

ORIGINALES

Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predictoras

A. Delgado^a, M.C. Sánchez^b, I. Galindo^b, C. Pérez^b y M.J. Duque^b

Centros de Salud Almanjayar, Cartuja y Chana. Granada. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada.

Objetivo. Conocer cuáles son las actitudes de las mujeres sobre la menopausia y cómo se relacionan estas actitudes con ciertas variables personales.

Diseño. Estudio transversal multicéntrico.

Emplazamiento. Cinco consultas de 3 centros de salud urbanos y docentes de Granada.

Participantes. Muestra consecutiva de mujeres ≥ 18 años que consultaban a demanda en junio de 1998, para $\alpha = 0,05$, precisión = 3 y desviación estándar de la escala de actitudes (EA), obtenida mediante muestreo previo, de 15,4; $n = 101$ mujeres.

Intervenciones. Cuestionario mediante entrevista al finalizar la consulta.

Mediciones y resultados principales. Variable dependiente: EA ante la menopausia con 29 ítems. Variables independientes: edad, estado civil, nivel de instrucción, situación laboral, grupo cultural, religión, continuidad con su médico, utilización, estado menopáusico, percepción de autonomía, opinión sobre la menopausia, sentimientos ante la menopausia y salud percibida. Análisis: homogeneidad y validez de la EA. Descriptiva y univariante de la EA con variables independientes. Regresión lineal múltiple.

Obtenemos 7 factores que explican un 66,5% de la variancia. Edad, $43,4 \pm 17,5$. No tiene menopausia un 50,5%, se halla en la perimenopausia el 10,9%, en la menopausia un 37,6%. El 70,3% manifiesta sentimientos de alivio o neutros; un 54,5% muestra una opinión positiva y el 21,8% no tiene opinión alguna. Las variables que explican las actitudes son el sentimiento, la continuidad, la opinión, la utilización, la autonomía y la salud percibida.

Conclusiones. Las mujeres tienen sentimientos y opiniones positivas o neutras ante la menopausia, y sus actitudes ante ésta se relacionan con estas variables y no con otras sociodemográficas o con el estado menopáusico.

Palabras clave: Menopausia. Mujeres. Atención primaria.

ATTITUDES OF WOMEN TO THE MENOPAUSE AND PREDICTIVE VARIABLES

Objective. To find what women's attitudes to the menopause are and how these attitudes relate to certain personal variables.

Design. Multi-centre, transversal study.

Setting. 5 clinics at three urban and teaching health centres in Granada.

Participants. A systematic randomised sample of women = 18 who attended on demand in June 1998: $\alpha = 0,05$, accuracy = 3 and standard deviation from the scale of attitudes (SA), found through prior sampling, was 15.4. $N = 101$ women.

Interventions. Questionnaire through interview after consultation.

Measurements and main results. Dependent variable: scale of attitudes to the menopause with 29 items. Independent variables: age, marital status, educational qualifications, work situation, cultural group, religion, continuity with her doctor, utilisation, menopausal status, perception of autonomy, opinion of the menopause, feelings towards the menopause, perceived health.

Analysis: homogeneity and validity of SA. Descriptive, univariate analysis of SA with independent variables. Multiple linear regression: we found 7 factors that explained 66.5% of variance. Age 43.4 ± 17.5 . 50.5% had not reached the menopause; 10.9% were in the perimenopause; and 37.6% in the menopause. 70.3% had feelings of relief or were neutral; 54.5% had a positive view; and 21.8% expressed no opinion. The variables explaining attitudes were feeling, continuity, opinion, utility, autonomy and perceived health.

Conclusions. Women had positive or neutral feelings and opinions about the menopause. Their attitudes to it were related to these variables and not to other social or demographic variables or to their menopausal status.

Key words: Menopause. Women. Primary care.

(Aten Primaria 2001; 27: 3-11)

^aTécnica de Salud de la Unidad Docente. ^bResidentes de tercer año.

Correspondencia: Ana Delgado Sánchez.
Carmenes de San Miguel.C/ Alquería, 66. 18010 Granada.
Correo electrónico: adelgado@samfy.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 9-X-2000.

Introducción

Hasta hace sólo algunas décadas las mujeres veían la menopausia como un hecho natural y biológico que reconocían y manejaban gracias a un sistema de autocuidados construido culturalmente. En la actualidad los profesionales de la salud y, consecuentemente, los medios de comunicación han elaborado un discurso, que se difunde permanentemente, según el cual la menopausia es un proceso patológico, lleno de riesgos para las mujeres y, por tanto, susceptible de tratamiento. Citaremos sólo tres ejemplos, el primero de una fuente profesional: en su libro *Menopausia y salud mental* el Dr. De la Gándara dice: «... en esta época de la vida de suyo peligrosa» (pág. 9); «es hora de que intentemos aproximarnos a los que suelen ser los mejores psiquiatras de las mujeres, los ginecólogos» (pág. 10); «la menopausia se ha convertido hoy en un problema sanitario público indudablemente» (pág. 25)¹. El segundo procedente de una revista de divulgación entre los médicos, Jano, donde se señala que «la disminución de estrógenos asociada a la menopausia comporta la aparición de una serie de síntomas, físicos y psíquicos, que van a dañar sensiblemente la calidad de vida de la mujer»². El tercer ejemplo procede de una fuente lega, el diario *El País*, donde se destaca que «sólo el 20% de las andaluzas con menopausia van al médico... hoy se sabe que yendo al ginecólogo con regularidad y siguiendo un tratamiento las mujeres pueden abordar el último tercio de su vida con calidad»³ (en todos los casos el subrayado es mío). Estos textos de divulgación constituyen el escaparate de la ciencia ante la población y tienen el objetivo y el efecto de mostrar opiniones personales como si fueran hechos científicos.

El mensaje que se difunde es que la menopausia conlleva un incremento

de riesgo para numerosas enfermedades y, por tanto, un descenso en la calidad de vida de las mujeres. Cuando se analizan las palabras utilizadas en los textos de medicina para describir esta etapa fisiológica, encontramos términos como final, pérdida, atrofia, déficit, ansiedad, nerviosismo, disminución de tamaño, irritabilidad, depresión; estos textos recogen una amplia desvalorización cultural de las mujeres mayores, siendo ésta una de las características más desafortunadas de la medicina actual⁴. En Estados Unidos se realizó un análisis del tratamiento ofrecido en la prensa popular en los últimos 10 años a la menopausia; en la mayoría de los artículos se identificó una actitud dirigida a persuadir a las mujeres de que tratar la menopausia es lo mejor que pueden hacer por ellas mismas⁵, y algo muy similar podemos observar que está ocurriendo en nuestro medio, lo que supone una medicalización progresiva, descrita ésta como el proceso por el cual un fenómeno en principio normal es crecientemente tomado bajo la competencia de la profesión médica⁶, y ello está creando una dependencia cada vez mayor de las mujeres en esta etapa de su vida, lo cual beneficia a determinados actores sociales.

Sin embargo, es particularmente difícil distinguir los efectos de la edad de los derivados de la menopausia, y sólo tenemos evidencia de que el descenso de los estrógenos se asocia con tres fenómenos: síntomas vasomotores, atrofia urogenital y pérdida de masa ósea⁷. El resto de problemas que se mencionan como consecuencia de la menopausia no son específicos de ella, y tienen un origen psicológico o sociocultural⁸.

Pese a ello se está induciendo una demanda en las mujeres, por el solo hecho de que finaliza su regla, que además de innecesaria es potencialmente muy iatrogénica.

Saber lo que creen las mujeres de la menopausia y cuál es su significado para ellas, será útil a los profesionales de atención primaria para atenderlas en esta etapa contando con sus opiniones y actitudes, y no atribuirles ni transmitirles creencias que no les corresponden.

Con este estudio deseamos conocer cuáles son las actitudes de las mujeres sobre la menopausia y cómo se relacionan estas actitudes con ciertas variables personales.

Sujetos y métodos

Llevamos a cabo un estudio transversal y multicéntrico en 5 consultas de 3 centros de salud urbanos y docentes de Granada, que atienden a cerca de 48.000 habitantes. La población estaba compuesta por mujeres con 18 o más años que acudieron a consulta a demanda durante el mes de junio de 1998. Realizamos un muestreo consecutivo de 2 mujeres al día durante 3 semanas, teniendo en cuenta para elegir a las 2 mujeres cada día el número de las que habían consultado durante el mismo periodo de 1997, calculando el tamaño muestral para $\alpha = 0,05$, precisión = 3 y desviación estándar de la escala de actitudes, obtenida mediante muestreo previo, de 15,4, resultando $n = 101$ mujeres. A la salida de la consulta se les realizó un cuestionario mediante entrevista en un lugar adecuado y privado del centro de salud. Los cuestionarios fueron administrados por las personas del equipo investigador que participaron en la elaboración del instrumento y estandarizaron la recogida. Las variables recogidas fueron:

- Variable dependiente: actitudes ante la menopausia. Para medir ésta elaboramos un cuestionario con 29 ítems, 27 obtenidos de estudios previos de los que realizamos una triple traducción y adaptación⁹⁻¹² y 2 de elaboración propia para medir el locus de control interno (n^{os} 27 y 28) (tabla 1). Todos los ítems se midieron con una escala Likert de 5 opciones: totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), en desacuerdo (2), totalmente en desacuerdo (1), no contesta (3), y se midieron con ayuda de una escala visual analógica. Los ítems redactados en sentido negativo se recodificaron para el análisis.

- Variables independientes: incluimos edad; estado civil; nivel de instrucción y situación laboral (Instituto Nacional de Estadística); grupo cultural; religión; continuidad con su médico actual: < de 1 año, 1-5 años, > 5 años; utilización: consultas a demanda en los últimos 3 meses; estado menopáusico (no tiene la menopausia, perimenopausia: menos de 12 meses sin regla, y menopausia: más de 12 meses sin regla); percepción de autonomía con los ítems 1 y 2⁹; opinión sobre la menopausia: muy positiva, positiva, negativa, muy negativa, no sabe¹³; sentimientos ante la menopausia: alivio, pena, una mezcla de los dos, ningún sentimiento en particular¹²; y salud percibida (Encuesta Nacional de Salud).

Realizamos una prueba piloto que sirvió para mejorar la redacción de 3 ítems y obtener el tamaño muestral.

Validamos el cuestionario realizando el test de Edwards para cada ítem. Con los ítems restantes realizamos análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. Por último evaluamos la consistencia interna mediante los coeficientes de correlación ítem-escala corregidos y el alfa de Cronbach de cada factor.

Hicimos análisis descriptivo, así como análisis univariante de todas las variables independientes con la dependiente: test de comparación de 2 medias para muestras independientes (si variancias iguales t de Student, si diferentes test de Welch); ANOVA de una vía con test de Student-Newman-Keuls, y ji-cuadrado para relacionar variables cualitativas. Test de Kolmogorov-Smirnov para testar la normalidad de las variables cuantitativas. Por último realizamos un análisis multivariante mediante regresión lineal múltiple paso a paso, con p de entrada 0,20 y de salida 0,21. Reagrupamos la variable sentimiento ante la menopausia en dos categorías: pena y resto, y la opinión sobre la menopausia en tres: muy positiva/positiva, no sabe y muy negativa/negativa; el resto de variables quedan como en la tabla 4. Construimos variables dummy usando como categorías de referencia las que tienen puntuaciones medias más elevadas en la escala de actitudes. La utilización y la autonomía se incluyen como dicotómicas (utilizando la mediana como punto de corte), dado que su distribución o la de sus transformaciones no son normales. Utilizamos el paquete SPSS 7.5.

Resultados

No se produjeron negativas a responder, por lo que la tasa de respuesta fue del 100%. La distribución de frecuencias para las preguntas de la escala de actitudes se presenta en la tabla 1.

Al aplicar el test de Edwards salieron de la escala 5 ítems no discriminantes (n^{os} 3, 7, 16, 21, 27 y 30). Todos los coeficientes de correlación ítem-escala alcanzan valores superiores a 0,30¹⁴.

El análisis factorial explicó el 66,5% de la variancia con 7 factores que se ofrecen en la tabla 2 (test de esfericidad de Barlett $p < 0,000005$, medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin = 0,805). Denominamos a los factores por el siguiente orden: aspectos psicológicos, normalidad/enfermedad, etapa vital, reproducción, sexualidad, intereses vitales y autoconfianza. El factor 4 mejoró su α de Cronbach al extraer el ítem 5, quedando con 2 ítems. La escala final de actitudes está compuesta por 22 ítems.

En la tabla 3 figura la descripción de las variables cuantitativas.

La tabla 4 recoge la distribución de frecuencias de las variables cualitativas así como su relación con la media de la escala de actitudes. Las mujeres que están en la perimenopausia, las analfabetas o sin estu-

TABLA 1. Distribución de las respuestas a las preguntas de la escala de actitudes

Pregunta	TD (1)	D (2)	A (4)	TA (5)	NC (3)
1 Las decisiones médicas sobre su salud debería tomarlas su médico, no usted*	13,9	16,8	45,5	23,8	0
2 Usted debería seguir los consejos de su médico, incluso si no está de acuerdo con ellos*	12,9	35,6	36,6	12,9	2
3 Cuando hay más de una forma de tratar un problema, su médico debería informarle sobre cada una de ellas	1	0	31,7	67,3	0
4 La menopausia no es un problema médico, sino una etapa más del desarrollo de la mujer	1	7,9	45,5	44,6	1
5 La menopausia significa el comienzo de muchos problemas físicos*	10,9	40,6	39,6	7,9	1
6 La menopausia debería verse como un problema médico*	22,8	46,5	20,8	4	5
7 Los problemas psicológicos en la menopausia se deben a cambios en la vida, no a cambios hormonales	7,9	29,7	43,6	12,9	5,9
8 Una mujer se siente menos mujer después de la menopausia*	37,6	42,6	11,9	3	5
9 Los maridos de las mujeres posmenopáusicas las ven menos deseables (atractivas sexualmente)*	35,6	35,6	16,8	2	9,9
10 Una empieza a sentirse vieja con la menopausia*	35,6	41,6	19,8	1	2
11 Con la menopausia, es frecuente que una mujer tenga más problemas psicológicos*	10,9	35,6	36,6	7,9	8,9
12 Para las mujeres, la menopausia es un período desagradable*	11,9	41,6	38,6	4	4
13 Una mujer se siente menos atractiva después de la menopausia*	22,8	51,5	17,8	5	3
14 Después de la menopausia, las mujeres tienen menos necesidades sexuales*	14,9	40,6	23,8	5,9	14,9
15 En la menopausia, una se siente con menos ganas de hacer cosas*	15,8	44,6	26,7	4	8,9
16 La menopausia trae muchos aspectos positivos	5,9	36,6	28,7	4	24,8
17 Es estupendo que el embarazo no sea posible después de la menopausia	2	11,9	32,7	51,5	2
18 Las mujeres en la menopausia deben tener conciencia de que los cambios físicos son naturales	0	6,9	48,5	41,6	3
19 En la etapa de la vida en la que se produce la menopausia, una se vuelve más madura y tiene más confianza en sí misma	1	30,7	35,6	16,8	15,8
20 La ausencia de regla después de la menopausia es un alivio	3	8,9	28,7	55,4	4
21 Después de la menopausia, una se siente libre e independiente	4	42,6	20,8	10,9	21,8
22 Muchas mujeres se vuelven depresivas e irritables durante la menopausia*	5,9	34,7	50,5	4	5
23 Muchas mujeres con cosas interesantes en la vida apenas si notan la menopausia	4	19,8	50,5	19,8	5,9
24 Muchas mujeres piensan que no son realmente mujeres después de la menopausia*	29,7	56,4	9,9	3	1
25 La menopausia no produce cambios importantes en la mayoría de las mujeres	3	30,7	48,5	12,9	5
26 Muchas mujeres sienten pena cuando tienen el período por última vez*	15,8	48,5	23,8	5	6,9
27 En la menopausia, mi bienestar depende de cómo yo me cuide	4	5	47,5	41,6	2
28 Cómo me sienta durante la menopausia depende de mí misma	5	6,9	47,5	38,6	2
29 La menopausia es una enfermedad*	44,6	37,6	10,9	5	2
30 La menopausia es una etapa de cambio para las mujeres	2	15,8	47,5	24,8	9,9
31 La menopausia es el comienzo de una etapa más tranquila en la vida de las mujeres	1	38,6	36,6	12,9	10,9

TD: totalmente en desacuerdo; D: en desacuerdo; A: de acuerdo; TA: totalmente de acuerdo, y NC: no contesta.

*Preguntas negativas.

Preguntas 1 y 2: percepción de autonomía.

dios, las que llevan menos de un año o más de cinco con su médico y las que manifiestan sentir pena ante la menopausia, tienen actitudes más negativas frente a ésta comparadas con las demás categorías de cada variable. Las mujeres con salud percibida buena o muy buena tienen mejores actitudes ante la menopausia frente a los otros 2 grupos; así mismo las que evalúan su salud como regular también se diferencian de las que la hacen como mala o muy mala. Las categorías de la variable opinión sobre la menopausia tienen

puntuaciones medias en la escala de actitudes que guardan un gradiente de mayor a menor, las que tienen una opinión muy mala difieren estadísticamente de todos los demás grupos, las que la tienen negativa y no saben no se diferencian entre sí, las que tienen una opinión positiva y negativa dan diferencias estadísticamente significativas y también lo hacen las que tienen una opinión muy positiva y no saben.

La edad y la utilización correlacionan de forma significativa con las actitudes ante la menopausia de forma

negativa ($r = -0,178$ y $r = 0,305$, respectivamente) y la percepción de autonomía lo hace de forma positiva ($r = 0,168$).

El estado menopáusico no se relaciona con la opinión sobre la menopausia ($\chi^2 = 4,83$; $p = 0,305$).

La distribución de la escala de actitudes es normal ($p = 0,452$), así como la del logaritmo de la edad ($p = 0,139$) (fig. 1).

En la tabla 5 se detallan las variables que entran en el modelo final con sus coeficientes de correlación. El conjunto de variables explica un

TABLA 2. Factores de la escala de actitudes, ítems con su peso en cada factor y α de Cronbach. $R^2 = 66,5\%$

Pregunta	Aspectos psicológicos	Enfermedad/ atractivo	Etapas Reproducción vital	Sexualidad Intereses vitales	Autoconfianza Escala
25 La menopausia no produce cambios importantes en la mayoría de las mujeres	0,75				
22 Muchas mujeres se vuelven depresivas e irritables durante la menopausia*	0,73				
24 Muchas mujeres piensan que no son realmente mujeres después de la menopausia*	0,70				
12 Para las mujeres, la menopausia es un período desagradable*	0,51				
15 En la menopausia, una se siente con menos ganas de hacer cosas*	0,51				
11 Con la menopausia, es frecuente que una mujer tenga más problemas psicológicos*	0,47				
α de Cronbach	0,77				
6 La menopausia debería verse como un problema médico*		0,78			
13 Una mujer se siente menos atractiva después de la menopausia*		0,59			
9 Los maridos de las mujeres posmenopáusicas las ven menos deseables (atractivas sexualmente)*		0,55			
29 La menopausia es una enfermedad*		0,51			
α de Cronbach		0,69			
28 Cómo me sienta durante la menopausia depende de mí misma			0,75		
4 La menopausia no es un problema médico, sino una etapa más del desarrollo de la mujer			0,69		
18 Las mujeres en la menopausia deben tener conciencia de que los cambios físicos son naturales				0,52	
10 Una empieza a sentirse vieja con la menopausia*			0,41		
α de Cronbach			0,73		
20 La ausencia de regla después de la menopausia es un alivio				0,81	
17 Es estupendo que el embarazo no sea posible después de la menopausia				0,80	
α de Cronbach				0,83	
14 Después de la menopausia, las mujeres tienen menos necesidades sexuales*				0,80	
8 Una mujer se siente menos mujer después de la menopausia*				0,61	
α de Cronbach				0,51	
23 Muchas mujeres con cosas interesantes en la vida apenas notan la menopausia				0,71	
26 Muchas mujeres sienten pena cuando tienen el período por última vez*				0,64	
α de Cronbach				0,46	
31 La menopausia es el comienzo de una etapa más tranquila en la vida de las mujeres					0,83
19 En la etapa de la vida en la que se produce la menopausia, una se vuelve más madura y tiene más confianza en sí misma					0,60
α de Cronbach					0,56
α de Cronbach					0,87

*Preguntas negativas.

57,8% de la variabilidad de las actitudes ante la menopausia. No existe multicolinealidad entre las variables dependientes.

TABLA 3. Descriptiva de la escala de actitudes y resto de las variables cuantitativas

Variable	Media	DE	Mediana	Rango
Escala actitudes (22 ítems)	81,1	12,6	80	47-105
Edad	43,4	17,5	43	18-75
Autonomía (2 ítems)	5,5	2,3	5	2-10
Utilización	3	2,2	2	1-9

DE: desviación estándar.

Discusión

En nuestro país los médicos hablan de la menopausia y de lo que sienten las mujeres ante ésta sin preguntarles a ellas. Cuando se relatan los múltiples perjuicios que acarrea para la salud de las mujeres, se basan bien en estereotipos, bien en datos procedentes de muestras procedentes de consultas de ginecología, lo cual implica graves sesgos de selección como se ha señalado repetidas veces, y esto en los casos en que no

TABLA 4. Descriptiva de las variables independientes cualitativas y comparación de media de la escala de actitudes para estas variables

Variable	n	%	Media	DE	F/t de Student	p
Estado menopausico						
No tiene la menopausia	51	50,5	83	10,7		
Perimenopausia	11	10,9	73,3	16	2,95	0,057
Menopausia	39	37,6	80,2	12,9		
Estado civil						
Soltera	26	25,7	84	11,54		
Casada + pareja estable	56	55,4	80,7	11,93	2,1	0,13
Viuda + separada	19	18,8	77,16	14,81		
Nivel de instrucción						
Analfabeta + sin estudios	30	29,7	75,6	13		
Estudios primarios + secundarios	50	49,5	82,8	12,2	4,5	0,014
Estudios medios + universitarios	21	20,8	84,7	10,8		
Situación laboral						
Trabaja fuera de casa	33	32,8	83,1	13,44		
Ama de casa	46	45,5	79,3	12,4	0,926	0,4
Desempleo + jubilada + estudiante	22	21,8	81,8	11,5		
Grupo cultural						
Castellana	96	95	81,4	12,7		
Gitana	5	5	74,2	6,7	2,5	0,12
Religión						
Católica	90	89,1	81,4	81,4	0,1	0,75
Evangelista	11	10,9	78,5	78,5		
Continuidad						
< 1 año	10	9,9	75,8	18,6		
1-5 años	44	43,6	87	10,18	9,9	< 0,0005
> 5 años	47	46,5	76,7	10,9		
Opinión sobre la menopausia						
Muy positiva	3	3	92	3,6		
Positiva	54	53,5	86,5	10,8		
Negativa	18	17,8	73,3	11	11,7	< 0,0005
Muy negativa	4	4	61	9,8		
No sabe	22	21,8	76,3	9,9		
Sentimiento ante la menopausia						
Alivio	37	36,6	83,1	10		
Pena	9	8,9	61,8	7,9	10,3	< 0,0005
Mezcla de ambos	21	20,8	80,9	13,4		
Ningún sentimiento en particular	34	33,7	84,1	11,3		
Salud percibida						
Muy buena + buena	57	56,4	85,3	11,9		
Regular	33	32,7	77,4	10,9	10,11	< 0,0005
Mala + muy mala	11	10,9	70,4	11,3		
Percepción de autonomía						
Alta (≥ 6)	47	53,5	83,5	12,15	1,8	0,074
Baja (< 6)	54	46,5	79	12,65		
Utilización						
≥ 3 visitas	49	48,5	76,98	11,95	3,48	0,001
< 3 visitas	52	51,5	85,41	11,87		

DE: desviación estándar.

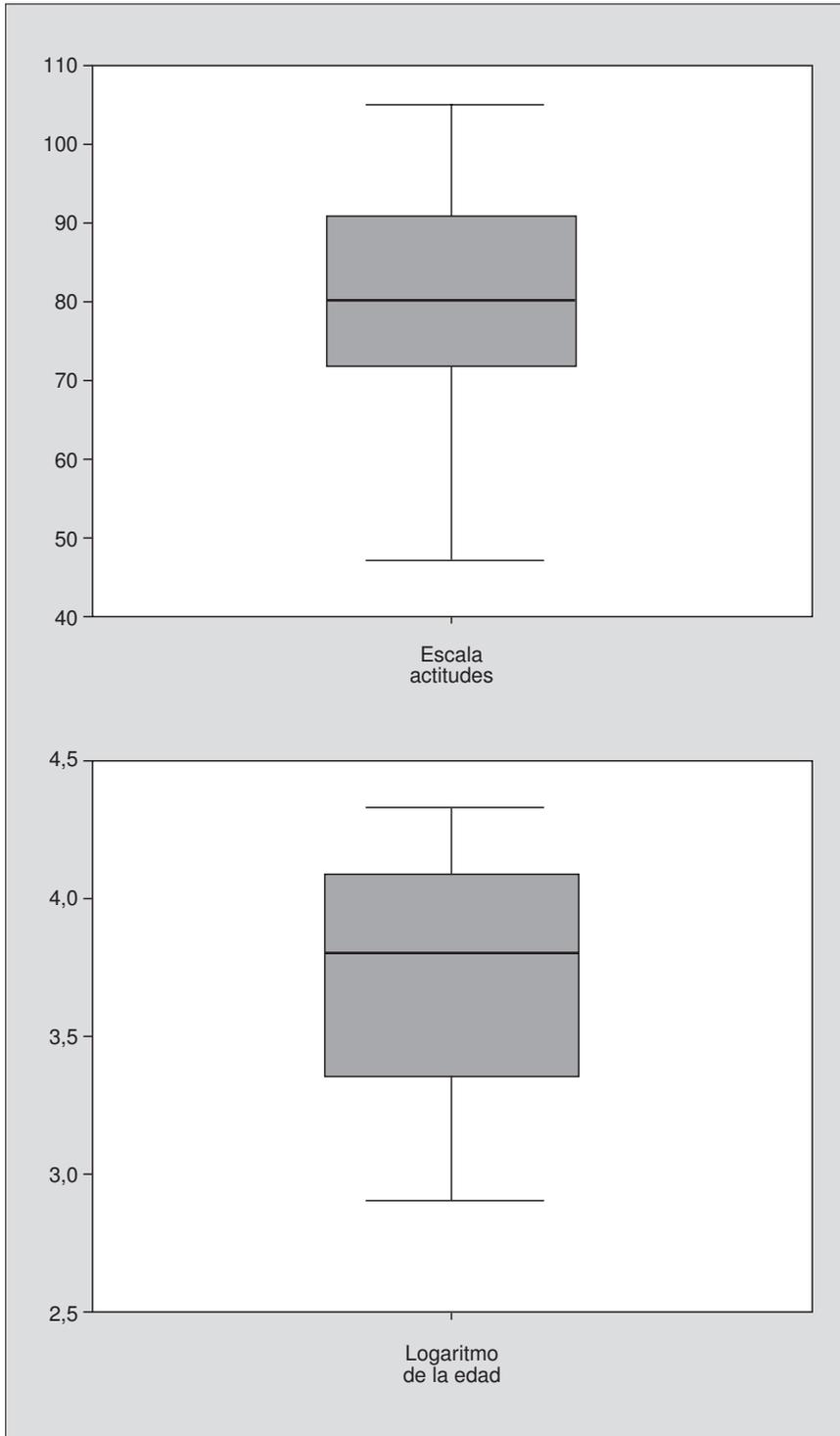


Figura 1. Gráfico boxplot de la escala de actitudes y del logaritmo de la edad.

haya otros intereses espurios. Sólo conocemos 2 estudios publicados en nuestro país que se hayan interesado por conocer qué piensan las mujeres sobre la menopausia^{15,16}; no ocurre lo mismo en otros países.

Partiendo de esta base nos propusimos conocer cuáles son las actitudes de las mujeres de nuestro medio ante la menopausia, incluyendo cualquier edad y a mujeres con y sin experiencia personal sobre aquélla.

Utilizamos una escala de 29 preguntas, que quedó reducida a 22 tras la validación. La escala tiene validez de contenido dado que recoge los aspectos actitudinales presentes en la bibliografía sobre el tema.

Los 22 ítems de la escala de actitudes se agruparon en 7 factores, todos ellos, así como la escala final, con coeficientes de fiabilidad por encima de 0,45.

Analizando la agrupación empírica en los factores podemos decir que para las mujeres hablar de la menopausia como período desagradable o de cambios importantes guarda relación con la existencia de alteraciones psíquicas (factor 1), la percepción de la menopausia como enfermedad se relaciona con disminución del atractivo sexual (factor 2), la menopausia vivida como etapa vital se asocia al locus de control interno (factor 3), la ausencia de regla se vive como liberación del riesgo reproductor (factor 4), el sentimiento de ser menos mujer se percibe si disminuye el deseo sexual (factor 5), la pena ante la pérdida del período se relaciona con la ausencia de cosas importantes en la vida (factor 6), y la sensación de tranquilidad tiene que ver con la madurez y la autoconfianza (factor 7).

Nos interesa destacar el hecho de que la opinión que las mujeres tienen sobre la menopausia no se relaciona con que hayan tenido o no la experiencia personal de la misma, lo que expresa que las expectativas se ajustan a la percepción de la realidad vivida de esta etapa, es decir, las mujeres no experimentan trastornos que les hagan tener una opinión más negativa de la menopausia. De hecho, en el modelo multivariado, el estado menopáusico no se asocia con las actitudes.

Un 15,8% de las mujeres del estudio piensa que la menopausia es una enfermedad, proporción no muy elevada pero superior a la encontrada entre las mujeres del País Vasco, que es del 3,9%¹⁵.

Un 90% cree que la menopausia es una etapa más de la vida de una mujer, siendo este grupo del 72% en un estudio realizado en Madrid¹⁶.

En nuestro medio el 54,5% de las mujeres tiene una opinión positiva ante la menopausia, el 22% la manifiesta negativa y otro 22% no tiene opinión formada; en otros estudios con mujeres de diferentes culturas predomina siempre de forma importante una opinión neutral o positiva acerca de esta etapa^{11,13,17}.

TABLA 5. Modelo de regresión lineal múltiple. Variancia explicada = 57,8%

Variable	R ²	ΔR ²	F	p	Beta	EE beta
Sentimiento ante la menopausia						
Pena frente al resto	0,237	0,237	29,3	< 0,0005	-11,75	3,55
Continuidad						
Menor de un año o mayor de 5	0,358	0,121	26	< 0,0005	-5,221	2
Opinión sobre la menopausia						
Negativa/muy negativa frente a positiva/muy positiva	0,450	0,092	25,1	< 0,0005	-12,039	2,43
Utilización						
Tres o más visitas frente a resto	0,501	0,051	22,8	< 0,0005	-3,141	1,95
Opinión sobre la menopausia						
No sabe frente a positiva/muy positiva	0,535	0,034	20,7	< 0,0005	-6,486	2,33
Percepción de autonomía						
Baja frente a alta	0,557	0,022	18,7	< 0,0005	-3,04	1,95
Salud percibida						
Regular frente a buena/muy buena	0,566	0,009	16,4	< 0,0005	-4,02	2,17
Salud percibida						
Mala/muy mala frente a buena/muy buena	0,578	0,012	14,9	< 0,0005	-5,07	3,28

EE: error estándar.

Sólo un 9% de las mujeres siente pena ante la llegada de la menopausia y en su mayoría sienten alivio (36,6%) o indiferencia (34%). Es igual la proporción de mujeres de la Comunidad de Madrid que manifiestan sentir pena¹⁶, mientras en otros lugares este sentimiento no llega al 3%¹² y, lo mismo que ocurre en nuestro estudio, el sentimiento de alivio es algo inferior entre las mujeres que se encuentran en la perimenopausia comparadas con las otras dos categorías del estado menopáusico¹².

Las mujeres expresan sentir alivio ante la menopausia porque esto significa el cese de la menstruación y, por tanto, de su riesgo de quedar embarazadas^{11,18}, y además las mujeres que experimentan alivio por este final de la fertilidad no sienten que esto signifique una pérdida de su femineidad¹⁹. En nuestro grupo de mujeres un 80% manifiesta para el factor «reproducción» estar de acuerdo o totalmente de acuerdo, es decir, que la ausencia de la regla es un alivio porque no pueden quedarse embarazadas.

El final de la capacidad reproductora tiene significados culturalmente diversos y coincide con un momento vital de las mujeres en que, habiendo cumplido con la crianza de los hijos, se presentan otras posibilidades para su vida personal; cerrar esta etapa del ciclo vital abre para muchas mujeres otros horizontes, y así se recoge en trabajos con metodologías

cualitativas, en que las mujeres reafirman su rol social en el trabajo como esencial para su identidad¹⁸, o destacan la oportunidad que les brinda la edad media de la vida para cambiar la asignación de sus tiempos, llegar a ser ellas mismas y tener tiempo para ellas²⁰. En nuestra muestra, las mujeres asocian la tranquilidad que encuentran en esta etapa con el hecho de sentirse más maduras y mejorar su autoconfianza (factor 7); estas vivencias guardan relación con una mayor posibilidad de dedicarse a mejorar su desarrollo personal, como se recoge en los estudios citados.

La llegada de la menopausia no significa una disminución de las necesidades sexuales para un 55,5% de las mujeres y sí para un 30% (pregunta 14). Entre las mujeres madrileñas, estas proporciones son del 45,7% y del 40%, respectivamente¹⁶. En una muestra de mujeres de raza negra de clase social baja, éstas no creen que la menopausia signifique el final de su vida sexual¹⁷. En un estudio longitudinal, las mujeres danesas mejoran sus actitudes hacia la menopausia al avanzar su edad y para la mayoría no aparece un cambio en el deseo sexual en la edad media, si bien, entre las mujeres originalmente más activas sexualmente, el deseo aumenta a los 40-50 años¹⁹. Congruentemente con esta realidad, un 71,2% de las mujeres de nuestro estudio no piensa que sus maridos las

vean menos deseables en la posmenopausia y el 74,3% no se siente menos atractiva en esta etapa; igual ocurre en otros estudios en que las mujeres sienten que la menopausia no modifica ni su atractivo ni su sexualidad¹¹.

Cuando controlamos el papel de todas las variables incluidas en el estudio, las características sociodemográficas no guardan relación alguna con las actitudes ante la menopausia, y, lo que es más interesante, tampoco el estado menopáusico se relaciona con dichas actitudes.

Las mujeres que sienten pena ante la menopausia presentan actitudes más negativas frente al resto de las categorías. El significado de la menopausia es diferente para las personas según sus antecedentes culturales y sus experiencias tanto propias como vicarias; todo ello conforma unas actitudes (creencias y expectativas) que, como se ha demostrado, condicionan la posterior frecuencia en la presentación de síntomas físicos y psíquicos, así como la percepción de gravedad de los mismos^{11,12,21}; de esta forma, sentir pena ante la llegada de la menopausia significaría para esas mujeres que se presente toda una serie de desventajas, entre ellas una disminución de su salud, lo que va a condicionar una mayor probabilidad de que esto se produzca.

Algo similar ocurre con aquellas mujeres que tienen una opinión negati-

va o muy negativa sobre la menopausia; de hecho, tiene esta opinión un 56% de las que sienten pena y sólo el 18,5% de las que expresan el resto de sentimientos. La variable opinión se relaciona con las actitudes con un gradiente que habla de la validez de constructo de la escala de actitudes, ya que a mejor opinión, actitudes más positivas.

El tiempo que una persona lleva adscrita a su médico supone con frecuencia beneficios para aquélla, ya que aumenta el contacto entre ambos y da más oportunidades para la educación. En nuestro estudio la continuidad tiene una asociación positiva con las actitudes ante la menopausia, pero sólo cuando el intervalo se sitúa en 1-5 años, y no si es superior.

Aquellas mujeres que han utilizado la consulta a demanda más de 2 veces en los 3 últimos meses tienen actitudes más negativas ante la menopausia. En un estudio prospectivo con mujeres de 45-55 años de población general²², se observó que la llegada de la menopausia no se relaciona con un cambio en la salud percibida, medida ésta por 5 indicadores, ni con un incremento de la utilización, y la utilización venía explicada por la conducta previa y por el estado de salud. El único cambio menstrual que contribuyó a un aumento del uso de servicios fue la menopausia quirúrgica. En nuestro medio, la variable que con más fuerza se relaciona con la hiperutilización en atención primaria es la salud mental, no estando el sexo ni la edad de los pacientes relacionadas con un aumento de la utilización²³; podría ocurrir que, en la investigación que nos ocupa, las mujeres que más utilizan la consulta lo hagan por razones de su peor salud psíquica. Estudios de seguimiento de amplias cohortes de población general evidencian que la transición por las etapas del climaterio no se asocia a un aumento de riesgo para la aparición de depresión²⁴⁻²⁶, y que los niveles de estrógenos no correlacionan con el estado de ánimo²⁷.

Las mujeres que se perciben autónomas para decidir sobre su salud presentan actitudes más positivas ante la menopausia que las de baja autonomía, pero sólo un 44% de ellas está totalmente de acuerdo y/o de acuerdo con ambas preguntas, es decir, no es muy elevado el número de mujeres que creen que deben decidir

sobre su salud incluso si no coinciden con los consejos de su médico. Esto resalta la relevancia que tienen las opiniones del médico en las decisiones de las mujeres y le compromete a adecuar las mismas a las necesidades reales de aquéllas.

Solo el 56,4% de las mujeres evalúa su salud como buena o muy buena, inferior al 68,2% que manifiesta lo mismo en la población española²⁸; sin embargo, en este segundo caso se observa un gradiente negativo en la salud percibida al descender el estatus social y el nivel de estudios, lo que podría explicar el resultado en nuestra muestra que procede de una población socioeconómicamente media-baja. La salud percibida es un buen indicador del estado de salud y refleja, en parte, otros marcadores sociales y el nivel de autoestima²⁹. Entre las mujeres estudiadas, la percepción de buena salud se asocia a mejores actitudes ante la menopausia, e igual ocurre en otro estudio, en el que los bajos niveles de bienestar (que incluye la salud subjetiva) se relacionan con una visión negativa sobre la menopausia¹¹.

La validez externa de este estudio se ve limitada por el perfil de las mujeres que integran la muestra, que tienen una edad de 43 años y pertenecen a un nivel de instrucción bajo, con una elevada proporción de mujeres analfabetas o sin estudios. Además, al tratarse de una muestra de mujeres que han utilizado el centro de salud durante 3 semanas, se incrementa la probabilidad de incluir a hiperutilizadoras; por tanto, los resultados podrían no haber sido iguales con una muestra obtenida de población general. No pensamos, sin embargo, que se haya producido un sesgo estacional.

Nuestros resultados indican que las mujeres representadas en la investigación, de forma mayoritaria, creen que la menopausia es una etapa más en la vida de una mujer y no es una enfermedad, y tienen sentimientos y opiniones positivas o neutras ante la misma. Esta percepción, como señalábamos al principio, entra en contradicción con la que tienen los profesionales con los que ellas interactúan, que generalmente ven la menopausia como un problema médico y tratable. Es una obligación de los médicos de familia, que constituyen el primer contacto con las mujeres y el más continuado, conocer los significados que esta etapa tiene pa-

ra las mujeres y cambiar el discurso negativo y medicalizador sobre la menopausia.

Bibliografía

1. De la Gándara Martín JJ. Menopausia y salud mental. Madrid: Ed. Libro del Año, 1994.
2. Nuevas campañas de información y programas de atención para la mujer menopausia. *Jano* 1998; 1260: 10.
3. El País (Andalucía) 30 de mayo de 1988; 7.
4. Wear D. Literary images of menopause. *Fam Med* 1993; 25: 589-592.
5. Carlson ES, Li S, Holm K. An analysis of menopause in the popular press. *Health Care Woman International* 1997; 18: 557-564.
6. Van Hall EV. La mujer libre. Barcelona: Cuadernos CAPS, 1994; 21.
7. Sowers MR, La Pieta MT. Menopause: its epidemiology and potential association with chronic diseases. *Epidemiologic Reviews* 1995; 17: 287-302.
8. Research on the menopause in the 1990s. Ginebra: World Health Organization. Technical Report Series, no.888. 1996; 21-27.
9. Ghali WA, Freund KM, Boss RD, Ryan CA, Moskowitz MA. Menopausal hormone therapy: physician awareness of patient attitudes. *Am J Med* 1997; 103: 3-10.
10. Sinclair HK, Bond CM, Ross JT. Hormone replacement therapy: a study of women's knowledge and attitudes. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 365-370.
11. Groeneveld FPMJ, Bareman FP, Barentsen R, Dokter HJ, Drogendijk AC, Hoes AW. Relationships between attitude towards menopause, well-being and medical attention among women aged 45-60 years. *Maturitas* 1993; 17: 77-88.
12. Avis NE, McKinlay SM. A longitudinal analysis of women's attitudes towards the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas* 1991; 13: 65-79.
13. Blumberg G, Kaplan B, Rabinerson D, Goldman GA, Kitai E, Neri A. Women's attitudes towards menopause and hormone replacement therapy. *Int J Gynec Obstet* 1996; 54: 271-277.
14. Streiner DL, Norman GR. Health measurement SCALES. A practical guide to their development and use. Nueva York: Oxford University Press, 1994; 46.
15. Mujeres y salud en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de la Mujer, 1993.
16. La menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos sociosanitarios. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública. Madrid, 1996.
17. Standing TS, Glazer G. Attitudes of low-income clinic patients toward menopause.

- se. *Health Care Woman International* 1992; 13: 271-280.
18. George T. Women in a south indian fishing village: role identity, continuity, and the experience of menopause. *Health Care Woman International* 1996; 17: 271-279.
 19. Koster A. Change-of-life anticipations, attitudes, and experiences among middle-aged danish women. *Health Care Woman International* 1991; 12: 1-13.
 20. Buck MM, Gottlieb LN. The meaning of time: Mohawk women at midlife. *Health Care Woman International* 1991; 12: 41-50.
 21. Abraham S, Llewellyn-Jones D, Perz J. Changes in Australian women's perception of the menopause and menopausal symptoms before and after the climateric. *Maturitas* 1995; 20: 121-128.
 22. McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla DJ. Health status and utilization behavior associated with menopause. *Am J Epidemiol* 1987; 125: 110-121.
 23. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999; 29: 1347-1357.
 24. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4: 214-220.
 25. Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas* 1992; 14: 143-155.
 26. Pearlstein TB. Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 646-653.
 27. Hunter MS. Somatic experience of the menopause: a prospective study. *Psychosom Med* 1990; 52: 357-367.
 28. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
 29. Smith AMA, Shelley JM, Dennerstein L. Self-related health: biological continuum or social discontinuity? *Soc Sci Med* 1994; 39: 77-83.