuerzo adicional en el trabajo.**
- Algunas veces fueron positivos los resultados conseguidos en estas visitas, puesto que **en varios casos se logró conseguir el teléfono o hablar directamente con la señora** y concertar la cita. Aunque esta experiencia también fue diferente

según las entrevistadoras, algunas tuvieron que realizar más de una visita al domicilio para localizarla.

- **La nota que se decidió elaborar para dejar en los domicilios, cuando no se encontraba a la mujer, sirvió para que en algunos casos las mujeres se anticiparan y llamaran comunicando su decisión** (aceptación o rechazo) o incluso aclarando si había algún error con la persona a la que iba dirigida.
- Otro problema que se puede señalar es que el hecho de tener que ser una **entrevista personal** ha frustrado algunas posibles entrevistas que las mujeres estaban dispuestas a realizar vía telefónica.

2.- Desarrollo de la Entrevista: Aspectos de interés.

2.1. Localización de la entrevista

- La mayor parte de las mujeres han preferido realizar la entrevista **en su domicilio**.
- **También se realizaron entrevistas en otros sitios:** bares o cafeterías, el domicilio de un familiar, el consultorio médico (al que asistía la señora para una consulta personal) y el lugar de trabajo.
- **Los motivos más comunes para hacer la entrevista fuera del domicilio,** han sido:
 - Probablemente, utilizar un espacio que diera mayor confianza por el miedo a meter alguien en casa.
 - Estar más cómodas sin la presencia del marido, o los padres (cuando estos viven en la casa) u otros miembros de la familia si esta es numerosa.
 - Obras en el domicilio.
 - Porque al tema no lo habían hablado antes ni con sus hijos ni con su marido, y preferían seguir en el silencio y no ser escuchadas por ellos.
- **En general el ambiente físico no ha sido obstáculo para realizar la entrevista,** sin embargo en los bares a veces se complicaba si había mucho bullicio, y en alguna realizada en el lugar de trabajo resultó realmente difícil porque a cada momento interrumpían los clientes, en algunos casos, señoras que intentaban intervenir en la entrevista.

2.2. Horarios de la entrevista

- Las mujeres que trabajaban fuera de casa preferían que la entrevista se realizara después de su horario laboral normalmente por las tardes (las funcionarias preferían que la entrevista se realizara en el horario de trabajo, en la pausa para el desayuno) y las amas de casa por las mañanas ya que decían que así habría mayor tranquilidad.
- **Ha prevalecido la diversidad en los horarios,** desde las 9 hasta incluso en algún caso, después de las 21 horas. Lo importante fue **adaptarse a su disponibilidad y conveniencia.**

2.3. Entrevista con acompañantes

- **En algunos casos las entrevistas se han iniciado con la presencia de otras personas** (miembros de la familia como hijos, maridos o padres, hermana, aunque también amigas y vecinas).
- **En la mayoría de los casos estas personas no permanecían hasta el final de la entrevista**, se retiraban apenas conocían a la entrevistadora o después de escuchar las primeras preguntas del cuestionario. Esto hace suponer que **su presencia estaba principalmente motivada por miedos o desconfianzas**.
- **En los casos en que el acompañante ha permanecido durante toda la entrevista participaba activamente**, y en algún caso esto sirvió para **ayudar a la entrevistada** a recordar cosas, **pero en otros, generó complicaciones**, siendo difícil controlar que la tercera persona no interviniese demasiado, o incluso algunas preguntas no se contestaban con la misma naturalidad que si la mujer hubiese estado sola.

2.4. Introducción a la entrevista y preguntas más frecuentes

- Aunque a algunas mujeres no les interesaba la introducción en sí misma y cuando aceptaban la entrevista ya estaban dispuestas a todo, en su mayoría coincidían en estar **interesadas en conocer más detalles del estudio**, aunque hubieran leído la carta.
- El otro **tema clave y recurrente sobre el que preguntaban era cómo se había llegado a ellas (¿cómo habéis dado conmigo? ¿Cómo sabéis que estoy pasando por la menopausia? ¿de dónde habéis sacado mi dirección y teléfono?)**. Una vez que se les explicaba cómo había sido hecha la selección de la muestra y que los datos habían sido proporcionados por el Ayuntamiento, se tranquilizaban. Sólo hubo unas escasas excepciones de mujeres, de los cuales una se mostró indignada porque sus datos estuvieran rodando por ahí y otra se puso muy brusca por la carta que había recibido, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de un tema íntimo y personal.
- **Con respecto a la confidencialidad**, mientras que algunas mujeres mostraban su tranquilidad cuando se comentaba el tema, otras (que ya habían leído la carta) consideraban insistente que se recordara, mucho más la pregunta sobre si estaba de acuerdo con hacer la entrevista, lo que interpretaban como una redundancia.
- En esta introducción, **algunas entrevistadoras aplicaron una pequeña táctica que lograba despertar cierta empatía en las mujeres y que sus respuestas fueran más detalladas**. Se trataba de **decirles que llamaran a la entrevistadora por su nombre de pila** mientras que a la entrevistada se la seguía llamando de usted a no ser que pidieran lo contrario. Así parecían relajarse y se sentían "entre mujeres".

3.- Desarrollo de la entrevista: Percepciones subjetivas acerca del cuestionario.

- Considerando el cuestionario integralmente, se ha detectado algún nivel de incomodidad frente al **primer bloque de preguntas (Información demográfica básica)** por parte de algunas entrevistadas, quienes cuestionaban la relación que tenían esas preguntas con la menopausia. En este bloque destaca la **pregunta 9 (ingresos familiares)** que en varios casos no fue contestada por negarse la entrevistada o manifestar que los desconocían. Una de ellas, incluso argumento: “yo por principio, nunca contesto este tipo de preguntas”. En el caso de las **preguntas 16 – 18 (cambios en su hogar / en su vida)** en general ha habido que delimitarlas ya que mezclaban la contestación.
- Con respecto **a los otros bloques**, la generalidad es que las preguntas se han respondido con naturalidad por parte de las mujeres. Algunas especificaciones que no necesariamente han sido comunes a todas las entrevistadoras:
 - **Pregunta 24-25 (ejercicio suave/moderado)** Ha habido una tendencia generalizada por parte de las mujeres a considerar ejercicio moderado todo aquel que lo hacían con cierta constancia (el ir al gimnasio todas las semanas varios días) y no tanto que les supusiera aceleramiento respiratorio ya que muchas de ellas hacían yoga. El ejercicio suave casi todas lo consideraban andar, pasear.
 - **Pregunta 45 (enfermedades crónicas):** se han planteado diferencias entre las mujeres acerca de la enfermedad que consideraba crónica o no. Las entrevistadoras se han limitado a anotar lo que las mujeres valoraban según su propio criterio (el de las mujeres).
 - **Preguntas 49-51 (medicación recetada/no recetada).** Problemas a la hora de anotar el nombre de la medicación cuando las entrevistas se hacían en cafeterías o en el puesto de trabajo, normalmente no sabían el nombre exacto de lo que tomaban. Cuando se hacía en sus casas se les pedía que mostraran los medicamentos para anotar correctamente el nombre.
 - **Pregunta 51 (medicamentos que no requieren receta):** en algún caso indicaban que aunque son medicamentos que no requieren receta (especialmente los “naturales” relacionados con la menopausia), habían sido recomendados por el médico.
 - **Pregunta 66 (síntomas):** Aunque se preguntaba por los síntomas en el último mes, las mujeres tenían necesidad de contar que sí los habían tenido con anterioridad. Por eso, en algún caso las entrevistas en esta pregunta incluyen la aclaración “antes sí, ahora no”. En muchos casos, hay síntomas que las mujeres explican que en el último mes lo han sentido, pero que consideran que es algo que han sufrido “toda la vida”. También muchas comentaban que determinados síntomas los tenían pero ellas no consideraban que se atribuyera a la menopausia, o incluso en algún caso preguntaban a la entrevistadora “¿eso se debe a la menopausia?”, “¿eso me va a pasar?”. alguna de las entrevistadoras ha tenido la sensación de que el cuestionario en este punto podía estar agobiando a la señora que todavía no había entrado directamente en la menopausia transmitiéndole la idea de que esta etapa puede generar muchos problemas.

- **Preguntas 67-69 (síntomas que molestaron más/lo consultó con el médico)** En algunos casos se ha marcado poco en el apartado B-C ya que muchas mujeres contestaban "todos me han molestado por igual y no lo he consultado con un médico".
- **Pregunta 70 (consulta al médico):** Según algunas experiencias, se podría destacar el contenido de esta pregunta porque las mujeres cuando relatan la consulta cuentan detalles de sus principales dudas y temores sobre el tema. Por determinadas respuestas, pareciera además verse, en algunos casos, una tendencia a que exista mayor confianza con el médico de cabecera porque es a quien se ve con mayor frecuencia, dentro del sistema sanitario público. Además, pueden aparecer algunos elementos para analizar la diferencia entre el sistema sanitario público y el privado.
- **Preguntas 73-75 (consultado menopausia no con médicos/amigos, familiares)** Estas preguntas también se cruzaban entre sí algunas veces. Se empezaba preguntando la 73 y la respuesta era "con amigas, vecinas, " y luego, al formular la 75, la contestación se volvía a repetir. Había que explicar la diferencia.
- **Pregunta 76 (experiencia de otras mujeres):** otra pregunta que tiene mucho contenido interesante.
- **Pregunta 81 y sig. (terapia hormonal):** resultan llamativos los pocos casos de respuestas afirmativas. En los casos en que había tratamiento hormonal no siempre existía claridad para dar la información: mayor confusión cuando se trataba de parches, en el caso de las pastillas muchas las tomaban de manera irregular, en algún caso tampoco tenían muy claro que el tratamiento tuviese relación con la menopausia, algunas mujeres no sabían cuál era el estrógeno y cuál era la progesterona (sobre todo cuando no se tenía el medicamento a la vista), entre otras situaciones. Muchas mujeres también se mostraron reacias a la terapia hormonal y en este sentido tal vez influya el concepto difundido a través de los MMCC, de los mismos ginecólogos o por las experiencias de amigas y otras personas cercanas. Muchas mujeres prefieren otro tipo de soluciones de medicina natural.
- **Pregunta 102 y 103 (cambios y dudas sobre tomar medicación) (factores importantes para la decisión):** Preguntas difíciles de comprender. Distintos enfoques al responderlas. Ha habido que explicarlas y esto puede haber condicionado las respuestas. En España no ha recibido tanta atención el tema de la terapia sustitutiva ni el de la menopausia, las mujeres dependen absolutamente de lo que diga el médico.
- **Pregunta 109 (comparación con otras experiencias):** muchas mujeres se repetían en las respuestas que daban aquí, coincidiendo en algunos casos con las respuestas a la pregunta 103. Hablaban de su experiencia, de cómo lo vivían ellas, pero les resultaba más complejo hacer la abstracción para definir qué factores influyen para que unos lo vivan de una forma y otros de otra.
- **Pregunta 110 (planes futuros):** Ha llamado la atención que muchas concluían en que no tenían planes, y otras que ponían el énfasis en los planes futuros de su "vida" (viajes, disfrutar, etc.).
- **Pregunta 111 (pedir teléfono para consulta por cualquier duda o problema):** En la mayoría de los casos no hubo problema en esto.

Alguna entrevistadora, para que no generara desconfianza aclaraba que hasta el momento no había tenido que llamar a nadie, y que sólo sería en un caso excepcional.

4.- Cierre de la entrevista

4.1. Entrevistas no realizadas

- **Aunque algunas mujeres entrevistadas**, especialmente aquellas que habían mostrado bastante desconfianza desde el comienzo, **comentaron haberse replanteado el participar en el estudio** e incluso anular la cita, **finalmente en muy pocos casos la entrevista no se pudo realizar** después de haberse concertado la cita. Algunas situaciones fueron:
 - 4 casos en que la mujer no estaba en su domicilio o no se presentó a la cita y no se logró contactar nuevamente con ella.
 - Problemas médicos de una de ellas que lo comunicó con anticipación.
 - Confusión de día u horario.

4.2. Valoración final de las entrevistadas

- **Mayoritariamente el estudio les ha parecido interesantísimo. Muchas mujeres pidieron conocer los resultados:** que se les enviara por correo algún análisis previo de las encuestas, que se les pasara información si se publicaba el trabajo.
- **La mayoría se ha mostrado satisfecha con la entrevista y muy contentas de haber colaborado con las entrevistadoras:** cuando se extendía más tiempo del anunciado esto no les generaba problemas porque se las veía interesadas en hablar, algunas confesaban haber estado nerviosas por las preguntas que pudiera tener el cuestionario, pero después de haberlo completado ninguna consideró que la entrevista la hubiera violentado o tuviera preguntas que atentaran contra su intimidad. En general se creaba una empatía, especialmente con las mujeres de menor nivel económico.
- **Muchas manifestaron la importancia de participar en este tipo de estudios y su expectativa de que la información que habían brindado fuese útil en la investigación,** ya que algunas consideraban que normalmente tanto la menopausia como la vida en general de las mujeres de esta edad carece de interés para la mayor parte de los organismos y los medios de comunicación, debido a que todavía existen numerosos tabúes con respecto al tema. Su participación en la investigación la han valorado tanto como un medio de colaborar con la ciencia como de ayudar a que la calidad de vida de las mujeres de generaciones posteriores sea mejor, estableciéndose una especie de solidaridad intergeneracional.

4.3. Reacción ante el regalo.

- La tónica general fue de **buena aceptación del regalo**, recibíendose con agrado.
Algunas observaciones puntuales:
 - dos mujeres de nivel económico medio-alto plantearon problemas en la conversación telefónica dando a entender que el regalo era un detalle

que restaba seriedad a la entrevista dado que ellas no necesitaban compensación por colaborar. Esto no fue obstáculo para concertar la cita y en la entrevista recogieron gustosamente su regalo.

- en algunos casos manifestaron una cierta desconfianza porque les resultaba algo poco habitual en España.
- Algunas comentaban que no era necesario, puesto que hubiesen colaborado igual, mientras que alguna afirmó “si lo paga Estados Unidos...”. Las entrevistadoras intentaban destacar que el regalo tenía valor simbólico y no de compensación.
- En algunos casos objetaron que si bien el regalo es una forma de agradecer su participación en el estudio, la Universidad no debiera colaborar en el enriquecimiento de una gran empresa como el Corte Inglés y el regalo elegido debiera ser otro, ajeno a los intereses comerciales de una gran compañía.
- Algunas mujeres sentían un poco de vergüenza al recibirlo fingiendo no saber nada, a pesar de que en la carta aparecía bien claro que se les entregaría un cheque regalo por su colaboración.
- Sólo una mujer que estaba en el paro, le preguntó a la entrevistadora que se le iba a dar a cambio y se alegró mucho cuando se le prometieron los 10 euros.

4.4. Programa de Menopausia del Ayuntamiento de Madrid: valoraciones y reacción ante el sobre del Ayuntamiento

- Al finalizar la entrevista se les explicaba a las mujeres el interés del Ayuntamiento ante el tema de la menopausia, y se les entregaba el sobre explicándoles brevemente lo que tenían que hacer con él, agradeciéndoles de antemano su colaboración.
- **El conocimiento y opiniones manifestadas acerca del programa del Ayuntamiento fueron muy diversos:**
 - **Algunas apenas lo comentaban** con lo cual se supone que lo desconocían o al menos no utilizaban los servicios del Programa.
 - En algunos distritos, como Moratalaz y Puente de Vallecas **muchas mujeres están utilizando “Las Unidades de Menopausia” o por lo menos las conocen** (no tenemos información de los otros distritos).
 - **Las mujeres que lo conocían daban una opinión muy buena**, se mostraban contentas con su funcionamiento, valorando positivamente el eficiente control médico como así también el apoyo personal y psicológico que reciben del personal del Programa y del resto de mujeres que acuden. Estas mujeres se notaban bien informadas.
 - **En los casos de las mujeres que no conocían este Programa** o no pueden acceder al mismo por tener una sanidad privada, **les ha parecido muy interesante porque consideran que hasta el momento ha habido pocas iniciativas con respecto a los intereses y las preocupaciones que las mujeres tienen**, incluso algunas de las que lo desconocían, afirmaron su **intención de participar en él. Algunas comentaban que tenían pensado llamar para ir a las conferencias y para las pruebas médicas.**
- **El sobre del Ayuntamiento se entregaba al finalizar las entrevistas y hubo diferentes experiencias:**

- **La mayoría lo aceptó sin problemas:** las mujeres que no conocían en el programa o no participaban en él, y también muchas de las mujeres que ya participaban en el Plan del Ayuntamiento o que había oído hablar de él.
- **Hubo asimismo, mujeres que no lo aceptaron.** Eran parte del grupo que ya acudía al Programa de la Menopausia y que consideró que no necesitaban esta información.

4.5. Anécdotas relevantes

- La más desagradable, una llamada a una señora de nivel socio-económico alto, que comenzó a alabar con gran sarcasmo el proyecto, sin que lo percibiera la entrevistadora, para después decir que qué estupidez, que qué forma de tirar el dinero del Estado, que la menopausia era una cosa natural etc.
- La mejor, la entrevista a la monja que había sufrido tanto con la incompreensión de la ginecóloga que quería compartir su experiencia con los demás. Por casualidad, una de las coordinadoras tuvo que contactar a cuatro monjas, y sólo una aceptó la entrevista.
- Una de las mujeres, con la que más empatía sintió una de las entrevistadoras, fue amabilísima y al finalizar le obsequió toda una bolsa de caramelos Juanola y bolígrafos, pues su hija trabajaba en los laboratorios.
- Otra de ellas, actuó como una madre para la entrevistadora, recogiénola en el metro y luego acompañándola a coger el autobús.
- Algunas expresiones curiosas:
"la menopausia es una putada"
"Mientras esté vieja con sabor a pollo... ahí está la que se casó el otro día (Sara Montiel)"
"utilizaré los síntomas a mi favor... "ah!, te jorobas que estoy menopáusica"
"bueno siempre he pensado que era algo psicológico como los antojos de las embarazadas. Ahora pienso que hay algo físico."

5.- Apreciaciones finales de las entrevistadoras.

5.1. Tácticas aplicadas: Utilidad y Eficacia

En los contactos:

- Después de los primeros contactos, **se utilizó la táctica de decirles que no duraría más de 30 minutos y que se preguntarían cuestiones muy sencillas acerca de hábitos de vida y de su experiencia con la menopausia.** Esto facilitó concertar entrevistas, porque a las mujeres les preocupaba y preguntaban sobre la duración de la misma y además, algunas, al recibir la carta de la Facultad pensaban que las preguntas iban a ser muy complicadas y se sentían incapaces de contestarlas (muchas decían "no sé si te sabré contestar porque no tengo estudios"). Hay que tener en cuenta, sin embargo, que casi en todos los casos las entrevistas duraban más de media hora y esto no les preocupaba en el momento, cuando están sentadas hablando y sin prisa (muchas duraban 1 hora u hora y media).

En la introducción de la entrevista:

- En la introducción, **algunas entrevistadoras aplicaron una pequeña táctica que lograba despertar cierta empatía en las mujeres y que sus respuestas fueran más detalladas**. Se trataba de **decirles que llamaran a la entrevistadora por su nombre de pila** mientras que a la entrevistada se la seguía llamando de usted a no ser que pidieran lo contrario. Así parecían relajarse y se sentían “entre mujeres”.

Durante la entrevista para favorecer el clima de confianza:

- Tratar de mostrar una constante valoración positiva para cualquier tipo de respuesta que la mujer daba, aún cuando fuera una respuesta muy confusa, apuntarla, haciéndole luego las preguntas necesarias para aclarar el concepto de la contestación dada.
- Hay situaciones en que las mujeres parecían tener interés en ir siguiendo el cuestionario con la entrevistadora. Se ha tratado en estos casos de mostrárselo e ir leyendo con ella las preguntas y a medida que se apuntaban las respuestas leerla para saber si lo que se había escrito era realmente lo que la entrevistada quería decir.

5.2. Experiencia general con las entrevistas realizadas

- **Las entrevistas han sido muy enriquecedoras**, desarrollándose de forma muy cómoda y sin problemas con el tiempo. Alguna de las entrevistadoras planteó tener ciertos prejuicios por la diferencia de edad con la entrevistada y por los contenidos de algunas preguntas (temas tan personales), pudiendo verificar después que **prevaleció en las mujeres la idea de que era un tema que identifica a las “mujeres” en general** y entonces todo lo demás no tuvo importancia. **Se veía que querían hablar de lo que les pasaba y no tenían reparos, incluso en las preguntas sobre temas sexuales. Muchas se encontraban con problemas emocionales y necesitaban hablar sobre la cuestión**, la mayoría se sentían con ganas de seguir hablando de la menopausia una vez que la entrevista había finalizado, es más, cuando la entrevista concluía muchas preguntaban: “¿Ya está?”, como esperando que la entrevista siguiese un poco más.
- **En algunos casos sorprendió que las mujeres hicieran preguntas a la entrevistadora referidas al tema**, tales como: “esto será porque estoy con la menopausia?”, “¿será bueno hacer gimnasia?”. En algún caso preguntaron también si la entrevistadora conocía algún libro o algún material que fuera bueno sobre este tema.
- **Para alguna de las entrevistadoras** también ha sido relevante el hecho de que, aunque a título personal se ha aprendido mucho y se ha sentido una enorme empatía con esas mujeres, **la carga afectiva y sentimental ha sido muy dura. Sin embargo, gracias a ello, se han sacado conclusiones de utilidad personal como la idea de que ser positiva y activa de por vida ayudará en un futuro a mantener un equilibrio emocional con el que sobrellevar mejor la menopausia**.
- Al final, a pesar de la lluvia, el frío y las distancias, fue una experiencia muy buena hablar con mujeres de todos los niveles sociales, educativos y culturales, y encontrar que siempre hay puntos en común. Por lo general se establecía una relación cálida. No hubo entrevistas desagradables.

- La heterogeneidad en las mujeres entrevistadas enriqueció mucho el contenido del estudio.

5.3. Propuestas

- **Las entrevistadoras, teniendo en cuenta los intereses planteados por las mujeres participantes en la investigación coinciden en proponer:**
 - **Envío de una carta de agradecimiento** por la participación en el estudio junto a la **invitación para la presentación de la investigación ante el Ayuntamiento.**
 - **Remitirles por correo los principales resultados del estudio** (tríptico o en algún formato con contenidos más desarrollados) incluyendo los datos que más pueda interesar a las mujeres e incorporando referencias bibliográficas a las que puedan acudir aquellas que lo deseen para que puedan entender mejor la fase por la que están pasando.
 - **Comentarles en esa misma comunicación cómo se utilizará posteriormente esta información y solicitarles** que si tienen algún **comentario o sugerencia** lo hagan llegar a los responsables de la investigación.

