

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA

Departamento de Ecología Humana y Población



**TESIS DOCTORAL**

**Menopausia y migración : estudio comparativo entre inmigrantes latinoamericanas y españolas en Madrid**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Irene Pérez Alcalá**

Director

David Sven Reher Sullivan

**Madrid, 2014**



**MENOPAUSIA Y MIGRACIÓN:**  
**Estudio comparativo entre inmigrantes**  
**latinoamericanas y españolas en Madrid.**

Tesis doctoral

**Irene Pérez Alcalá**

Director

**David Sven Reher Sullivan**



Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Departamento de Ecología Humana y Población

Madrid, Agosto 2013



**Menopausia y migración: estudio comparativo entre inmigrantes latinoamericanas y españolas en Madrid**

Tesis Doctoral

Irene Pérez Alcalá

Director:

David Sven Reher Sullivan

Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Departamento de Ecología Humana y Población

Agosto 2013



*A la gente con la que he  
compartido este proceso*



# Agradecimientos

En una tesis que trata sobre las diferentes experiencias de menopausia lo primero es agradecer a las mujeres que se animaron a compartir su vivencia. Muchas de ellas a pesar de no tener mucho tiempo me abrieron sus casas, me invitaron a zumos caseros de manzana con apio, postres típicos de sus tierras como el maíz con leche e incluso algún plato típico. La verdad que no me vino nada mal teniendo en cuenta que la mayoría de los desplazamientos entre una entrevista y otra los hacía en bicicleta. Menos mal que escogí el área de estudio de la ciudad de Madrid y no la Comunidad. Al principio sentía una gran deuda con estas mujeres, porque no sólo me abrían sus casas y me ofrecían su tiempo, sino que pasaban un rato recordando momentos que no eran especialmente sencillos. Luego fue entendiendo que también había una necesidad de ser escuchadas, y ahí entraba yo. En mi desconocimiento sobre el tema, pensé que lo mejor era dejar el tema de la menopausia para el final de la entrevista y empezar preguntando sobre las variables demográficas. Me encontré que a veces era más difícil hablar sobre donde estaban viviendo sus hijos que sobre los síntomas que tenían. Y es que con mi afán por no dejar fuera ninguna variable les preguntaba sobre su situación familiar, su experiencia de migrar, su situación laboral, sus parejas, sus familias, los hijos que habían tenido o los que habían perdido, sólo me faltó preguntar por la primera papilla. Lo que posteriormente no hubiera estado tan mal, por conocer la alimentación durante la etapa de desarrollo. Alguna de ellas se quejó de mi insistencia, pero lo más habitual era que después de apagar la grabadora nos quedáramos todavía un rato hablando. Yo creo que es la parte en la que más he aprendido de la tesis. No todo el mundo tiene la oportunidad de tomarse el tiempo de escuchar las historias de vida de mujeres entorno a los cincuenta años y los recursos que han empleado para afrontarlas.

En principio yo pensaba hacer la tesis sobre un tema de inmigración, usando la ENI, pero a mi director de tesis, David Reher, se le ocurrió que era mejor que hiciera una investigación desde la base, generando una encuesta y recogiendo mis propios datos. Ahora, le agradezco que me animara a tener la experiencia de realizar el trabajo de campo que, aunque ha sido lo más bonito, también ha tenido momentos difíciles.

A los CEPIS y asociaciones de inmigrantes que me ofrecieron espacios para interactuar con las mujeres. He de agradecer la ayuda de las personas que trabajaban en VOMADE, ACOBE, FEDACHE, SENAMI y CONADE. También a la mediadora cultural Sonia Vicua que me llevó por los parques de Madrid presentándome a las inmigrantes que estaban jugando al voleibol y a las trabajadoras sociales Lucracia Janqui y Mónica Lara que me invitaron a los desayunos de mujeres en Villaverde. También la explotación de los datos del Padrón que hizo Enrique Montoliu me ayudó a saber cuántas eran las mujeres de 45 a 55 años nacidas en países latinoamericanos y residentes en Madrid y sus principales características.

A mi director también he de agradecerle los contactos en el extranjero. Él me presentó a Carla Obermeyer y a Lynnette Sievert, dos pilares fundamentales para que esta tesis haya llegado a buen puerto. Gracias Carla por permitirme usar los datos de DAMES y la ayuda en los artículos. Y qué decir de Lynnette, que me acogió en Amherst, Massachusetts, durante la estancia que hice de varios meses. Ella ha sido una persona clave. Cuando llegué a UMass no tenía nada escrito, sólo muchos datos, y gracias a su ayuda y conocimientos comencé a escribir el primer artículo que luego dio pie a uno de los primeros capítulos que escribí de la tesis. Además de la “American Experience” que puede vivir en todas sus dimensiones porque me invitaron hasta a Thanksgiving Day en su casa con Paul y los gatos y otros amigos, sumado a los Potlucks de los compañeros en UMass. También gracias a Lynnette puede ir al congreso

de menopausia en Orlando y luego nos volvimos a reencontrar en México. En Campeche pude participar en el equipo que estaba montado para llevar a cabo un proyecto sobre menopausia con mujeres de distintos pueblos como Xmaben, Progreso, Ix Chek y Cristobal Colón. También pude trabajar con Laura Huicochea, Diana Cahuich y Giselle O'Connor. Esta experiencia me ayudó mucho con los datos cualitativos y se sumó a lo que había aprendido con Ellen Pader en el curso de interpretación de discursos que hice en UMass, con lo que pude escribir el capítulo octavo de la tesis y usar la cantidad de información que tenía grabada de las entrevistas.

También quisiera agradecer los consejos de las personas del Grupo de Estudios y Población, a mis compañeros de la sala de investigación y del seminario de tercer ciclo.

Por último, agradecer a mi familia que son los que más han sufrido los altibajos que tiene todo proceso de tesis y que siempre han estado ahí. A Carlos que le tocó pasar conmigo las dificultades de los principios de la tesis y que incluso estuvo apuntando teléfonos de mujeres de Perú durante los días de votaciones a distancia. A mis compañeros de piso de R16, que nunca llegaron a pensar que estaba loca cuando me pasaba las tardes concertando citas con Nelsi, Graciela o Norma, o dictando las entrevistas en voz alta al programa de transcripciones. A Coquis, Nuri, Guina, Alba, Sandrita, Laura, Sarix, Alba ojos, Sarita, Pini, Blanca, Bea, a la gente de la Piluka, Versus y a los Biolokos y demás colegas que me han estado apoyando. A Onix por su compañía en las tardes de ordenador. Y al indio que ha aguantado en el barco hasta Julio y me ha ofrecido los mejores lugares para poder terminar de escribir la tesis.



## Resumen

La menopausia es algo más amplio que el fin de las menstruaciones, es un concepto construido en parte socialmente, pero también a través de la experiencia corporal individual. Es un proceso global y complejo que ocurre tras cincuenta años de vida, por lo que es necesario emplear una visión holística que integre una perspectiva de ciclo vital y también que tenga en cuenta la variabilidad humana inevitablemente ligada a un entorno cultural y unos condicionantes de vida concretos.

Resulta interesante evaluar los diferentes factores sociales y fisiológicos que han sido relacionados con la menopausia en estudios previos en esta muestra amplia de mujeres de diferente origen que comparten un mismo lugar de residencia, pero que probablemente experimenten diferentes condiciones de vida. La variabilidad de situaciones vitales presentes en una población de creciente diversidad como es la madrileña, está en parte sesgada por la condición de mujeres migrantes de las latinoamericanas y sus bagajes culturales diversos. Sin embargo, en la actualidad, estas mujeres comparten en cierta medida las presiones propias de la cultura y sociedad de una urbe como es Madrid.

El objetivo de esta tesis doctoral es analizar las experiencias de menopausia de las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en Madrid y compararlas con las experiencias de las mujeres españolas. Las preguntas que promueven esta investigación son: 1) si las inmigrantes llegan antes a la edad de menopausia que las españolas como es de esperar a la luz de los datos de sobre edad de menopausia en sus países de origen o si por el contrario existe una cierta plasticidad en la edad de menopausia; 2) si existe una cierta universalidad en los síntomas que se viven durante la transición menopáusica

y cuáles son los factores biológicos, sociales y culturales que se asocian a una mayor probabilidad de padecer estos síntomas; y 3) Si la percepción de la menopausia es similar en el colectivo de mujeres inmigrantes y de qué manera puede afectar la situación de migrante en la experiencia de la menopausia.

La tesis está estructurada en cuatro bloques: un primer bloque teórico donde se especifica la importancia de emplear un enfoque biocultural y de ciclo vital en los estudios comparativos sobre menopausia, en este apartado también se justifica la importancia de la investigación y se sientan los objetivos de la tesis doctoral. Un segundo bloque metodológico donde se explican las fuentes secundarias utilizadas y los análisis y técnicas empleadas para procesar los datos cuantitativos y cualitativos recogidos durante el trabajo de campo. También se reserva un apartado dentro de este bloque metodológico para comentar las limitaciones del presente estudio. Un tercer bloque de resultados conformado por un capítulo que contextualiza la situación social de las mujeres inmigrantes en comparación con las españolas (capítulo 3), un segundo capítulo acerca de la edad de menopausia (capítulo 4), tres capítulos que profundizan sobre los síntomas de la menopausia y los factores biológicos, sociales y culturales que están asociados a la experiencia de síntomas (capítulos 5, 6 y 7), y un último capítulo que sobre la percepción de la menopausia en un contexto migratorio a través de la voz de las mujeres postmenopáusicas de Ecuador, Colombia, Perú, República Dominicana y Bolivia que son los principales países de origen que conforman el colectivo de mujeres inmigrantes de 45 a 55 años residentes en Madrid (capítulo 8). Por último un cuarto bloque que recoge las principales conclusiones de la investigación.

Se escogió entrevistar a mujeres latinoamericanas inmigrantes en Madrid y realizar un estudio comparativo con las españolas por ser el colectivo más numeroso, por lo que conocer sus condiciones y necesidades sanitarias específicas puede contribuir

de manera positiva a modificar las políticas de salud de forma que integren la diversidad creciente de la población residente en España.

El bloque de resultados comienza en el capítulo 3, que enmarca las características de la migración latinoamericana dentro de la realidad migratoria reciente de España y contextualiza la situación social del colectivo en Madrid a través de fuentes secundarias como son la Encuesta Nacional de Inmigrantes y el Padrón Continuo de Habitantes. Finalmente acaba evaluando las diferencias en condiciones y estilos de vida de las latinoamericanas de 45 a 55 años residentes en Madrid en comparación con sus homologas españolas. Este capítulo resalta las diferencias en estructura poblacional, en niveles educativos, en la posibilidad de acceso a sectores laborales diferentes a los de limpieza y cuidados de ancianos, en la estructura familiar y situación de convivencia y en el estado de salud general. También muestra la existencia de una heterogeneidad dentro del colectivo de mujeres inmigrantes en función del país de origen, aunque su situación social y económica, al ser migrantes eminentemente económicas, se ve homogeneizada principalmente por el mercado laboral español. En definitiva evidencia que las mujeres inmigrantes latinoamericanas viven una situación social, familiar y económica de mayor precariedad e inestabilidad y que, a pesar de sus estilos de vidas más saludables, su estado de salud general es peor que el de la población autóctona.

El capítulo 4 resuelve la cuestión acerca de la variabilidad en edad de menopausia y muestra que los factores que se asocian a una mayor probabilidad de llegar a la menopausia a una edad más temprana son el país de origen, la menor paridad, un nivel de estudios más bajo y haber estado casada. En el caso de las españolas tener sobrepeso también se relacionó con una edad más temprana de menopausia, mientras que en las inmigrantes no. En las inmigrantes es de destacar el hecho de que la

migración puede ser un factor que retrase la edad de menopausia y que dentro del colectivo latinoamericano las mujeres de República Dominicana tengan una mayor probabilidad de llegar antes a la menopausia. Este capítulo pone de manifiesto que el proceso de menopausia es un evento relativamente plástico que se puede ver influenciado por factores socioeconómicos y por el lugar de residencia y de origen.

Los capítulos 5, 6 y 7 que profundizan en la sintomatología de esta etapa muestran claramente que ambas poblaciones tienen un elevado número de síntomas que hacen referencia principalmente a problemas físicos y emocionales que condicionan el estado de salud general de la población. Las latinoamericanas son las más sintomáticas destacando sobre todo en la frecuencia de síntomas emocionales y somáticos. Los síntomas vasomotores (sofocos y sudores) y los genitourinarios son los únicos que se confirman como característicos de la transición hormonal que ocurre durante la menopausia, sin embargo no son los principales síntomas que afectan a las mujeres de 45 a 55 años. En comparación con la población española las latinoamericanas tienen una menor frecuencia de sofocos pero esto no se confirma para los sudores nocturnos. Sería interesante realizar estudios que midieran la incidencia de sofocos de manera objetiva en ambas poblaciones ya que es probable que estas diferencias sean más bien un producto cultural a la hora de percibir y comunicar la experiencia de la menopausia que a un factor genético. En cuanto a los síntomas emocionales estos son explicados por factores de estrés psicosocial como son los cambios en el hogar y a factores relacionados con la salud general y la incidencia de otros síntomas generales como puede ser el cansancio, el dolor de cabeza o articulaciones entre otros. La mayor frecuencia de síntomas emocionales registrada en la población inmigrante se debe a inequidades en la situación económica, al estado de salud general y a la inestabilidad en el hogar. Por tanto la salud mental de las inmigrantes se puede estar viendo deteriorada

por un lado por el desarraigo, pero también por discriminación a la hora del acceso a empleos que permitan tener una situación económica semejante a la de las españolas.

El capítulo 8 emplea los discursos de las mujeres postmenopáusicas de Ecuador, Perú, Colombia, Bolivia y República Dominicana acerca de su experiencia de la menopausia para analizar la percepción de la menopausia en un contexto migratorio. A través del análisis cualitativo de esta información se observa que la menopausia es entendida como un cambio y percibida en función de la experiencia corporal propia contrastada con los mitos y las experiencias de otras mujeres. Dentro de la variabilidad de experiencias que existen en el colectivo latinoamericano en función del país de origen, las ecuatorianas, las peruanas y las bolivianas parecen compartir más cosas en común. Mientras que las colombianas se aproximarían más a las mujeres de República Dominicana. Aunque estas últimas son claramente un grupo aparte, por la levedad de los síntomas que experimentan, por su percepción más indiferente hacia la menopausia y por su temprana edad de menopausia. Las estrategias que llevan a cabo estas mujeres son diversas, las principales son no pensar en ello y esperar a que pase. No es una etapa excesivamente medicalizada. En todo este proceso la influencia de la situación migratoria puede distorsionar la experiencia en varios aspectos: la percepción, ya que cuentan con dos referentes culturales sobre salud y envejecimiento así como información de la experiencia de la menopausia de dos países; la recopilación de información actual de la experiencia de la menopausia de otras mujeres en los países de origen a veces se puede ver dificultado por la distancia; y finalmente la migración también interfiere en las prácticas que se llevan a cabo.

Por último, el capítulo 9 recoge las principales conclusiones de la tesis doctoral, sus implicaciones y una reflexión final de cara a posibles nuevas investigaciones.



## **Abstract**

Menopause is more than the end of the menstrual periods. It is a social constructed concept marked by the corporal changes experienced during the menopausal transition. It is a complex process that happens after fifty years of living. To study menopause variability it is important to employ a holistic and bio-cultural perspective.

That perspective was employed in this study to test apart social and physiological factors associated with menopause in previous studies. Cross-cultural comparisons were made between a sample of 575 women aged 45 to 55 years old, of which 301 were Latin-American immigrants to Madrid and 274 were Spanish natives. It is interesting to study their menopause experiences considering the growing diversity of the population of Madrid. These women share in common an urban environment and live in the same society at the moment but their living conditions may be different due to the migratory situation of the Latin-American women and their different cultural backgrounds.

The aim of this doctoral thesis is to compare their menopausal experiences and to evaluate 1) if age at menopause among immigrant women is earlier than age at menopause among Spanish women. Data about age at menopause in Latin-American countries is been observed to be earlier than age at menopause in developed countries. Can migration influence account for some of the plasticity of age at menopause? 2) Is there a universal symptoms experience of menopause and which are the factors associated with menopausal symptoms? 3) How do Latin-American women perceive the menopause transition and are their experiences and practices being modified by the migratory context?

The thesis is structured in four sections: An introductory section where the relation between menopause, migration, health and the bio-cultural perspective is explained. The second section explains the methodology used. The third section (Chapters 3 to 8) gathers and presents the results about the social contexts of Latin-American migration, the variation in age at menopause, the symptoms experience and factors associated with symptoms and the perception of the postmenopausal Latin-American women about menopause in a migratory context. The last section (Chapter 9) summarizes the main conclusions and final considerations for future investigations.

The study focused on Latin-American immigrants in comparison with Spanish women because immigrants of Latin-American origin constitute the largest percentage of immigrant population in Madrid. Understanding their living conditions and their specific sanitary needs can help adapting health policies to better integrate the growing diversity of the population.

The methodology was based on bibliographic material, secondary data sources (The National Immigrant Survey and the Continuous Register of Population) and statistical analysis of interviews conducted.

The data analyzed here came from two surveys. The Spanish survey was carried out in a randomly selected sample of 300 women aged 45 to 55 years and residing in Madrid, Spain. The survey was conducted in Madrid in 2002-2003 as part of DAMES (Decisions at Menopause Survey). The instrument included closed and open-ended questions about demographic and socioeconomic information, health and reproductive history, symptoms in the past month, use of health services, lifestyle, and therapeutic decisions. In the DAMES survey, 18 women were born in foreign countries, and another 8 women were over 55 years of age at the moment of interview, and were

excluded from the comparison conducted here (i.e. a subset of 274 women aged 45 to 55 years and born in Spain was used).

The second survey was conducted among 301 Latin-American women immigrants to Madrid (aged 45-55 y) in 2010-2011. This is not a random sample because it is no longer possible to obtain names and addresses from the Instituto Nacional de Estadística (Spanish National Statistics Office) for random selection due to the tightening of data protection laws. Even if the data were available, there would be a high error rate in the population registry in relation to the residential addresses of immigrants, as shown in the National Immigrant Survey. Instead of a random sample, quotas based on country of origin were introduced to provide a representative sample. Quotas were based on segmentation information obtained from the Continuous Register of Population conducted in January 2010. The Continuous Register of Population is an accurate source of the number of Latin-American immigrant women living in Madrid.

The immigrant population is not easily accessible. Menopause is a subject still rarely discussed among women; thus, it is important to establish a first contact so that women will develop confidence in the study. First contact was made through the following: call centers, neighborhood shops, events related to immigration, churches, immigrant associations, universities, women's events or meetings, Spanish contacts who were familiar with Latin-American populations in Madrid, cultural mediators, and women who had been interviewed.

The Latin-American survey used a questionnaire comparable to the one used in DAMES and, in addition, collected information about migration, changes in economic status, transnational families, time of migration, motivation for migration, plans, legal status, changes in diet, and people with whom women spoke about menopause. Women

were also asked to describe differences in their beliefs about menopause in comparison with other women in Spain.

Both studies were conducted by face-to-face interviews. The use of a similar methodology for collecting data (i.e., same age range and survey instrument, except for immigration information) ensured the comparability of the two samples. The same list of symptoms experienced in the past month was used in the two studies. A key feature of the check list was that menopausal symptoms (e.g., hot flashes, night sweats) were embedded in an inventory that included other symptoms to reduce the likelihood that responses would conform to the prevalent stereotype about menopause. To query symptom frequency, we asked women if they had experienced any of the symptoms during the last month. They were presented with a list of vasomotor, cardiovascular, genitourinary, mental/emotional, and general symptoms. Each symptom was recorded as yes or no. This list has been validated for cross-cultural comparisons. In the Latin-American sample, interviews were tape-recorded to collect qualitative data.

Menopause status was classified using the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10 classification. Based on the reported date of last menstruation, premenopausal women were defined as those who had regular menstrual cycles. Perimenopausal women were defined as those who had a period in the last 60 days but had irregularity in their bleeding patterns (early perimenopausal) and those who had skipped two or more cycles but had a period in the last year (late perimenopausal). Postmenopausal women were defined as those women who had no menstrual bleeding in the previous 12 months. If their last period was less than 5 years ago, they were considered to be early postmenopausal; if their last period was five or more years ago, they were defined as late postmenopausal. For the analyses presented here, early and late perimenopausal women have been combined into one category, and early and late

postmenopausal women have also been combined. Women who have undergone hysterectomy and/or bilateral oophorectomy and/or had lost their periods owing to chemotherapy were classified as induced menopausal. This last category could include women who are hormonally premenopausal, as their ovaries have not been removed. For this reason, the induced menopause category is separate from the natural menopause category.

The results section opens with Chapter 3, which reviews the recent Latin-American migration process in Spain using the National Immigrant Survey, and the Continuous Register of Population to analyze its characteristics. Secondly it evaluates the socio-demographic and living conditions differences between the 45 to 55 aged Latin-American women and their Spanish neighbors. This chapter highlights the differences in population structure, levels of education, family structure, possibility to access to the qualified sector of the labor market, and health condition. It also points out the initial heterogeneity of the Latin-American immigrant population, but concludes that this population is mainly composed of economic immigrants, and thus their living conditions and socio-economical situation are being homogenized through the Spanish labor market. In contrast with the Spanish population, Latin-American immigrants have more instability and precariousness in the social, familial and economic context, and even though their life styles tend to be healthier (i.e., smoking habits, alcohol intake and exercise) they have worst health status compared with the Spanish women.

Chapter 4 examines the variability in age at menopause and explores factors associated with an earlier age at menopause. Median estimated age at natural menopause was 52.0 years (51.2-53.0) for Spanish women and 50.5 years (49.9-51.2) for Latin-American women. Immigrant women were more likely to reach menopause at

an earlier age after controlling for confounding factors. Nulliparity, lower levels of education and being married were associated with an earlier age at menopause. A higher BMI was associated with a later age at menopause in the Spanish model. Among the Latin-American sample, women from the Dominican Republic and women who underwent menopause before migrating were more likely to reach menopause at an earlier age. Age at menarche, oral contraceptive use, smoking, and alcohol intake were not statistically associated with age at natural menopause in either population. The results reported here illustrate the differences in age at menopause which seems to be a relatively plastic event affected by genetic, social and environmental factors from the place of residence and from country of origin.

Chapters 5, 6 and 7 assess the symptomatology of menopause and the evidence that both populations have a high number of symptoms that compromise their general health status. Vasomotor and genitourinary symptoms are the only symptoms related to the hormonal transition that occurs during menopause, but they are not the main symptoms that affect 45 to 55 aged women. Latin-American immigrants have higher frequencies of emotional and somatic symptoms compared with Spanish women, but lower frequency of hot flashes after controlling for confounding variables. No differences were found in reported frequencies of night sweats or women that experience both night sweats and hot flashes at the same time between Latin-American immigrants and Spanish natives. Because their determinants and frequencies differ, hot flashes and night sweats should be queried and analyzed separately in cross-cultural surveys. More research, including objective versus self-reported hot flash frequencies, is needed to clarify the differences in reported hot flash frequencies, as the lower reports among immigrants could be a cultural phenomenon rather than a biological phenomenon.

The higher frequencies of emotional symptoms among the immigrant population are explained by several factors, such as those associated with psycho-social stress (e.g. instability in the house hold), and factors related with general health status and by the presence of somatic symptoms such as fatigue, joint pain or headache. Thus mental health of immigrant women seems to be affected by uprooting and also by the likely discrimination to access similar jobs as the ones that the host population enjoys, which in turn influence the chances of immigrant women to achieve a similar economic status to the one of the Spanish women.

Chapter 8 uses qualitative analysis to explain postmenopausal experiences of women from Ecuador, Peru, Colombia, Bolivia and Dominican Republic in a migratory context. These immigrant women understand menopause as a natural change and perceived it as a physiological experience. They tend to compare they experience with the myths surrounding menopause (e.g., when women arrive to menopause they become old, insane, useless, develop illnesses, die) and the experiences of other women to evaluate the difficulty of the process. Fewer than one in three women thought that menopause was difficult. Women from Dominican Republic seem to be a separate group, as their age at menopause is earlier and they have a less symptomatic experience and a more apathetical perception of their menopause. Principal strategies and management of menopause transition of Latin-American immigrant women are attitude related (e.g., not thinking about it, waiting and acceptance) and can be affected by the migratory situation. These immigrant women tend to perceive menopause as a process they should undergo naturally, and thus they rarely employ medication to treat the symptoms of menopause.

Chapter 9 closes the thesis summarizing the main contributions of this doctoral thesis and reflecting about considerations for future investigations.

# Índice

· Agradecimientos	7
· Resumen	11
· Abstract	17
· Índice	25
· Índice de Tablas	27
· Índice de Figuras	28
<b>BLOQUE I: MARCO TEÓRICO Y OBJETIVOS</b>	<b>29</b>
• <b>Capítulo 1. El estudio de la menopausia desde una perspectiva biocultural</b>	<b>31</b>
1.1 Menopausia y salud	34
1.2 Migración y salud	36
1.3 ¿Por qué emplear una perspectiva biocultural y de ciclo vital?	39
1.3.1 Bases biológicas de la menopausia y posibles condicionantes	40
1.4 Justificación	43
1.5 Objetivos	44
1.5.1 Objetivos específicos	44
<b>BLOQUE II: METODOLOGÍA</b>	<b>45</b>
• <b>Capítulo 2. Metodología</b>	<b>47</b>
2.1 Fuentes de datos	49
2.1.1 Fuentes secundarias	49
2.1.2 Trabajo de campo	50
2.2 Definición del estado de menopausia	55
2.3 Lista de síntomas	57
2.4 Análisis estadísticos	58
2.5 Datos cualitativos	61
	25

2.6 Limitaciones del estudio	62
<b>BLOQUE III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>65</b>
• <b>Capítulo 3. El contexto social de las inmigrantes latinoamericanas de mediana edad</b>	<b>67</b>
3.1 El proceso migratorio latinoamericano en España	69
3.2 Características socio-demográficas de la población inmigrante latinoamericana en Madrid según el padrón continuo de habitantes y la encuesta nacional de inmigrantes	74
3.3 Principales características socioeconómicas y de salud de las latinoamericanas en comparación con las españolas registradas durante el trabajo de campo	82
3.3.1 Características del proceso migratorio y diversidad del colectivo latinoamericano	86
• <b>Capítulo 4. El papel de la migración en la edad de menopausia</b>	<b>93</b>
• <b>Capítulo 5. Los síntomas de la menopausia</b>	<b>121</b>
• <b>Capítulo 6. Sofocos y sudores: factores asociados</b>	<b>137</b>
• <b>Capítulo 7. El estado de ánimo: ¿menopausia o migración?</b>	<b>157</b>
• <b>Capítulo 8. Percepción y gestión de la menopausia</b>	<b>171</b>
8.1 Experiencias de la menopausia a través de la voz de las mujeres	177
8.2 Mitos, creencias y realidades	184
8.3 La gestión de la menopausia	187
8.4 Influencias de la migración	192
8.5 Peculiaridades de los diferentes países estudiados	196
<b>BLOQUE IV: CONCLUSIONES</b>	<b>201</b>
• <b>Capítulo 9. Conclusiones</b>	<b>203</b>
9.1. Reflexiones finales - perspectivas de nuevas investigaciones	209
<b>BLOQUE V: BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>213</b>
• <b>Capítulo 10. Bibliografía</b>	<b>215</b>
<b>BLOQUE VI: ANEXOS</b>	<b>229</b>
11.1 Encuesta	231

# Índice de tablas

• Tabla 2.1 Frecuencias de país de nacimiento, nivel de estudios y nacionalidad de mujeres latinoamericanas de 45 a 55 años según las diferentes fuentes de datos	55
• Tabla 2.2 Clasificación del estado de menopausia	56
• Tabla 3.1 Nivel de estudios en función del país de origen	81
• Tabla 3.2 Principales distritos donde residen las latinoamericanas de 45 a 55 años	81
• Tabla 3.3 Porcentaje de mujeres que ya tienen nacionalidad española	82
• Tabla 3.4 Características socioeconómicas y demográficas	85
• Tabla 3.5. Nivel de estudios y entorno de procedencia en función del país de origen	88
• Tabla 4.1. Edades medianas de menopausia estimadas en diferentes regiones del mundo	99
• Tabla 4.2 Características demográficas	105
• Tabla 4.3 Características de las mujeres inmigrantes en función del país de origen	106
• Tabla 4.4 Modelo multivariantes Cox para la edad temprana de menopausia	110
• Tabla 4.5 Modelo multivariante Cox para la edad temprana de menopausia para españolas	111
• Tabla 4.6 Modelo multivariante Cox para la edad temprana de menopausia para latinoamericanas	112
• Tabla 5.1 Frecuencia de síntomas en el último mes	127
• Tabla 5.2 Relación de síntomas agrupados	128
• Tabla 5.3 Relación de síntomas y variables biológicas, socioeconómicas y culturales	130
• Tabla 6.1 Porcentaje de mujeres que refieren síntomas vasomotores	146
• Tabla 6.2 Resultados de la regresión múltiple logísticas para predecir la incidencia de síntomas vasomotores	147
• Tabla 7.1 Regresión logística para síntomas emocionales	164
• Tabla 7.2 Regresión logística para síntomas emocionales en las mujeres inmigrantes	166
• Tabla 8.1 Perfiles socio-demográficos de las mujeres analizadas	174

# Índice de figuras

• Figura 3.1 Evolución de la población inmigrante en España	70
• Figura 3.2 Evolución de la razón de masculinidad por origen de los inmigrantes	71
• Figura 3.3 Porcentaje de inmigrantes en la Comunidad de Madrid según región de origen	75
• Figura 3.4 Estructura por edad de la población de origen Latinoamericano en la Comunidad de Madrid	76
• Figura 3.5 Estructura por edad de la población española en la Comunidad de Madrid	76
• Figura 3.6 Principales motivos por los que migran los inmigrantes en la Comunidad de Madrid (porcentaje en función del país de origen)	77
• Figura 3.7 Situación de trabajo de las inmigrantes de 45 a 55 años de la Comunidad de Madrid en función de la región de procedencia	78
• Figura 3.8 Porcentaje de mujeres de 45 a 55 años residentes en la Comunidad de Madrid según tipo de ocupación y lugar de procedencia	78
• Figura 3.9 Porcentaje de mujeres de 45 a 55 años residentes en la Comunidad de Madrid según estado civil y lugar de procedencia	80
• Figura 3.10 Principales países de procedencia de las inmigrantes latinoamericanas de 45 a 55 años de edad en el municipio de Madrid (porcentaje).	80
• Figura 3.11 Distribución de los distritos de residencia en función del porcentaje de latinoamericanas entrevistadas	83
• Figura 3.12 Características de estilo de vida y estado de salud	86
• Figura 3.13. Edad de llegada y años de residencia en España (años)	88
• Figura 4.1 Edad mediana de menopausia de las españolas en comparación con las latinoamericanas de los diferentes países	107
• Figura 5.1 Número medio de síntomas en función del estado de salud	131
• Figura 5.2 Número medio de síntomas en función del estado de menopausia	132
• Figura 7.1 Frecuencia de síntomas emocionales en función de la población	163
• Figura 8.1 Diferentes maneras de experimentar la menopausia	182
• Figura 8.2 Porcentaje que consideran la etapa difícil en función de su propia experiencia	184
• Figura 8.3 Estrategias y prácticas en relación con la gestión de la menopausia	191
• Figura 8.4 Cuadro resumen de la influencia de la migración en la percepción y las prácticas llevadas a cabo durante la transición menopáusica	196

# **Bloque**

## **I**

**Marco teórico y objetivos**



# **Capítulo 1**

---

---

**El estudio de la menopausia desde una  
perspectiva biocultural**

---

---



La menopausia es un proceso multifactorial que ocurre tras unos cincuenta años de vida. Este proceso está inmerso en un entorno sociocultural, unas condiciones de vida y una historia vital concretas que explican en parte las diferentes maneras de experimentar la menopausia. Los aspectos culturales como las actitudes hacia el envejecimiento, las intervenciones médicas como la histerectomía, la elección del momento de la maternidad, las prácticas de lactancia y fecundidad, los hábitos de fumar, las preferencias alimentarias, las convenciones acerca del matrimonio, hábitos de salud o los medios de comunicación, influyen en la biología del proceso y contribuyen a la variación en la edad y en la experiencia de la menopausia. A nivel individual cada mujer es un mundo y experimenta la menopausia de una manera diferente. Sin embargo este investigación pretende estudiar el fenómeno a nivel poblacional con la intención de arrojar luz sobre estos dos aspectos de la variación humana: la edad de menopausia y los síntomas asociados a la menopausia.

La universalidad de los síntomas experimentados durante la menopausia ha sido puesta en cuestión desde los estudios clásicos con poblaciones japonesas (Lock 1993) y mayas (Martin et al. 1993) y continúa siéndolo a través de la creciente producción científica de estudios comparativos realizados en diferentes poblaciones (Avis et al. 2001; Parsons y Obermeyer 2007). La edad de menopausia también parece estar confirmándose como un evento relativamente plástico (Murphy et al. 2012), incluso se ha observado un cambio secular en edad de menopausia en la población Sueca (Rödström et al. 2003).

En este estudio nos preguntamos como de similares son las experiencias de la menopausia de las mujeres latinoamericanas y las españolas residentes en Madrid. Para ello se emplea una perspectiva biocultural y de ciclo vital que tenga en cuenta tanto las

condiciones de vida de la infancia propias de las comunidades de partida y también los cambios acontecidos en las etapas más tardías donde el hecho de migrar puede tener una influencia relevante. Se recogen datos tanto cuantitativos como cualitativos, lo que facilita una comparación sistemática, pero no limita los significados y percepciones de la menopausia a una serie de opciones predeterminadas que pueden variar en función del contexto de cada mujer. A través de los datos cualitativos las mujeres pueden describir en sus propias palabras las preocupaciones acerca de la menopausia y establecer libremente relaciones entre su experiencia y las circunstancias sociales.

Los estudios comparativos ayudan a separar la influencia de la cultura de los aspectos biológicos propios de la transición menopáusica. Aunque hay que tener en cuenta que esta es una tarea difícil ya que a veces la cultura y la biología se encuentran íntimamente relacionadas una con otra.

## **1.1 MENOPAUSIA Y SALUD**

Conocer el estado de salud de las mujeres de mediana edad se está volviendo un objetivo fundamental a nivel global como consecuencia del envejecimiento general de la población. Las tasas de mortalidad han disminuido y la esperanza de vida es la mayor registrada hasta el momento (United Nations 2010:10). A nivel global a partir de los 50 años de edad hay un mayor número de mujeres que de hombres. Actualmente hay 413 millones de mujeres y 350 millones de hombres con edades superiores a 60 años. Una de cada 4 personas en el sur de Europa tiene más de 60 años y el incremento de personas mayores se ha acentuado también en Latinoamérica y sobre todo en el Este de Asia (United Nations 2010:11). A partir de ahora las mujeres de varios países en vías de desarrollo, principalmente en Latinoamérica y Asia, potencialmente pasarán la mayor parte de sus vidas como mujeres postmenopáusicas debido a su edad de menopausia más temprana sumado al aumento de la esperanza de vida. Esto supone un reto sobre

todo para los países en vías de desarrollo que están poco familiarizados a prevenir los problemas propios de la osteoporosis y otros problemas relativos al envejecimiento.

La edad de menopausia se ha propuesto como una posible medida de salud de la población (Sievert 2001:429). Conforme aumenta el conocimiento acerca de la diversidad y el cambio de edades medianas de menopausia en las diferentes regiones del mundo, el cambio secular en la edad de menopausia se podría emplear de manera similar a como se ha usado hasta ahora la variación en edad de menarquía, la tasa de crecimiento infantil o las tasas de mortalidad infantil (Eveleth y Tanner 1990; Schell 1986). Los cambios en las condiciones sociales y nutricionales son más fácilmente evaluables en la edad de menarquía ya que pueden ser medidos tras 10-15 años, mientras que en la edad de menopausia se reflejan tras 35-55 años. Sin embargo un estudio realizado en Gothenburg, Suecia, encontró un incremento en la edad de menopausia de 0,1 años por año de nacimiento (Rödström et al. 2003:538). Esta nueva evidencia da fuerza a la teoría de la edad de menopausia como marcador de la mejora de condiciones de vida de la población en su conjunto. Aun es necesario que se registren más datos acerca de la variación y diversidad de edad de menopausia para diferentes cohortes de mujeres de manera estandarizada para que esta se pueda emplear como una medida de salud comparable entre países. Quizá pueda resultar paradójico usar la edad de menopausia como marcador de salud ya que está relacionada con un aumento de la osteoporosis, aunque no es necesariamente el factor de riesgo más importante para la fractura por osteoporosis (Beyene y Martin 2001:510). Una edad de menopausia más avanzada se relacionan con una disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, que hasta el momento es la principal causa de mortalidad (United Nations 2010:26), y se ha demostrado que esta inversamente relacionada con la

mortalidad general en un estudio con población noruega (Jacobsen, Heuch y Kvale 2003:923).

La esperanza de vida al nacer de las mujeres que proceden de países latinoamericanos es de 73,6 años (United Nations 2001:89) mientras que para el sur de Europa es de 80,9 años (United Nations 2001:85). Por tanto al emigrar las mujeres experimentan un contraste respecto al estado de salud general de la población de acogida. Es esperable que las mujeres inmigrantes de Madrid tengan una edad de menopausia más temprana, pero hay dudas respecto a cuán plástico puede ser el proceso de envejecimiento reproductivo. Si en Suecia las diferentes cohortes de mujeres variaban su edad de menopausia como consecuencia de una mejora en las condiciones de vida ¿podría estarse retrasando la edad de menopausia de las mujeres inmigrantes como reflejo del cambio brusco en las condiciones de vida ligado a la migración?

## **1.2 MIGRACIÓN Y SALUD**

Una de las teorías más aceptadas en los estudios de migraciones es la “teoría del inmigrante sano”, que hace referencia a que las personas que inician el proyecto migratorio son personas sanas, capaces de poder afrontar las dificultades que supone iniciar un nuevo proyecto de vida en otro país. En un estudio de mortalidad realizado con población inmigrante se observa que las tasas de mortalidad de estas poblaciones son inferiores a las de la población autóctona (Observatorio Permanente de la Inmigración 2009). En este estudio también se menciona “el sesgo del salmón”, es decir los inmigrantes suelen retornar a su país a morir, lo que supondría una subestimación de la mortalidad en los registros españoles.

Sin embargo estas dos teorías no han sido confirmadas en estudios con población latina (puertorriqueños y cubanos) inmigrantes en Estados Unidos que a pesar

de tener un perfil socioeconómico peor tienen una menor tasa de mortalidad. En estos estudios hablan de la paradoja epidemiológica latina y dicen que ni la teoría del inmigrante sano ni el sesgo del salmón pueden explicar las menores tasas de mortalidad (Abraido-Lanza et al. 1999; Turra y Elo 2008). Proponen que los hábitos de vida más saludables (fumar, alcohol y dieta) de la población latina inmigrante pueden actuar como un factor protector, aunque también advierten que los mecanismos de aculturación propios de la migración pueden acabar limitando esta protección a largo plazo (Abraido-Lanza, Chao y Florez 2005).

A pesar de existir unas menores tasas de mortalidad entre la población inmigrante en España, no se debe dar por hecho que su estado de salud actual sea mejor que el de la población autóctona. Los estudios sobre salud y migración evidencian que los problemas sanitarios más frecuentes entre la población latinoamericana inmigrante son los relacionados con depresiones y ansiedad. Estas enfermedades suelen tener su origen en el aislamiento y la exclusión social, que surgen como consecuencia de las dificultades de adaptación, de la ausencia de vínculos sociales y del posible desarraigo (Ballesteros García, Basco Jimenez y González Redondo 2009:64; Restrepo V 2009:13). Hay que tener en cuenta que el proceso migratorio origina en la persona que lo lleva a cabo un cambio brusco en todos los aspectos de su vida, que puede dar origen a una situación de vulnerabilidad y repercutir en su estado de salud. Su situación de salud se puede ver afectada en función de las condiciones del viaje migratorio y de las condiciones de vida en nuestra sociedad (Blazquez et al. 2007:10).

El tiempo de residencia puede repercutir también en la aparición de enfermedades relacionadas con los hábitos de vida de países desarrollados como son la hipertensión, la diabetes o diversas patologías cardiovasculares o respiratorias se hacen

notar tras una estancia prolongada en España (Ballesteros García, Basco Jimenez y González Redondo 2009:65; Vall-Llosera Casanovas, Saurina Canals y Saez Zafra 2009:300).

Entre las mujeres, los problemas que ellas relatan, hacen referencia a dolores osteoarticulares, cefaleas y alteraciones digestivas y hormonales, en definitiva, en su mayor parte manifestaciones psicósomáticas del estrés, de la soledad y de la violencia estructural y psicológica que padecen (Castillo, Mazarrasa y Sanz 2001:9). Esto también se ha visto confirmado por investigaciones cualitativas sobre la situación de las mujeres inmigrantes. El estudio realizado por Elba Bermudez Quintana, con población colombiana en Valencia, muestra como los problemas más frecuentes entre las mujeres latinoamericanas se deben principalmente a las dificultades laborales y la soledad, aunque también resalta hasta cierto punto la paradoja epidemiológica.

*“Este trabajo no genera salud. Pero tampoco me enfermó, porque soy muy fuerte” “Me adelgacé por la tristeza y el dolor. Perdí casi 10 kilos. Me dolía muchos los huesos.” “...una de las cosas que me acuerdo es que la regla no me llegaba, sin ninguna explicación”*  
(Bermudez Quintana 2006:133-138)

Las mujeres inmigrantes están expuestas a trabajos donde no llegan las medidas de regulación, con horarios exhaustivos y hasta nocturnos, que dan buena cuenta de la magnitud del problema de salud (Bermúdez Quintana 2004:79). Su situación por lo general es, en los diferentes aspectos sociales, asistenciales, económicos, laborales y legales, de precariedad e inferioridad (Bermúdez Quintana 2004:79; Gómez Gómez 2002:333).

En esta línea de trabajo son relevantes las publicaciones de Achotegui sobre el “Síndrome de Ulises”, donde analiza de manera exhaustiva las consecuencias de la migración desde el plano psico-afectivo (Achotegui Loizate 2008; Achotegui Loizate et al. 2010). En estos estudios muestra como el duelo que supone abandonar a los seres queridos y la cultura conocida, sumado a una elevada dificultad de adaptación a la nueva sociedad de acogida y el sentimiento de discriminación desencadenan una patología psicológica propia de la población inmigrante, que este autor define como Síndrome de estrés crónico. Este síndrome es descrito sobre todo en población inmigrante en situación irregular.

Entre los inmigrantes en situación regular, que llevan años en nuestro país, los diagnósticos más frecuentes siguen siendo los trastornos de ansiedad, adaptativos y depresivos, de forma semejante a la población autóctona española, pero no el Síndrome de Ulises (Ochoa Mangado, Vicente Muelas y Lozano Suárez 2005:116).

Esta realidad migratoria plantea la pregunta de que si encontramos diferencias en la sintomatología expresada por las latinoamericanas en comparación con las españolas ¿cuánta puede deberse a las diferentes condiciones de vida ligadas al proceso migratorio, cuánta a las diferencias culturales o cuánta a la variabilidad biológica en la experiencia de la menopausia?

### **1.3 POR QUÉ EMPLEAR UNA PERSPECTIVA BIOCULTURAL Y DE CICLO VITAL**

La investigación sobre menopausia no es exclusiva de ninguna disciplina. El tema es de interés de antropólogos físicos y sociales, biólogos, historiadores, psicólogos, sociólogos, médicos de diversos campos como la epidemiología o la endocrinología, feministas y economistas de la salud. Cada disciplina tiene su propio

enfoque y sus propios principios metodológicos: por tanto hay casi tantas maneras de abordar la menopausia como disciplinas.

El estudio de la menopausia que se realiza en esta tesis pretende encontrar un equilibrio entre las dos posiciones extremas más comunes: la de que la menopausia es un proceso biológico determinado por una deficiencia de estrógenos y la de que es un proceso construido socialmente. El enfoque tomado es multidisciplinar e intenta integrar las dimensiones biológicas y culturales de la menopausia. Dado que el fenómeno que estamos considerando es multifactorial y refleja las circunstancias tanto sociales como fisiológicas, su entendimiento requiere un grado de familiaridad con ambas perspectivas: biológica y cultural.

Estamos en un momento de transición respecto a la manera de estudiar la salud de las mujeres. Se ha pasado de estudiar la salud de la mujer en base a un modelo masculino entendido como normalidad y tener escasa información sobre los procesos exclusivos de la mujer como son la menstruación y la menopausia, a una etapa donde se exageraban los problemas atribuidos a la menopausia y aumentaban los tratamientos hormonales. Actualmente conviven con estos discursos la producción científica de aquellas personas que entienden la salud con un enfoque holístico y con una perspectiva de ciclo vital que han tratado el tema de la menopausia contextualizado dentro de unas condiciones de vida y han resaltado los condicionantes sociales, psicológicos, culturales y biológicos que la rodean.

### **1.3.1 Bases biológicas de la menopausia y posibles condicionantes**

Al nivel biológico es necesario saber que la menopausia es un proceso de ciclo vital. A las cinco o seis semanas de gestación las células germinales que se originan en el saco vitelino migran hacia las crestas gonadales donde se desarrollará posteriormente

el ovario. Hacia la semana once o doce se forman los oocitos. Al contrario que en los hombres, que siguen generando células reproductivas hasta avanzada edad, en la mujer la producción de células sexuales termina hacia el quinto mes de gestación. Por tanto el número de células que se forman antes del nacimiento condiciona en parte la edad de menopausia. En el momento del nacimiento la mayoría de estos oocitos degeneran, pasando la reserva ovárica de contar con siete millones de oocitos aproximadamente a dos millones (Moore y Persaud 1996:173). En el momento de la pubertad la reserva ovárica es de unos cuatrocientos mil oocitos de los cuales solo el 0,01% se perderán mediante el proceso de ovulación, el resto degeneraran a través del proceso de atresia folicular.

Otro condicionante biológico de la menopausia es el ritmo de atresia folicular que es muy elevado cerca del nacimiento y se reduce posteriormente hasta alcanzar unos niveles relativamente constantes entre los 30 y los 40 años. A partir de los cuarenta el ritmo de atresia folicular es más lento que durante las etapas previas (Leidy, Godfrey y Sutherland 1998:851). La menopausia ocurre cuando el número de folículos de la reserva ovárica disminuye hasta un punto en que se deja de producir el control hormonal necesario para que se mantengan los ciclos menstruales (Sievert 2006:37). El número mínimo de folículos necesarios para que se mantenga la regulación hormonal del sistema hipotálamo, glándula pituitaria y ovarios para que se produzca la menstruación también es un condicionante biológico de la edad de menopausia.

Carme Vals hace referencia a una serie de condicionantes sociales como son la elección de maternidad, haber tenido varios partos, lactancias prolongadas o encargarse mayoritariamente de los cuidados de los menores y mayores de la familia, sumado o no a su jornada laboral (Valls Llobet 2006). Otros condicionantes sociales que también

pueden influir en los estilos de vida de las mujeres son los patrones culturales que hacen que las mujeres tengan una menor tasa de actividad física respecto a los hombres, o que inciden en los hábitos de fumar y beber. Germain Greer hace énfasis en el estrés psicosocial que sufren las mujeres que envejecen en sociedades edadistas, donde el envejecimiento de la mujer es algo negativo ya que los modelos de belleza son los de las mujeres jóvenes y, en contraposición a lo que ocurre con los hombres que se consideran que maduran, las arrugas en las mujeres son un factor que las desvaloriza socialmente y las invisibiliza (Greer 1993).

La perspectiva de ciclo vital puede arrojar resultados como los encontrados por Sievert en un estudio en el estado de Nueva York donde se le preguntó a las mujeres si habían tenido algún tipo de molestias durante su periodo y encontró que las mujeres que habían tenido dolores premenstruales tenían más sofocos durante la menopausia y que aquellas que tenían cambios de humor premenstruales también presentaban más irritabilidad en la menopausia (Leidy 1996). Las depresiones son procesos recurrentes, una historia previa de depresiones aumenta el riesgo de volver a tener depresión en general (Kainai et al. 2003:839; Miller y Daniels-Brady 2005:11). Ahora bien, Kaufert y colaboradores concluían que el estrés de la vida diaria, el estado de salud y la aparición de enfermedades crónicas parecían condicionantes más relacionados con los procesos depresivos detectados durante la menopausia que los cambios hormonales propios de la etapa (Kaufert, Gilbert y Tate 1992).

Por tanto la menopausia es algo más amplio que el fin de las menstruaciones y es un concepto construido en parte socialmente, pero también a través de la experiencia corporal individual. Es un proceso global y complejo que ocurre tras cincuenta años de vida, por lo que es necesario emplear una visión holística que integre una perspectiva de ciclo vital y también que tenga en cuenta la variabilidad humana inevitablemente ligada

a un entorno cultural y unos condicionantes de vida concretos. Es por ello que en este estudio se emplea la perspectiva biocultural y de ciclo vital.

Resulta interesante evaluar los diferentes factores sociales y fisiológicos que han sido relacionados con la menopausia en estudios previos en esta muestra amplia de mujeres de diferente origen que comparten un mismo lugar de residencia, pero que probablemente experimenten diferentes condiciones de vida, sesgadas en parte por la condición de mujeres migrantes de las latinoamericanas y sus bagajes culturales diversos, aunque en la actualidad están rodeados de las presiones propias de la cultura y sociedad de una urbe como es Madrid.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La menopausia está influenciada por diversos factores genéticos, biológicos, sociales y ambientales, que explican en parte las diferentes maneras de experimentar la menopausia. El interés de este trabajo radica en la valoración de las consecuencias de la transformación social sobre la transición menopáusica y permitirá evaluar la plasticidad del proceso.

Debido a que la población extranjera representa un colectivo muy heterogéneo, en cuanto a procedencia y estilo de vida, es importante contar con información acerca del grupo étnico y el país de origen. En la presente tesis doctoral se restringe al análisis al colectivo de mujeres inmigrantes de América Latina, ya que es el colectivo nacido en el extranjero más numeroso en el Municipio de Madrid. Por tanto son sus características las que más van a influir sobre los patrones postreproductivos globales de la sociedad huésped. El conocimiento más profundo de su comportamiento durante la transición menopáusica proporcionará información adicional para dar atención adaptada a sus necesidades sanitarias concretas. La investigación se centra en la transición

menopáusica ya que es un periodo no estudiado en la población inmigrante y poco conocido en las sociedades de origen. Además puede contribuir a conocer la variabilidad humana y aportar información sobre los factores que afectan esta parte del ciclo vital y sus consecuencias en una sociedad cada vez más envejecida.

## **1.5 OBJETIVOS**

El objetivo general de la tesis doctoral consiste en profundizar en el conocimiento de la menopausia de las mujeres en España desde una perspectiva biocultural y comparativa entre la población española y las inmigrantes latinoamericanas en residentes en Madrid analizando los factores que afectan a la salud postreproductiva de las mujeres.

### **1.5.1 Objetivos específicos:**

- Estudiar la edad de menopausia
- Evaluar si existen diferencias en la edad de menopausia entre las mujeres inmigrantes latinoamericanas y las españolas.
- Investigar cuales son los factores relacionados con una edad de menopausia más temprana y si existen diferencias entre estas dos poblaciones.
- Describir los síntomas experimentados durante la transición menopáusica en las dos poblaciones
- Explorar las diferencias étnicas en los síntomas de las mujeres de mediana edad en España.
- Evaluar posibles asociaciones entre los síntomas y los factores del contexto.
- Profundizar en el significado, la percepción y la gestión de la menopausia de las mujeres inmigrantes latinoamericanas postmenopáusicas.

**Bloque**

**II**

**Metodología**



# Capítulo 2

---

---

**Metodología**

---

---



## 2.1 FUENTES DE DATOS

### 2.1.1 Fuentes secundarias

*El Padrón Continuo de Habitantes:* Desde 1996 Instituto Nacional de Estadística (INE) ofrece un registro continuo de la población con información básica sobre la población inmigrante existente en España. Aunque respecto al Censo la información que ofrece el Padrón es más limitada esta se actualiza periódicamente. De cara a estudiar la población inmigrante esto es importante debido a su alta movilidad. Además los inmigrantes tienen interés en registrarse dado que el empadronamiento conlleva el derecho a la educación y a disfrutar de los servicios de salud. También es cierto que esta misma ventaja puede tornarse en desventaja al animar a empadronarse a personas que no residen habitualmente en España. Para controlar este último problema que puede llevar a una sobrestimación de la población inmigrante, a partir de diciembre de 2005 los extranjeros no comunitarios sin autorización de residencia permanente, tienen obligación de renovar su inscripción padronal cada dos años. De no llevarse a cabo sería motivo de caducidad de la inscripción. Esta reforma ha contribuido a mejorar notablemente la calidad del Padrón.

Esta fuente de datos se ha empleado tanto para evaluar la evolución de la población inmigrante según su país de procedencia haciendo uso de las series temporales de población. Y también se ha solicitado una explotación específica del Padrón municipal de Madrid del año 2010 para caracterizar a las mujeres de 45 a 55 años originarias de países latinoamericanos y residentes en Madrid. Esta información ha permitido establecer la cuota en función del número de mujeres por país de origen para mantener la representatividad de la encuesta realizada y fijar un tamaño muestral y un error muestral mediante el cálculo para poblaciones finitas en función de la cifra de

inmigrantes oficial en el municipio de Madrid. Los datos acerca del nivel de estudios, distritos de residencia y porcentaje de inmigrantes nacionalizadas que se pidió en la explotación ha servido para evaluar la fiabilidad de la encuesta realizada y poder analizar sus sesgos.

*La Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI)*: se empleó para caracterizar al colectivo latinoamericano dentro del contexto migratorio general. Esta encuesta ofrece una abundante información acerca de los inmigrantes presentes en el país que permite complementar y profundizar nuestro conocimiento del fenómeno migratorio más allá de la información recogida en las fuentes oficiales existentes. Recoge información sobre la experiencia migratoria en cuestiones tan relevantes como la familia, el trabajo, la vivienda, las redes migratorias, los lugares de origen, los cambios de localidad, la experiencia migratoria de los familiares y amigos más directos, etc. También cuenta con variables como la estructura por sexo y edad de la población o la estructura de la actividad económica que son complementarias a las fuentes específicas como la Encuesta de Población Activa y el Padrón Continuo de Habitantes (Reher y Requena 2009b).

### **2.1.2 Trabajo de campo**

Esta tesis emplea dos muestras, una de población española y otra de población latinoamericana, con la intención de posibilitar un estudio comparativo.

La base datos de mujeres españolas fue recogida durante el estudio Decisions at Menopause (DAMES) en Madrid en 2002-2003. Esta base de datos ha sido cedida por Carla Makhoul Obermeyer, investigadora principal del proyecto DAMES para la realización de un estudio comparativo con las mujeres de origen latinoamericano. Contiene los datos de 292 mujeres de edad comprendidas entre los 45 y los 55 años

de edad del municipio de Madrid. El muestreo se realizó de manera aleatoria, para contactar a las mujeres se les escribió una carta a su domicilio invitándolas a participar en el estudio y posteriormente se las contactó por teléfono para concertar la entrevista. Las entrevistas fueron realizadas en persona por un equipo de 4 encuestadoras previa obtención de su consentimiento informado. La encuesta recogía información demográfica básica y socioeconómica, incluyendo los cambios recientes en su hogar; asuntos relativos a su salud incluyendo estilos de vida, hábitos de fumar, ejercicio y la utilización de servicios de salud; la historia reproductiva y los cambios en sus ciclos menstruales; los síntomas experimentados durante el último mes; la utilización de servicios de salud y medicamentos para la menopausia incluyendo preguntas acerca de la toma de decisión, fuentes de información, y si encontraban este procesos difícil. Se puede encontrar una descripción más pormenorizada de la metodología empleada, el transcurso del trabajo de campo y sus resultados en las siguientes publicaciones (Obermeyer, Reher y Cortés Alcalá 2004) Al ser una muestra aleatoria de la población española se incluyeron 18 mujeres de origen extranjero. Para el estudio comparativo se han seleccionado solamente las mujeres nacidas en España, por lo que la muestra final es de 274 mujeres.

Para recoger los datos de la población inmigrante se ha realizado una encuesta a 301 mujeres con edades entre 45 y 55 años de origen latinoamericano residentes en el municipio Madrid entre noviembre 2010 y agosto 2011. Se ha seleccionado este intervalo de edad porque es el que se empleó en DAMES y el que suelen emplear los estudios de población de menopausia dado que es la edad en la que la mayoría de las mujeres devienen menopáusicas. La encuesta recoge información acerca de la situación demográfica, socioeconómica y migratoria, salud y estilo de vida, historia reproductiva y ciclo menstrual, síntomas en el último mes, uso de servicios médicos y decisiones

terapéuticas. La información se ha obtenido mediante una entrevista personal individual. El instrumento contiene tanto preguntas abiertas como cerradas, por lo que la entrevista ha sido grabada, previo consentimiento informado, para poder realizar un análisis cualitativo además del procesamiento cuantitativo de la información. El instrumento está basado en un estudio previo realizado por la Universidad de Harvard y la Complutense bajo el nombre Decisions at Menopause Study (DAMES) que fue realizado en Madrid con población española en 2002-2003 (Obermeyer, et al. 2005). El empleo de una metodología similar ofrece la posibilidad de realizar un estudio comparativo entre la experiencia de menopausia de las mujeres inmigrantes y autóctonas.

La selección de la muestra se ha hecho mediante un muestreo por cuotas en función del país de origen. Los datos para establecer las cuotas se han basado en el Padrón Continuo de Habitantes del año 2010. Se ha empleado la técnica de bola de nieve para poder acercarnos a la población objeto de estudio. La población inmigrantes es de difícil acceso, tiene una gran movilidad residencial y el tema que se aborda es un tema íntimo. En un primer momento se intentó realizar una técnica de muestreo aleatorio con la intención de duplicar la metodología del estudio DAMES. Emplear una técnica aleatoria en función del lugar de residencia era poco recomendable dadas las características de esta población, por lo que se ha considerado que realizar el contacto en persona era la mejor opción. Además debido al endurecimiento de las leyes de protección de datos es complicado obtener una lista nominal sobre el lugar de residencia de las mujeres de 45 a 55 años. Todos los contactos y entrevistas fueron realizados por la misma encuestadora (la autora de la tesis). Este primer contacto con las mujeres se realizó a través de locutorios, comercios de barrio donde se observa que las trabajadoras son Latinas, fiestas y eventos relacionados con la inmigración, iglesias, asociaciones de

inmigrantes, universidades, actos o encuentros de mujeres, consulados, población española que tiene conocidas latinas (generalmente refieren mujeres que trabajan en la casa de algún conocido), también se obtuvieron contactos a través de las mujeres entrevistadas. Para evitar seleccionar a mujeres de una misma red con características similares, la técnica de bola de nieve se limitó a dos contactos por mujer y este proceso sólo se repitió una vez, es decir un máximo de 7 contactos por mujer, y en ningún caso se incluían a familiares en la muestra. Aún así las mujeres no eran proclives a facilitar los contactos de otras mujeres. Las entrevistas realizadas a través de la técnica de bola de nieve suponen un quince por ciento del total de la muestra. El resto son primeros contactos. Además se ha hecho un esfuerzo para mantener la representatividad de la muestra al realizar un muestreo por cuotas en función del país de origen basándonos en los datos del padrón, 2010. La duración media de las entrevistas fue de 39 minutos.

Para conocer los datos sobre nuestra población objeto de estudio hemos contado con la colaboración de Enrique Montoliu (Adjunto Dpto. Datos Estadísticos en la Sección de Estadísticas Demográficas y Sociales del ayuntamiento de Madrid) quien realizó una explotación específica del padrón 2010 para las mujeres de 45 a 55 años nacidas en países de origen Latinoamericano y residentes en el municipio Madrid. La población objeto de estudio tiene un tamaño de 35.249 mujeres a 1 de Enero de 2010, lo que supone un 15 % sobre el total de mujeres de 45 a 55 años residentes en Madrid independientemente del lugar de procedencia (total de mujeres residentes en Madrid de 45 a 55 años es de 233.579 personas).

El tamaño muestral se ha fijado en una muestra mínima de 301 mujeres mediante el cálculo para proporciones para poblaciones finitas. Teniendo en cuenta que el tamaño de la población objeto de estudio es de 35.249 mujeres a 1 de Enero de 2010

y asumiendo que el 50% de las mujeres estarán en la postmenopausia ( $p=q=0,5$ ), si se realizan 301 encuestas esto supone un error muestra del 5,65 % para un nivel de confianza del 95%.

Para observar la bondad de la muestra en la tabla 2.1 podemos analizar de manera comparativa las variables del Padrón Continuo de Habitantes y las de la encuesta realizada para la tesis. Como mencionábamos anteriormente el país de nacimiento se introdujo como cuota por lo que los porcentajes no difieren. El porcentaje de mujeres con estudios superiores en la encuesta es más elevado que lo esperado por el Padrón. Esto puede deberse en parte a que las mujeres con estudios superiores tengan una mayor predisposición a hablar sobre la menopausia. Sin embargo la principal diferencia se encuentra en que hay menos mujeres con estudios secundarios, pero el estrato de población con estudios básicos está correctamente representado. En cuanto a las mujeres que han adquirido la nacionalidad se observa que el porcentaje de la encuesta y del padrón son prácticamente idénticos. El 40,8% de las mujeres de 45 a 55 años de origen latinoamericano había obtenido la nacionalidad según los datos del padrón del 2010 en comparación con el 39,2% de las mujeres encuestadas durante el transcurso del año 2010 y 2011.

Tabla 2.1 Frecuencias de país de nacimiento, nivel de estudios y nacionalidad de mujeres latinoamericanas de 45 a 55 años según las diferentes fuentes de datos

	<b>Padrón, 2010</b> Ciudad de Madrid N=352.249	<b>Encuesta 2010</b> Ciudad de Madrid N=301
<b>País de nacimiento</b>		
Ecuador	24,0	23,9
Perú	15,6	15,6
Colombia	14,0	14,0
República Dominicana	10,6	10,6
Bolivia	7,4	7,3
Paraguay	5,2	5,3
Argentina	4,6	4,7
Venezuela	4,3	4,3
Brasil	3,9	4,0
Cuba	2,9	3,0
Chile	2,5	2,7
Resto	5,0	4,7
<b>Nivel de estudios</b>		
Básicos	17,6	18,3
Secundarios	62,9	50,8
Superiores	19,6	30,9
<b>Nacionalidad española</b>		
Si	40,8	39,2
No	59,2	60,8


## 2.2 DEFINICIÓN DEL ESTADO DE MENOPAUSIA

Definir el estado de menopausia es controvertido ya que, al contrario que con la menarquía (primera menstruación) que es un acontecimiento puntual, el cese de los periodos sucede de manera mucho más irregular. Las mujeres suelen pasar por un periodo de transición denominado perimenopausia que puede tener una duración variable estimada de aproximadamente 4 años según el estudio prospectivo “Womens health Study (MWHs)” realizado en Massachusetts (McKinlay, Brambilla y Posner 1992). Durante esta etapa la irregularidad de los sangrados es característica, por lo que

no es hasta transcurridos 12 meses desde el último periodo que podemos estar seguros de que no se volverá a producir otro ciclo menstrual.

En los últimos años se ha trabajado por estandarizar la clasificación de los estados de menopausia con el fin de facilitar la comparación de los estudios. En este trabajo empleamos la última clasificación propuesta en el congreso Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW+10) (Harlow et al. 2012) que ha sido validada por varios estudios de poblaciones (Gupta, Sturdee y Hunter 2006:15; Im et al. 2010:544) y revisiones (Melby et al. 2011b:103).

Tabla 2.2 Clasificación del estado de menopausia

último periodo menstrual 					
Tipo de fase	Fase reproductiva	Transición menopausica		Postmenopausia	
	premenopausia	Perimenopausia			
		Temprana	Tardía		Temprana Tardía
Duración de la etapa	variable	variable aproximadamente 4 años		1 año	4 años >5 años
Ciclos menstruales	Regulares	duración del ciclo variable (>7 días de diferencia de lo normal)	falta de $\geq 2$ ciclos y un intervalo de amenorrea ( $\geq 60$ días)	amenorrea	

Según esta clasificación se considera premenopausia cuando las menstruaciones son regulares. Perimenopausia temprana si los ciclos son irregulares y han tenido al menos un periodo hace menos de 60 días, perimenopausia tardía si tienen irregularidad y el último periodo ha sucedido hace más de 60 días y menos de un año. Postmenopausia si el último periodo fue hace al menos un año. Se considera postmenopausia temprana si el último periodo fue hace más de un año y menos de 5 y postmenopausia tardía si hace más de 5 años. Para facilitar la interpretación de los análisis se ha creado una variable de estado de menopausia donde se agrupan las

mujeres con perimenopausia temprana y tardía bajo la categoría general de premenopausia y las mujeres con postmenopausia temprana y tardía bajo la categoría postmenopausia (tabla 2.2).

Cuando se ha llegado a la menopausia de forma no natural, bien por una intervención quirúrgica como la histerectomía o por quimioterapia o radioterapia, consideramos que estas mujeres han tenido una menopausia inducida. En esta última clasificación puede ser que se hayan incluido a mujeres que biológicamente tengan niveles hormonales propios de las fases previas a la menopausia si durante la intervención quirúrgica se mantuvieron los ovarios intactos.

En este estudio hemos incluido a las mujeres con menopausia natural, inducida y también a aquellas con terapia hormonal, ya que ofrece información acerca de las decisiones terapéuticas y medicalización de esta etapa del ciclo vital de la mujer. En el apartado de metodología de cada capítulo de resultados se indicará si se han incluido en los análisis a las mujeres con terapia hormonal (TH) o menopausia inducida.

### **2.3 LISTA DE SÍNTOMAS**

La lista de síntomas consiste en 26 ítems incluyendo los síntomas de la menopausia junto con síntomas habituales. Esto permite reducir la posibilidad de elegir aquellos síntomas que conforman los principales estereotipos sobre la menopausia. Se pregunta a las mujeres si han experimentado en alguno de los siguientes síntomas en el último mes (si/no). Ha sido validada por el estudio DAMES (Obermeyer, et al. 2005:192) la cual está basada en otras listas validadas y además sigue las recomendaciones de la guía para Strengthening the Reporting of Menopause and Aging (STROMA) (Melby, et al. 2011:107).

Para los análisis se ha generado una variable que agrupa los síntomas en síntomas vasomotores, cardiovasculares, genitourinarios, emocionales y somáticos. Los síntomas vasomotores hacen referencia a haber padecido en el último mes sofocos o/y sudores nocturnos. Los cardiovasculares a alguno de los siguientes: presión de pecho, palpitaciones o dificultad para respirar. Los genitourinarios se refiere a alguno de los siguientes: incontinencia urinaria, sequedad vaginal, cambios en el deseo sexual, coitos dolorosos. Los síntomas emocionales a: problemas emocionales o con el estado de ánimo, ansiedad, nerviosismo, depresión, cambios de humor, impaciencia. Finalmente los somáticos hacen referencia a haber padecido dolor de cabeza, dolor de las articulaciones, cansancio, mareos, entumecimiento, problemas gastrointestinales, o dificultades respiratorias. Esta clasificación se basa en las recomendaciones realizadas por Melby et al, 2011 (Melby et al. 2011a) para comparar síntomas entre diferentes poblaciones.

## **2.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS**

En el estudio se realiza un análisis descriptivo comparativo de los datos obtenidos en ambas encuestas para presentar la situación demográfica, socioeconómica y de salud de la población inmigrante latinoamericana y de las mujeres españolas, las diferencias en edad de menopausia y en sintomatología. Se presentan los resultados de una serie de pruebas de carácter no paramétrico (Chi-cuadrado) y análisis multivariantes (regresión logística, análisis de supervivencia regresión Cox, análisis probit).

Análisis Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ): mediante la construcción de una tabla de contingencia, valora la existencia de asociación entre dos variables categóricas. Como en la muestra analizada todos los totales marginales pueden variar sin restricciones, para

estudiar la asociación entre variables, se ha aplicado la prueba de independencia ( $H_0$ = no hay asociación entre variables). Para que los resultados sean fiables, la muestra debe ser lo suficientemente grande, lo que implica que el porcentaje de frecuencias menores de 5 no supere el 20%. En el caso de tablas 2x2, ninguna frecuencia esperada debe ser menor de 5 y, si no es así, se ha de utilizar la prueba exacta de Fisher.

Análisis multivariantes:

Análisis de regresión logística: es una alternativa idónea al análisis de variables dependientes categóricas. Permite predecir la probabilidad de ocurrencia de un determinado evento, como por ejemplo la incidencia de sofocos, a partir de los valores de las variables independientes (categóricas o continuas) y determinar el grado de relación entre ellas y la variable dependiente.

Uno de los supuestos básicos de la regresión logística es que exista un tamaño muestral elevado, la razón mínima recomendada de casos por cada variable predictora introducida en el modelo es de 15. La muestra total es de 575 mujeres, lo que supondría un máximo de 38 variables independientes, que en ningún caso se ha superado en los modelos realizados. Esta proporción tampoco se ha superado en los análisis realizados para cada población por separado.

Los métodos de introducción de variables pueden ser por pasos hacia atrás o hacia adelante con la finalidad de desestimar del modelo aquellas variables menos significativas. Sin embargo, se ha preferido utilizar la técnica de introducir, ya que lo que se está intentando predecir es un evento biológico y se pretende que el modelo sea comparable con los resultados de otros estudios. Por ello la selección de las variables introducidas en el modelo se ha basado en la bibliografía previa. Un ejemplo sería el efecto de fumar en la edad de menopausia, en el modelo que hemos realizado esta no ha

sido una variable especialmente explicativa y si utilizásemos la técnica de introducción por pasos se habría eliminado del modelo. Dado que en la literatura esta es una variable controvertida se ha decidido mantener en el modelo final.

Análisis de supervivencia regresión Cox: Del mismo modo que las tablas de mortalidad, la regresión Cox es un método para crear modelos para datos de tiempo para un evento con casos censurados. Sin embargo, permite incluir variables predictorias en los modelos. La regresión logística se limitaría a analizar las variables que aumentan la probabilidad de ser menopáusica, pero el análisis Cox permite incluir la variable de tiempo y saber las variables que predicen llegar a la menopausia a una edad más temprana.

Análisis probit: se han empleado para estimar la edad mediana de menopausia natural. Es una prueba de estatus quo, un tipo de análisis de regresión donde el estado de menstrual en el momento de la entrevista es la variable dependiente y la edad en el momento de la entrevista la variable predictora. Permite estimar el punto en el que la mitad de las mujeres en una población han tenido la menopausia y la otra mitad todavía no, asumiendo una distribución normal en cuanto a la edad de menopausia. Este método evita depender de la memoria de las mujeres, y por tanto limita el error debido a la dificultad de recordar la edad de menopausia. De todas formas la edad mediana estimada de menopausia calculada mediante los análisis probit puede verse afectada por la distribución de edad de la muestra. Por tanto los estudios que contengan una mayor proporción de mujeres jóvenes pueden generar una edad de menopausia más temprana independientemente de la edad de menopausia de la muestra. Dado que en el actual estudio el rango de edad de las mujeres encuestadas es el mismo para ambas bases de datos y no hay diferencias estadísticas en las proporciones de edades entre ambas

poblaciones, la estimación de la edad de menopausia mediante análisis probit hace comparables las medianas de edad de menopausia estimadas.

Los análisis de regresión probit se han llevado a cabo con el programa estadístico Systat versión 12.0. El resto de los análisis cuantitativos se han realizado con SPSS versión 15.0.

## **2.5 DATOS CUALITATIVOS**

En la encuesta realizada con mujeres latinoamericanas, se incluyeron preguntas abiertas sobre la percepción de la menopausia. Se preguntó a las mujeres qué significaba para ellas la menopausia, si consideraba que fuera una etapa difícil, si habían hablado sobre la menopausia con otras personas, cómo compararían su experiencia con las de otras mujeres, cómo se ve la menopausia en sus países de origen y si pensaban que hubiera diferencias con España, si consideraban que la experiencia hubiera sido diferente de pasarla en su país. También se hacían preguntas abiertas acerca de las decisiones terapéuticas que habían tomado y los factores que creían que facilitaban la experiencia. Esta información específica de la menopausia así como el resto de la entrevista han sido grabados previo consentimiento de la mujer encuestada. De manera que se ha registrado más ampliamente información acerca de su situación laboral, migratoria y de salud que permite contextualizar la percepción de la menopausia. Las entrevistas han sido transcritas y analizadas mediante el programa MAXQDA 10 a través de diferentes técnicas de codificación: principalmente codificación inicial, y focalizada.

## 2.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación del estudio se debe a la diferencia en las fechas de recolección de los datos de mujeres españolas y latinoamericanas. En siete años de diferencia ha habido cambios médicos y sociales, entre ellos el cambio de la situación económica del país. El nivel educativo de las mujeres españolas ha seguido aumentando, por lo que algunas de las comparaciones entre la población latinoamericana y la española han de hacerse con precaución. En lo referente a la edad de menopausia, aunque todavía no está completamente demostrado, cabría esperar un ligero cambio secular en la edad de menopausia de las mujeres españolas. Este cambio secular no ha sido estudiado en la población española, pero en poblaciones de origen europeo se observó un incremento de 0,1 años por año de nacimiento. De ser así la edad de menopausia de las mujeres españolas podría estar subestimada en poco más de medio año. Por otro lado no somos conscientes de que haya habido nueva información a nivel poblacional sobre la menopausia. Quizá se hayan ido asentando las prácticas médicas hacia una menor medicalización de esta etapa (Sievert et al. 2008) como consecuencia de las conclusiones sobre el estudio de terapia estrogénica WHI (Women's Health Initiative) en 2002 acerca de un mayor riesgo de cáncer de mama, trombosis y demencia entre las mujeres que usaban terapia hormonal comparado con el grupo placebo (Rossouw et al. 2002; Shumaker et al. 2003). Esto puede haber supuesto una sobreestimación del uso de terapia hormonal en las mujeres españolas. Sin embargo, aún teniendo en cuenta la necesidad de contextualizar alguno de los resultados, consideramos que la riqueza acerca de la variabilidad humana que puede aportar un estudio comparativo es sustancial.

Otra limitación del estudio es que las medidas de salud, nivel de ejercicio y síntomas no se han evaluado mediante medidas clínicas, sino que recogen la frecuencia referidas por las entrevistadas.

Si bien la muestra de mujeres españolas era una muestra aleatoria en un inicio, al eliminar los casos de mujeres que no habían nacido en España, la representatividad se ha visto limitada. En la muestra de mujeres latinoamericanas aunque se ha intentado que fuera lo más representativa posible de la población inmigrante al realizar cuotas por países de origen, no es una muestra aleatoria. Estas circunstancias limitan la capacidad de realizar generalizaciones de los resultados obtenidos al conjunto de población.

La elección de realizar una muestra representativa de la población inmigrante residente en Madrid tiene como consecuencia que existe una falta de homogeneidad en el colectivo latinoamericano. Esto enriquece el trabajo porque lo asemeja a la complejidad existente dentro de este colectivo diverso que tiene como característica común el ser migrantes, pero dificulta las interpretaciones dado que existen diferencias culturales, biológicas y diferente grado de aculturación dentro del colectivo.

Una última limitación está relacionada con el tipo de estudio transversal. Al no disponer de datos longitudinales no es posible determinar si existe una relación de causalidad entre los factores estudiados y las variables dependientes analizadas. La interpretación de los análisis se ve limitada a encontrar los aspectos que se asocian a un determinado evento, como puede ser la edad de menopausia o la incidencia de síntomas.

A pesar de sus limitaciones, este estudio puede aportar una información preliminar acerca de la experiencia de la menopausia de las mujeres inmigrantes e identificar posibles diferencias respecto a la población española que sirvan de base para futuros análisis de la realidad multicultural de Madrid.



# **Bloque**

## **III**

### **Resultados y discusión**



# Capítulo 3

---

---

**El contexto social de las inmigrantes  
latinoamericanas de mediana edad**

---

---



### **3.1 EL PROCESO MIGRATORIO LATINOAMERICANO EN ESPAÑA**

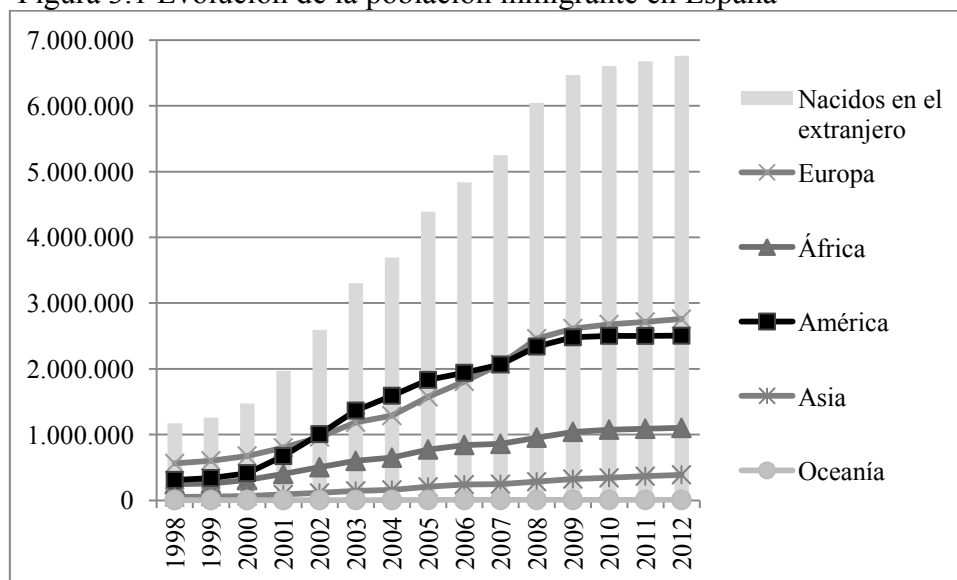
Las migraciones actuales propias de la era de la globalización, el desarrollo de las comunicaciones y la información, suponen el movimiento de 214 millones de personas, un 3% de la población mundial. Esta cifra se ha mantenido constante en los últimos 50 años, debido principalmente a las políticas restrictivas frente a la migración (endurecimiento de las fronteras). Un 37% de estos migrantes se trasladan desde países en vías de desarrollo a países desarrollados. (PNUD 2009:23). A pesar de que a nivel global se haya mantenido el número de inmigrantes internacionales, a nivel regional ha aumentado la migración hacia Europa, siendo España el país que más ha contribuido al aumento de la población inmigrante de la Europa de los 15 (Arango 2005:253; Pastore 2007:110). Las migraciones actuales se caracterizan por ser de orden global multipolar, pluriétnicas con predominio de asiáticos, latinoamericanos y africanos. En general son valoradas negativamente por los países receptores que han introducido políticas restrictivas de control a la movilidad, debido a la limitada capacidad de absorción, promoviendo las migraciones de corta duración y dificultando la plena incorporación de inmigrantes y minorías étnicas. El rechazo generalizado hacia las migraciones ha dificultado en gran medida la integración de las personas inmigrantes en los países receptores (Arango 2007:14 y 15).

La realidad de España, en su trayectoria como país de inmigración, ha cambiado radicalmente en los últimos 15 años. Si durante los últimos años del siglo XX se caracterizó por la llegada de personas procedentes de países desarrollados, sobre todo europeos por motivos de estudio o jubilación, en la actualidad las personas llegadas de países andinos, Este de Europa y Marruecos son los grupos protagonistas. Su migración ha sido impulsada, en gran medida, por las diferencias económicas a nivel mundial, la

crisis global del empleo, el aumento de la población en edad activa como consecuencia de la disminución de la mortalidad, la mejora de los sistemas de transporte y la globalización de la información.

Esta nueva configuración de población inmigrante ha estado acompañada de un crecimiento repentino en su volumen. En 1998 la población nacida en el extranjero suponía un 2,9% del total de residentes en España y actualmente representa un 14,3% del total de la población española, 6.759.780 personas; un 49,1% son mujeres (según el Padrón municipal a 1 enero 2012). La población latinoamericana representa el 37,0% del total de inmigrantes en España; es decir en 2012 había 1.399.185 mujeres y 1.104.524 hombres latinoamericanos en España (Instituto Nacional de Estadística, Padrón municipal a 1 enero 2012). Es el segundo lugar de procedencia de las personas inmigrantes en España después de las Europeas (ver figura 3.1).

Figura 3.1 Evolución de la población inmigrante en España

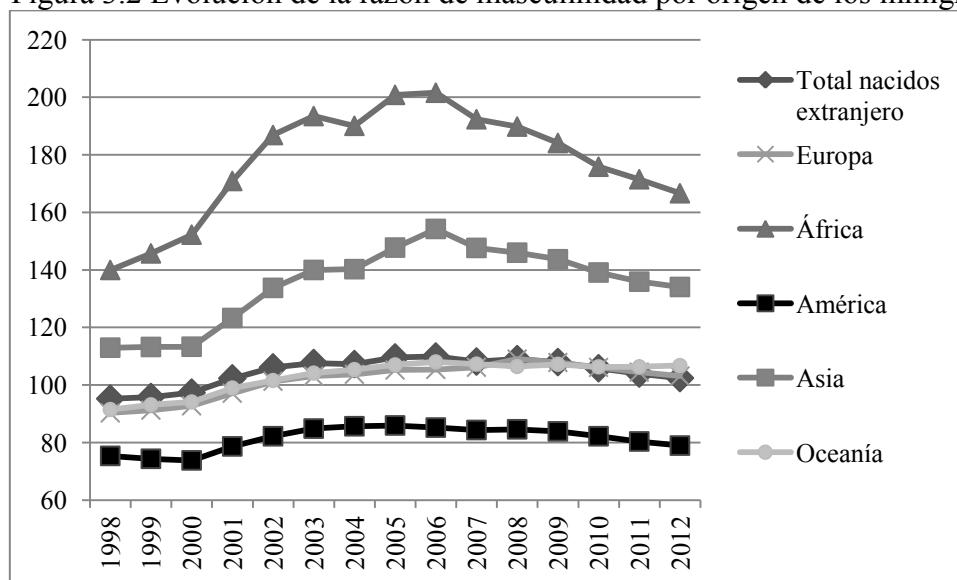


Fuente: INE, Principales Series de Población desde 1998. Elaboración propia.

La feminización de los flujos migratorios también constituye otro cambio importante. Aunque todavía predominan los hombres entre las personas inmigrantes, las mujeres han pasado a ser protagonistas a la hora de emprender el proyecto migratorio.

Ya no llegan sólo por motivos de reagrupación, sino que son ellas las que inician en muchos casos la cadena migratoria. En concreto, la población latinoamericana es ejemplo por excelencia de esta evidente feminización, como se observa en la figura 3.2. Por cada 100 mujeres latinoamericanas llegan 79 hombres (Instituto Nacional de Estadística, Padrón municipal a 1 enero 2012). Según la Encuesta Nacional de Inmigrantes dentro de este colectivo por cada 86 varones llegan 100 mujeres en el caso de los países andinos y en el resto de Latinoamérica esta feminización es todavía más acentuada, por cada 82 hombres llegan 100 mujeres (Reher et al. 2008:27).

Figura 3.2 Evolución de la razón de masculinidad por origen de los inmigrantes



Fuente: INE, Principales Series de Población desde 1998. Elaboración propia.

La feminización de este colectivo cada vez está siendo más marcada, principalmente como consecuencia de la crisis del sector de la construcción. Además la proporción de personas solteras entre el colectivo latinoamericanos es más alta que en los inmigrantes de otros países, llegando al 48% de solteras entre las mujeres que procedían de países andinos (Reher et al. 2008:33). Hay que tener en cuenta que las causas económicas tienen un peso preponderante en la inmigración latinoamericana hacia España, pero en el caso de las mujeres también están vinculadas a otras de

carácter más subjetivo, relacionadas con la búsqueda de nuevos horizontes, salidas frente a situaciones de violencia o conflictos de pareja, alcanzar nuevas oportunidades o lograr una mayor autonomía (Camacho y Hernández 2005).

A pesar de estas motivaciones, la realidad del mercado laboral español promueve que las personas que migran desciendan en su posición dentro del mercado laboral, a pesar de que migran personas con un nivel educativo más elevado que el de las poblaciones de origen y, en algunos casos, mejor que el de las poblaciones de acogida, ocupando puestos laborales para los que están sobre-cualificadas (Sallé Alonso et al. 2009:238; Solé Puig et al. 2009:7). Los principales sectores de actividad de las mujeres latinoamericanas son el servicio doméstico y la hostelería y, en el caso de los hombres, la construcción (Sallé Alonso et al. 2009:240). Es decir, las mujeres inmigrantes, con independencia de su nivel educativo, se hallan en los estratos más bajos de la estructura ocupacional, cubriendo los huecos laborales peor pagados y con menor prestigio social que dejan vacíos las trabajadoras nativas por ser emblemáticos de la discriminación de género (Solé Puig et al. 2009 y 13). Además de la discriminación y segregación social que sufren, las personas inmigrantes se enfrentan a situaciones de irregularidad, que se mantienen en el tiempo, debido a la falta de previsión de mano de obra inmigrante y a la laxa legislación sobre contratación de personas en situación irregular propia de la economía sumergida española (Cachón 2007:73 y 74).

Los hogares de las inmigrantes latinoamericanas se caracterizan por un elevado número de personas y sobre todo por una elevada proporción de personas sin lazo familiar (Reher et al. 2008:139). El número medio de hijos por mujer es superior al de la población española, las procedentes de países andinos alcanzan una descendencia final de 2,46 hijos por mujer, lo que supera en un 21% la fecundidad del resto de los grupos migrantes y prácticamente duplica la fecundidad de las españolas (Reher et al.

2008:39). Sin embargo, las inmigrantes de países andinos son las que en mayor proporción tiene hijos menores de 15 años residiendo en los países de origen (42%) (Reher et al. 2008:53).

Por tanto las inmigrantes que llegan a España presentan unas características concretas que no tienen por qué ser representativas de la población de acogida, ya que proceden de áreas geográficas y grupos socioeconómicos concretos (Reher y Requena 2009a). Por ejemplo, el Producto Interior Bruto per cápita para la región de Latinoamérica y el Caribe es de 8574 dólares comparado con los 30930 dólares de España (The World Bank Atlas Method 2012). La tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años es de 19 muertes por cada 1000 nacidos vivos en Latinoamérica y el Caribe mientras que en España es de 4 muertes por cada mil nacidos vivos (UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation 2012). La esperanza de vida también subraya las diferencias entre las mujeres procedentes de Latinoamérica y las españolas. La esperanza de vida entre las latinoamericanas era de 73,6 años y para las españolas de 80,9 años (United Nations 2001:89 y 421). Por tanto las mujeres que migran experimentan un contraste en las condiciones de salud general de sus países de origen y las condiciones del país receptor. Además hay que tener en cuenta que a pesar de un cierto proceso de asimilación, las condiciones y estilos de vida de las inmigrantes suelen diferir de las de la población de acogida, lo que también puede repercutir de manera diferencial sobre su estado de salud.

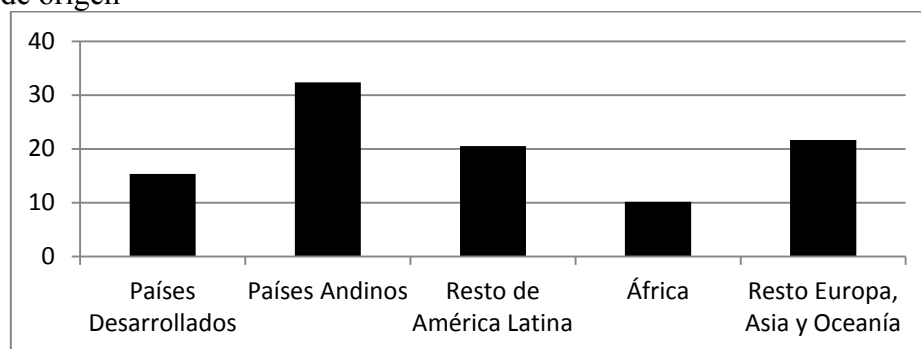
En este capítulo se analizan las características de las mujeres inmigrantes latinoamericanas de 45 a 55 años de edad a través de los datos obtenidos de la explotación del Padrón Continuo de Habitantes del 2010, de la Encuesta Nacional de Inmigrantes y del trabajo de campo. El empleo de estas tres fuentes de datos permite

comprobar la bondad de la encuesta realizada durante esta investigación. Conocer las principales características demográficas, socioeconómicas, migratorias y de salud de la población de estudio es fundamental para poder contextualizar las posibles diferencias que observemos en las experiencias de menopausia que tengan en Madrid respecto a sus vecinas españolas. La llegada de inmigrantes con características diferenciadas no solo altera la composición de la población española, sino que es un motor de cambio social. Evaluar el impacto de la migración sobre la salud poblacional es vital dada su repercusión en las políticas sanitarias y de migración.

### **3.2 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE LATINOAMERICANA EN MADRID SEGÚN EL PADRÓN CONTINUO DE HABITANTES Y LA ENCUESTA NACIONAL DE INMIGRANTES**

La población latinoamericana representa el 12,6% de la población española residente en la Comunidad de Madrid (según el Padrón Continuo de Habitantes, 2010). Son el colectivo más numeroso, más de la mitad de los inmigrantes de la Comunidad de Madrid son latinoamericanos. Los procedentes de países andinos (Ecuador, Colombia, Perú y Bolivia) constituyen el 30,2 por ciento de los inmigrantes, lo que implica que más de la mitad de los inmigrantes latinoamericano proceden de esta región (figura 3.3).

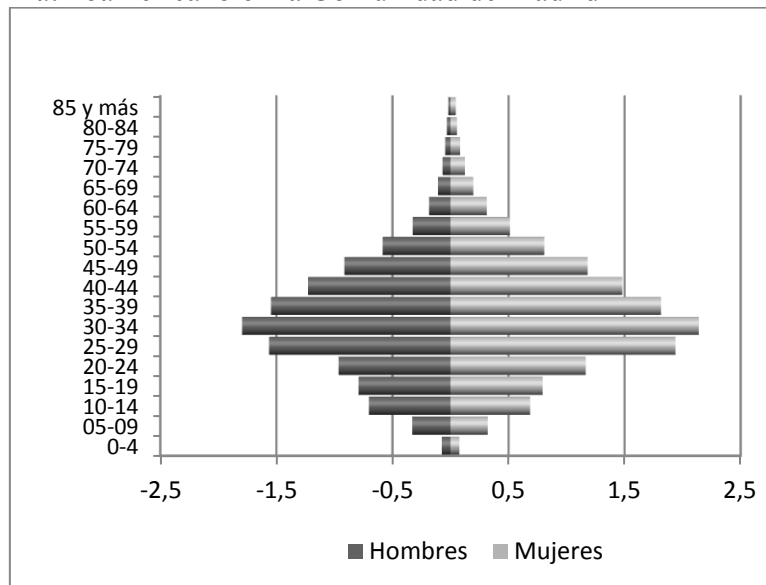
Figura 3.3 Porcentaje de inmigrantes en la Comunidad de Madrid según región de origen



Fuente: Encuesta Nacional de Inmigrantes, 2007. Elaboración propia. La agrupación países desarrollados hace referencia a las personas procedentes de EU15, EEE, Suiza, USA, Canadá, Japón, Corea del Sur, Australia y Nueva Zelanda.

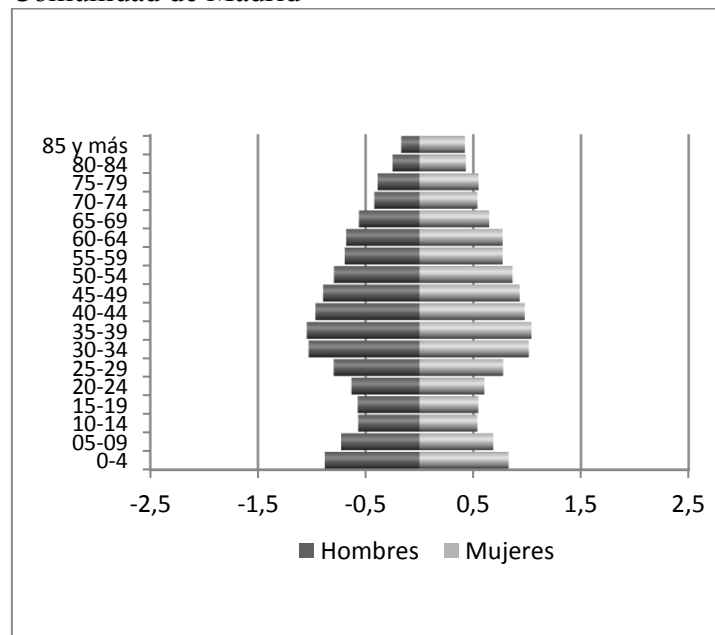
Su estructura poblacional difiere de la población española (ver figuras 3.4 y 3.5). Son una población mayoritariamente joven en edad laboral. Sin embargo observamos que las mujeres de 45 a 55 años, aunque distan de ser el grupo más numeroso, es un colectivo creciente. Los inmigrantes que llegan generalmente a edades jóvenes a España se están quedando, engrosando a lo largo de los años las cifras de migrantes en los grupos de edad avanzada. Como se mencionaba anteriormente, el colectivo latinoamericano está feminizado y esta feminización se acentúa conforme avanzamos en los grupos de edad (ver figura 3.4). En concreto las mujeres de 45 a 54 años de origen latinoamericano eran 52.080 en la Comunidad de Madrid en comparación con las 372.606 españolas de la misma edad.

Figura 3.4 Estructura por edad de la población de origen Latinoamericano en la Comunidad de Madrid



Fuente: INE, Padrón Continuo de Habitantes, 2010. Elaboración propia.

Figura 3.5 Estructura por edad de la población española en la Comunidad de Madrid

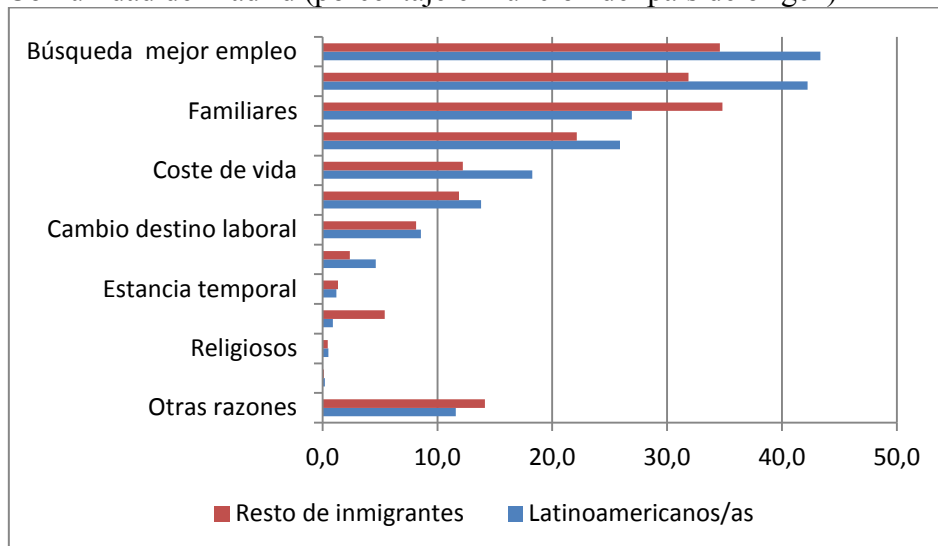


Fuente: INE, Padrón Continuo de Habitantes, 2010. Elaboración propia.

Los principales motivos por los que migran los latinoamericanos residentes en la Comunidad de Madrid hacen referencia principalmente a motivos económicos, de reagrupación familiar y educativos. En el caso de otros colectivos inmigrantes la

reagrupación familiar tiene una mayor importancia que los motivos laborales o económicos.

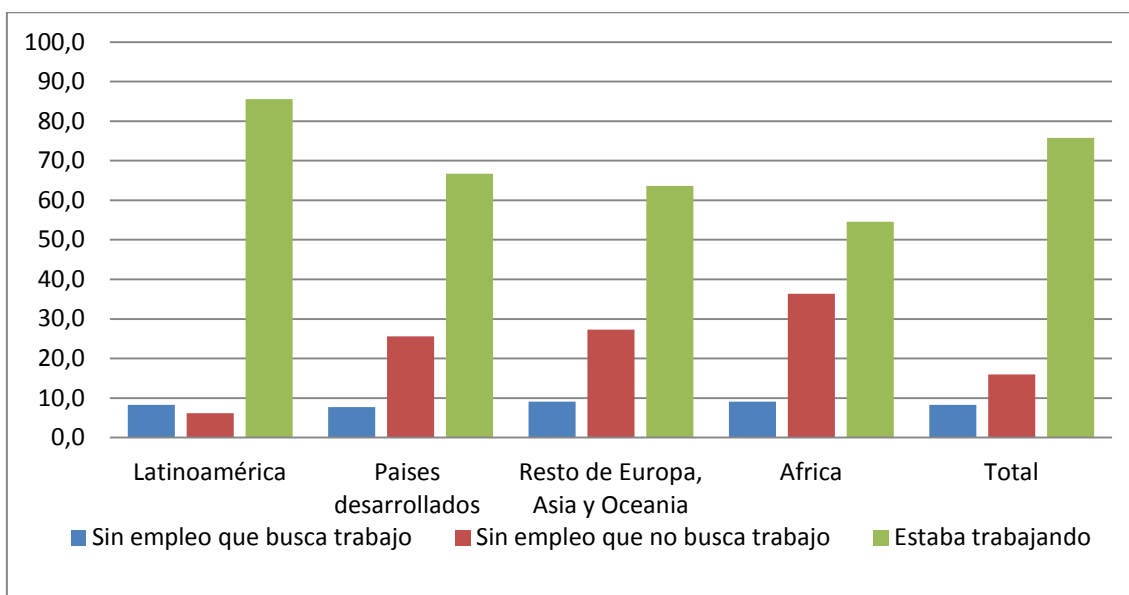
Figura 3.6 Principales motivos por los que migran los inmigrantes en la Comunidad de Madrid (porcentaje en función del país de origen)



Fuente: Encuesta Nacional de Inmigrantes, 2007. Elaboración propia.

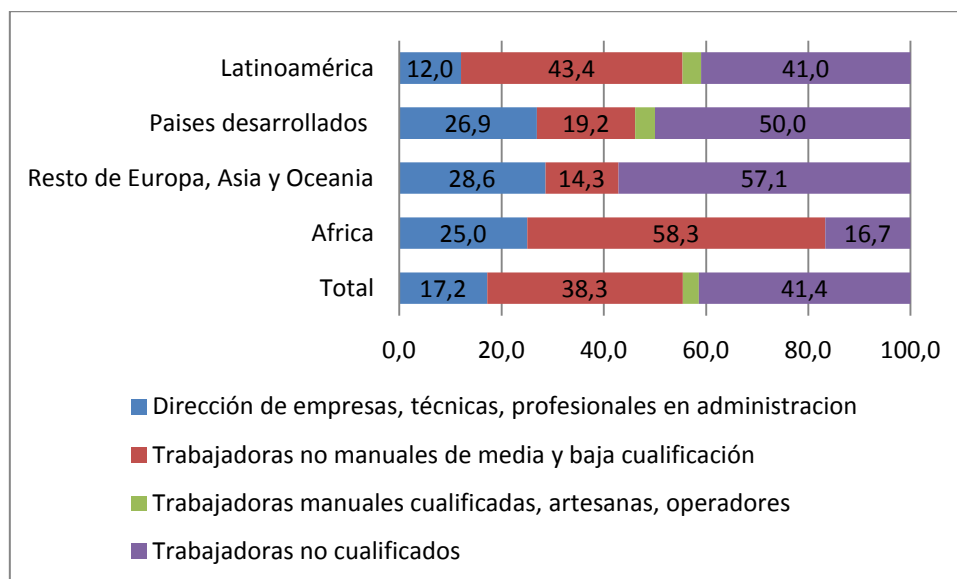
Las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid de 45 a 55 años de origen latinoamericano tienen las tasas de ocupación más elevadas respecto a las inmigrantes de la misma edad de otras procedencias (el 85,6% se encontraban trabajando en el momento de la realización de la ENI). Como observamos en la figura 3.7 de las latinoamericanas que se encuentran sin empleo la mayoría está en un proceso de búsqueda activa lo que contrasta con el resto de las inmigrantes.

Figura 3.7 Situación de trabajo de las inmigrantes de 45 a 55 años de la Comunidad de Madrid en función de la región de procedencia



Fuente: Encuesta Nacional de Inmigrantes, 2007. Elaboración propia. La agrupación países desarrollados hace referencia a las personas procedentes de EU15, EEE, Suiza, USA, Canadá, Japón, Corea del Sur, Australia y Nueva Zelanda.

Figura 3.8 Porcentaje de mujeres de 45 a 55 años residentes en la Comunidad de Madrid según tipo de ocupación y lugar de procedencia

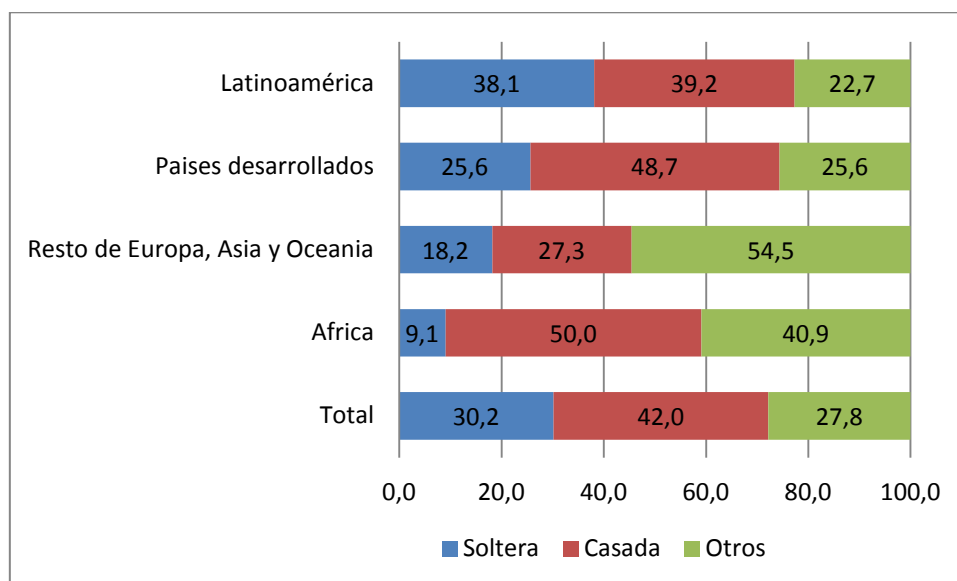


Fuente: Encuesta Nacional de Inmigrantes, 2007. Elaboración propia. La agrupación países desarrollados hace referencia a las personas procedentes de EU15, EEE, Suiza, USA, Canadá, Japón, Corea del Sur, Australia y Nueva Zelanda.

Las latinoamericanas son principalmente trabajadoras no cualificadas y trabajadoras no manuales de media y baja cualificación a pesar de sus niveles educativos. El porcentaje de mujeres que tienen una posición cualificada como directivas de empresas, técnicas o profesionales administrativas es muy inferior al del resto de colectivos (figura 3.8).

Parte de esta situación laboral se ve condicionada por las cargas familiares. El número medio de hijos de las latinoamericanas de 45 a 55 años en la Comunidad de Madrid es de  $1,6 \pm 1,5$  hijos. El número de hijos es superior al de las mujeres de países desarrollados, pero inferior al de las mujeres del resto de Europa y de África que superan los 2 hijos de media. Sin embargo las cargas familiares en el caso de las latinoamericanas son llevadas en mayor medida en solitario. Como se observa en la figura 3.9 el porcentaje de mujeres solteras entre las latinoamericanas es muy superior al de los otros colectivos donde predominan las mujeres casadas o en el caso de las mujeres del resto de Europa, Asia y Oceanía las divorciadas, separadas o viudas. Por tanto la necesidad de empleo de estas mujeres parece ser mayor que el de los otros colectivos cuya situación social está más amortiguada por estrategias migratorias en pareja e incluso una mayor cercanía a las redes familiares de origen.

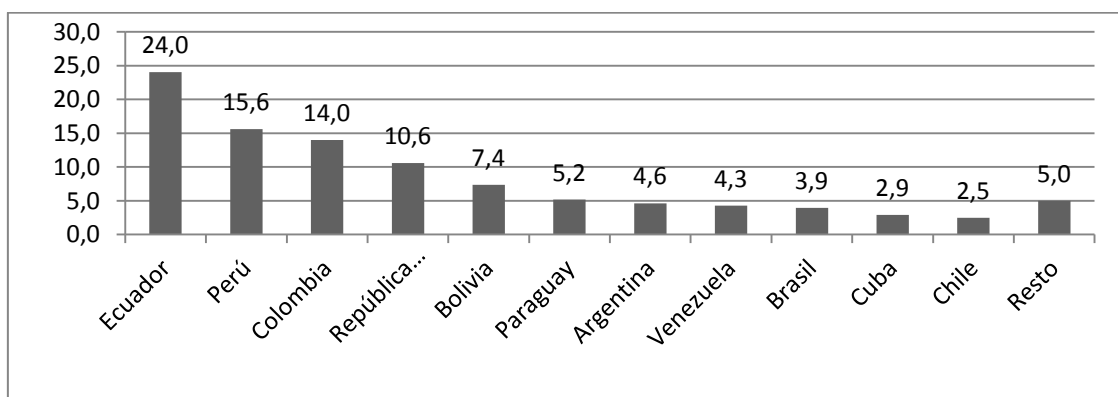
Figura 3.9 Porcentaje de mujeres de 45 a 55 años residentes en la Comunidad de Madrid según estado civil y lugar de procedencia



Fuente: Encuesta Nacional de Inmigrantes, 2007. Elaboración propia. La agrupación países desarrollados hace referencia a las personas procedentes de EU15, EEE, Suiza, USA, Canadá, Japón, Corea del Sur, Australia y Nueva Zelanda.

En lo referente al municipio de Madrid las cifras de la población objeto de estudio, mujeres inmigrantes latinoamericanas de 45 a 55 años, eran 35.249 a fecha de 1 de enero de 2010 (Instituto Nacional de Estadística, Padrón Continuo de Habitantes, 2010). Los principales países de donde vienen estas mujeres son Ecuador, Perú, Colombia, República Dominicana y Bolivia (Figura 3.10).

Figura 3.10 Principales países de procedencia de las inmigrantes latinoamericanas de 45 a 55 años de edad en el municipio de Madrid (porcentaje).



Fuente: INE, Padrón Continuo de Habitantes, 2010. Elaboración propia.

El nivel de estudios de estas mujeres difiere en función del país de origen siendo las mujeres venezolanas y argentinas las que mayores niveles educativos tienen en contraste con mujeres de República Dominicana que en un 41,7% tienen estudios básicos (tabla 3.1).

Tabla 3.1 Nivel de estudios en función del país de origen

<b>País</b>	<b>Básicos</b>	<b>Secundarios</b>	<b>Superiores</b>
Ecuador	19,9	70,6	9,5
Perú	8,4	66,9	24,7
Colombia	14,4	69,1	16,4
Rep. Dominicana	41,7	50,4	7,9
Bolivia	27,8	64,5	7,7
Paraguay	22,0	72,9	5,2
Argentina	3,0	46,8	50,2
Venezuela	5,1	39,1	55,7
Brasil	14,6	62,8	22,6
Cuba	3,8	48,5	47,7
Chile	8,0	65,0	27,0
Resto	12,3	51,2	36,4
<b>Total</b>	<b>17,6</b>	<b>62,9</b>	<b>19,6</b>

Fuente: INE, Padrón Continuo de Habitantes, 2010. Elaboración propia.

Los principales distritos donde residen las inmigrantes latinoamericanas de 45 a 55 años son Carabanchel, Ciudad Lineal, Puente de Vallecas y Tetuán (ver tabla 3.2)

Tabla 3.2 Principales distritos donde residen las latinoamericanas de 45 a 55 años

<b>Distrito</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Distrito</b>	<b>Porcentaje</b>
01. Centro	4,8	12. Usera	4,9
02. Arganzuela	4,7	13. Puente de Vallecas	7,0
03. Retiro	2,9	14. Moratalaz	2,2
04. Salamanca	5,2	15. Ciudad Lineal	9,0
05. Chamartín	4,5	16. Hortaleza	4,1
06. Tetuán	6,9	17. Villaverde	4,8
07. Chamberí	5,3	18. Villa de Vallecas	1,7
08. Fuencarral-El Pardo	5,0	19. Vicálvaro	1,5
09. Moncloa-Aravaca	3,3	20. San Blas	4,0
10. Latina	7,8	21. Barajas	1,1
11. Carabanchel	9,2		

Fuente: INE, Padrón Continuo de Habitantes, 2010. Elaboración propia.

El 40% de las mujeres ya han conseguido la nacionalidad española. Las mujeres de República Dominicana son las que están nacionalizadas en mayor medida,

posiblemente por la larga trayectoria migratoria con España. Seguidas de las mujeres de Venezuela, Argentina y Cuba, que fueron lugares de destino de migrantes españoles y que seguramente sea reflejo del nexo de parentesco todavía existente. Las mujeres de Paraguay y Bolivia destacan por su bajo porcentaje de nacionalización, probablemente debido a la reciente trayectoria migratoria hacia España (ver tabla 3.3).

Tabla 3.3 Porcentaje de mujeres que ya tienen nacionalidad española

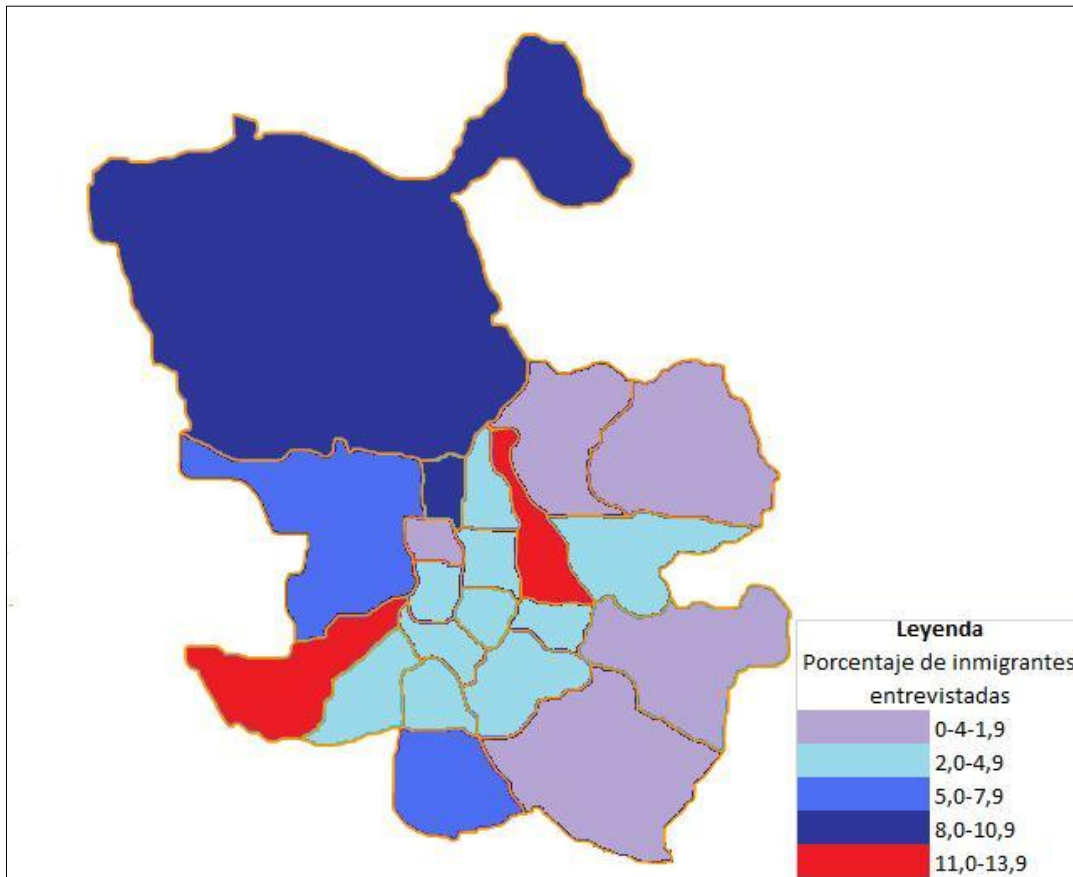
<b>País</b>	<b>Porcentaje nacionalidad</b>
Ecuador	36,4
Perú	48,5
Colombia	38,4
República Dominicana	63,8
Bolivia	6,7
Paraguay	2,6
Argentina	56,7
Venezuela	58,2
Brasil	33,5
Cuba	59,8
Chile	48,5
Resto	45,9
<b>Total</b>	<b>40,8</b>

Fuente: INE, Padrón Continuo de Habitantes, 2010. Elaboración propia.

### **3.3 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD DE LAS LATINOAMERICANAS EN COMPARACIÓN CON LAS ESPAÑOLAS REGISTRADAS DURANTE EL TRABAJO DE CAMPO**

Los países de procedencia de las inmigrantes latinoamericanas entrevistadas coinciden con los datos del Padrón de 2010 ya que esta variable ha sido introducida como cuota para mantener la representatividad de la muestra. En lo referente a lugar de residencia de las entrevistadas difiere ligeramente de los datos del Padrón que indicaban que los principales distritos de residencia eran Carabanchel, Ciudad Lineal, Puente de Vallecas y Tetuán; mientras que las latinoamericanas entrevistadas residían principalmente en los distritos de Ciudad Lineal, Latina, Fuencarral, Tetuán y Carabanchel.

Figura 3.11 Distribución de los distritos de residencia en función del porcentaje de latinoamericanas entrevistadas



El nivel de estudios de las inmigrantes es un poco más alto de lo esperado según los datos del Padrón. Esto también ocurrió con las españolas durante las entrevistas DAMES (Obermeyer et al. 2005:191). Puede ser que las mujeres con un mayor nivel de estudios sean más fácilmente accesibles que las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos y que tengan un mayor interés y predisposición a hablar sobre la menopausia. El nivel de estudios de las mujeres inmigrantes de 45 a 55 años es superior al de las españolas. Esto por un lado puede ser debido a el tiempo transcurrido entre la recogida de datos de las españolas y las latinoamericanas, pero también a un proceso de selección en origen de las inmigrantes.

A pesar de estar más formadas, el poder adquisitivo familiar de la población inmigrantes está muy por debajo del de las autóctonas. Esto por un lado se debe a que las españolas en su mayoría viven en pareja, de forma que son dos personas las que pueden estar contribuyendo a los ingresos familiares. De hecho, en aquellas inmigrantes que tienen pareja, el grado de desempleo de sus parejas es mucho más elevado que el de los hombres españoles. Otro de los aspectos que puede estar contribuyendo al peor nivel adquisitivo es que independientemente de su capital humano las inmigrantes acceden a puestos laborales peor remunerados. Como observábamos según los datos de la ENI, los empleos a los que acceden las latinoamericanas son los de menor cualificación incluso comparando con otras inmigrantes de diferente región de procedencia (ver figura 3.8).

La inestabilidad en el hogar de las inmigrantes es el doble que el de las españolas. Esto puede ser reflejo de la peor situación económica y laboral, pero también de la desestructuración familiar que se produce como consecuencia de la migración. Además las cargas familiares de las inmigrantes son mayores ya que por lo general son madres solteras, pero además el número de hijos es mucho mayor que en las españolas. Los porcentajes de solteras son muy similares a los observados en la ENI (comparar tabla 3.4 y figura 3.9). Sólo el 6,6 por ciento de las inmigrantes no había tenido hijos en comparación con el 21,9 por ciento de las españolas. Prácticamente la mitad de las inmigrantes (48,9%) tenían tres o más hijos, alcanzando los tamaños familiares hasta 10 hijos por mujer. En las españolas solo una de cada cinco mujeres había tenido tres o más hijos. Esta realidad diferencial entre los hogares de las españolas e inmigrantes era esperable como se observaba los apartados 3.1 y 3.2 a partir de los datos de la ENI.

Tabla 3.4 Características socioeconómicas y demográficas

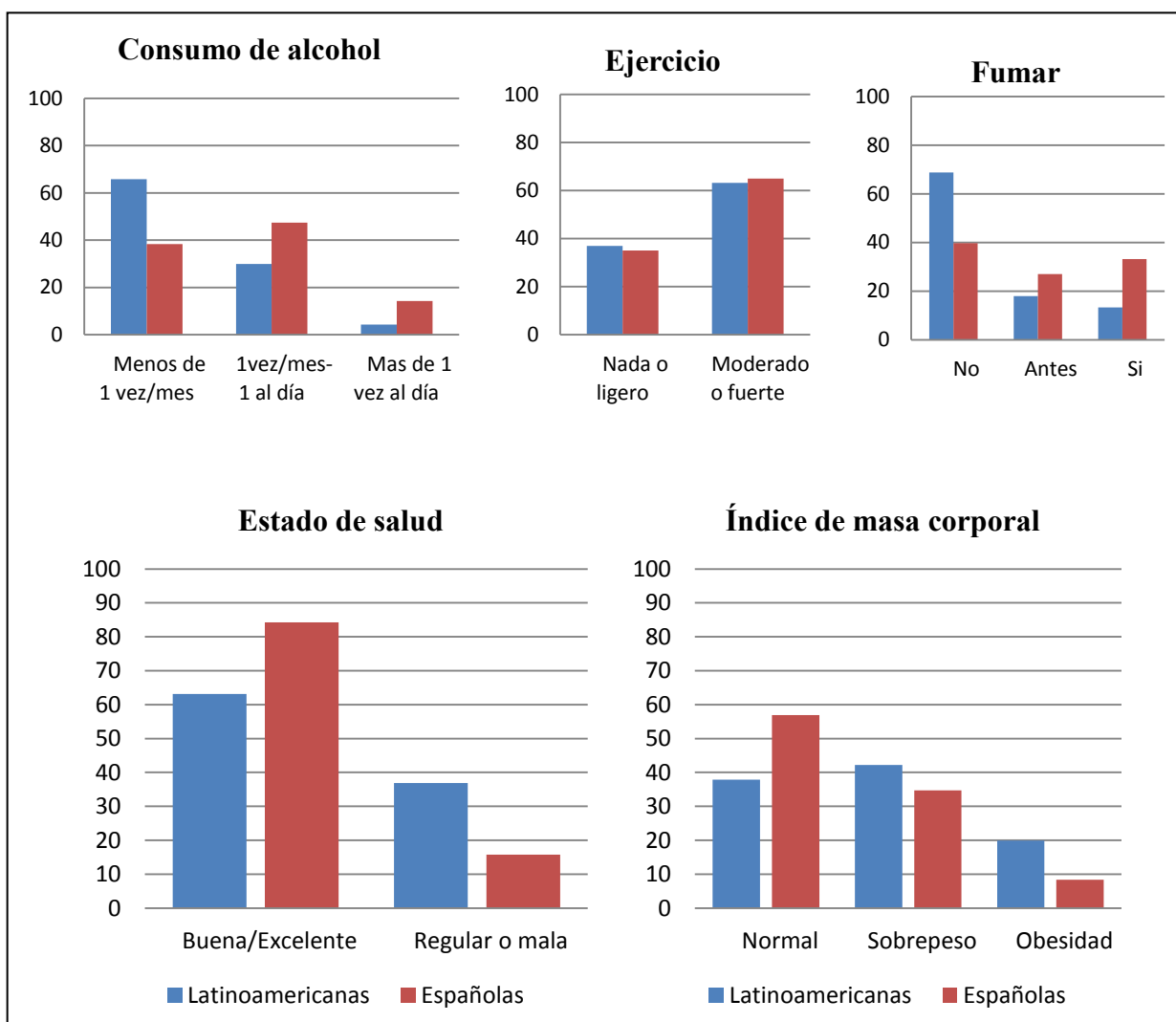
	Latinoamericanas	Españolas
<b>Nivel de estudios*</b>		
Básicos	18,3	28,5
Secundarios	50,8	44,2
Superiores	30,9	27,4
<b>Inestabilidad en el hogar**</b>		
Si	66,4	29,9
No	33,6	70,1
<b>Ingresos anuales**</b>		
Menos de 18000 euros	59,8	38,9
De 18000-30000 euros	35,2	33,6
Más de 30000 euros	5,0	27,5
<b>Trabajo**</b>		
Si	77,4	62,4
No	22,6	37,6
<b>Estado civil**</b>		
Casada	41,9	71,9
Soltera	34,2	18,6
Otro	23,9	9,5
<b>Pareja**</b>		
Si	56,8	75,9
No	43,2	24,1
<b>Pareja trabajo**</b>		
Si	62,1	91,8
No	37,9	3,2
<b>Hijos**</b>		
0 hijos	6,6	21,9
1 hijo	16,6	14,2
2 hijos	27,9	42,3
3 hijos	26,6	17,2
más de 4	22,3	4,4

\*p<0,05; \*\* p<0,01

Respecto a los estilos de vida y al estado de salud se observa que la población inmigrante tiene estilos de vida más saludables. El nivel de ejercicio que realizan es semejante mientras que el consumo de alcohol es menor y sobretodo el porcentaje de mujeres que no fuman es mucho más reducido entre las latinoamericanas que en las españolas (figura 3.12). Sin embargo estos estilos de vida no se reflejan en el índice de

masa corporal ni en el estado de salud auto-percibido que es mucho peor en las inmigrantes que en las españolas.

Figura 3.12 Características de estilo de vida y estado de salud



### 3.3.1 Características del proceso migratorio y diversidad del colectivo latinoamericano

Las mujeres de 45 a 55 años entrevistadas en este estudio han decidido migrar principalmente por causas económicas (64,1%). En su mayoría son ellas las que han iniciado el proyecto migratorio en sus familias. Su intención es mejorar el estilo de vida,

pero sobretodo pensando en sus hijos. Uno de los objetivos mencionados es poder pagar los estudios de los hijos. También se mencionan deudas, hipotecas o falta de trabajo en origen. La segunda causa de migración es la reagrupación familiar (18,6%). El tercer motivo más relevante para migrar son los problemas con la pareja en origen que van desde el maltrato hasta separaciones que nunca terminan de hacerse efectivas (5,6%). También hay mujeres que vinieron a España por motivos de viaje y acabaron quedándose (5,6). Son escasos los casos de migración política (2,3%) o vinculada a los estudios (1,0%). Las causas por las que migraron las mujeres de 45 a 55 años de edad no distan en mucho con las motivaciones de traslado registradas para la población latinoamericana en conjunto durante la ENI (ver figura 3.6). Quizá la diferencia más significativa sea el menor porcentaje de mujeres que viene por motivos de estudio, pero esto puede ser explicado en su mayoría por el componente de edad de la muestra. También es destacable la motivación relacionada con problemas dentro de la pareja o de violencia de género en el colectivo de mujeres. Esta posibilidad de respuesta no se incluyó en la ENI, pero parece ser un motor importante en el caso de las migrantes.

La mayoría procede de entornos urbanos (el 54,8% de grandes ciudades y el 18,6% de ciudades medianas), pero casi una tercera parte es de origen rural (26,6%) y por tanto se enfrentan con un mayor contraste en cuanto a estilos de vida. Existe una cierta variabilidad de tipos de entornos de los que proceden y nivel de estudios en función del país de origen (tabla 3.5). Las mujeres de República Dominicana coincidiendo con la información del Padrón Continuo de Habitantes, son las que menor nivel educativo tienen. Las que más estudios superiores tienen son las colombianas, aunque las peruanas son las en menor proporción tienen estudios básicos. En cierta medida coincide con las mujeres que provienen en su mayoría de áreas urbanas en sus países de origen. Las de

República Dominicana y Bolivia son las que mayoritariamente residían en áreas rurales en sus países.

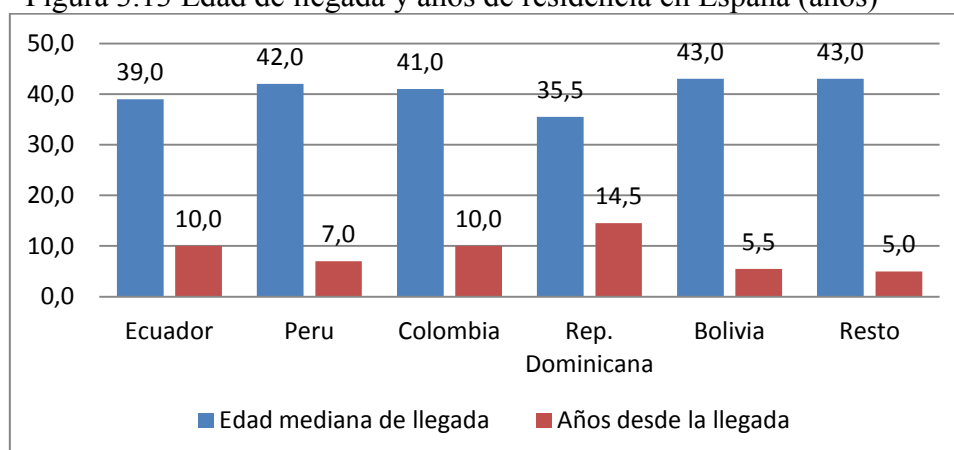
Tabla 3.5. Nivel de estudios y entorno de procedencia en función del país de origen

	Ecuador	Perú	Colombia	República Dominicana	Bolivia	Resto
<b>Estudios*</b>						
Básicos	22,2	6,4	16,7	43,8	27,3	18,3
Medios	50,0	63,8	52,4	40,6	54,5	50,8
Superiores	27,8	29,8	31,0	15,6	18,2	30,9
<b>Entorno*</b>						
Ciudad	59,7	53,2	59,5	25,0	45,5	62,8
Ciudad mediana	13,9	23,4	11,9	21,9	9,1	24,4
Rural	26,4	23,4	28,6	53,1	45,5	12,8

\*p<0,05

La edad mediana de llegada a España es de 41 años y llevan residiendo una mediana de 9 años. La tradición migratoria con España también varía en función del país de origen, siendo las dominicanas las que tienen una trayectoria migratoria más antigua y las bolivianas la más reciente (ver figura 3.13).

Figura 3.13 Edad de llegada y años de residencia en España (años)



A pesar de la edad que se consideraría tardía para el estándar de las migrantes, no son mujeres que hayan sido reagrupadas por sus hijos o por su marido, son mujeres que vieron que en España había trabajo para mujeres y decidieron salir para solventar la

problemática familiar. No se equivocaron al pensar que había trabajo para mujeres, pero este trabajo se limitaba al sector servicios, principalmente el de los cuidados y la limpieza. Esto se ve reflejado en el tipo de empleo que tienen. Independientemente de su capital humano, estas mujeres se encuentran trabajando de internas en casas (10,6%), limpiando hogares (23,3%), como auxiliares de geriatría (12,0%), en restauración (6,6%) o en otros servicios de limpieza (8,3%). Es decir, en trabajos poco remunerados con escasas condiciones de cobertura social. Tan solo el 3,7 % desarrollaban empleos que requerían una cualificación alta y el 2,3% eran empresarias en el momento de la entrevista. Prácticamente no hay mujeres que sean amas de casa (3,0%) o jubiladas (0,7%). Exceptuando estas 10 mujeres que eran amas de casa o se habían prejubilado, el resto de las que no tenían trabajo se encontraba en una búsqueda activa de empleo. Esta realidad coincide con lo que observábamos en la explotación de datos secundarios de la ENI, aunque los datos de desempleo se han visto empeorados en estos últimos años de crisis. No nos deben extrañar estos resultados ya que la ENI fue llevada a cabo en 2007 durante un periodo de relativa bonanza económica. Entre las mujeres que participaron en la presente encuesta el 18,9% se encontraban sin trabajo en el momento de la encuesta. Algunas mujeres mencionaban en sus discursos que no conseguían trabajo porque les decían que ya eran muy mayores para encargarse de cuidar a un anciano.

La inestabilidad laboral no solo afecta a las mujeres sin empleo, el 37,3% de las mujeres en activo consideraba que sus empleos eran inestables. Entre las trabajadoras domésticas era habitual el trabajo por horas en distintas casas, por lo que en general la mayoría se encontraba también en búsqueda de empleo. Con la crisis este tipo de trabajos también se han reducido al comenzar a prescindir la población autóctona de los servicios de limpieza por horas. Hay que tener en cuenta que la gran mayoría de ellas son la única fuente de ingresos de sus familias tanto en España como en sus países de

origen y se esperan que contribuyan con remesas a los ingresos en origen. Como mencionábamos en el apartado anterior en el 60% de los casos los ingresos anuales familiares eran inferiores a 18.000 euros; tan sólo un cinco por ciento tenían ingresos familiares superiores a 30.000 euros. Cuando se preguntaba por cómo había sido su experiencia migratoria y si se habían cumplido sus expectativas, la mayoría de las migrantes económicas mencionaban que su idea era venir un par de años a España para hacer dinero y regresar a sus países y poner un negocio. Sin embargo, la mayoría llevan en España 9 años y han vivido todo el cambio económico que ha sufrido España en la última década. La crisis no ha afectado por igual a la población autóctona que a la inmigrante, el 36,8 por ciento consideraba que no se habían cumplido sus expectativas migratorias.

En los 9 años que llevan residiendo en España de media, el 39,2% de ellas ha adquirido la nacionalidad española, un porcentaje muy similar al que ofrecían los datos del Padrón Continuo de Habitantes de 2010. Sin embargo siguen ancladas en el sector servicios y sus salarios son inferiores a los de las españolas. El 30,2% tiene la residencia permanente, el 15,9 la residencia temporal, el 4,7% la tarjeta comunitaria, el 1,5% tan solo tiene la solicitud de residencia presentada y el 8,5% no tenían ningún tipo de documento en el momento de la entrevista. Para todas ellas la posibilidad de trabajar es clave ya que les permite renovar su situación legal en España.

Las cargas familiares también son un apartado que es fuente de estrés. En el estudio de españolas nos preguntábamos por cómo afectarían los cambios en el hogar, cambios como la independencia de los hijos o la separación. En la realidad latinoamericana nos encontramos que los cambios en el hogar están mucho más presentes. La mayoría tienen a sus familias divididas, el 27,2% tiene a todos sus hijos en origen, el 22,3% los tienen en ambos lados y el 39,2% vive actualmente con todos sus

hijos en España. De las que son madres solo el 43,8% son madres casadas , el resto son solteras, divorciadas o separadas, mientras que en el caso de las españolas que han tenido hijos el 86,0% lo hicieron dentro del matrimonio. De ese cuarenta por ciento, el veinte por ciento no viven con sus parejas. Por tanto la mayoría de las mujeres ejercen la maternidad en ausencia de su pareja. Tan solo el 6,6 % no tienen hijos. La media de hijos por mujer es de  $2,6 \pm 1,5$  hijos, con tamaños familiares que oscilan entre ningún hijo y hasta 10 hijos. El número medio de hijos por mujer es superior a lo que esperábamos encontrar según los datos de la ENI, aunque tenemos que tener en cuenta que esta muestra se compone principalmente de mujeres procedentes de países andinos. Los inmigrantes de esta región también mostraban una mayor paridad según los datos de la ENI. Otra fuente de estrés que ha de considerarse es que a esta edad también comienzan a preocuparse por sus mayores. En la mayoría de los casos reagrupar a los padres es inviable y muchos de ellos se niegan a migrar y abandonar su tierra a tan avanzada edad. En Latinoamérica las personas mayores envejecen dentro de la familia, no hay una tendencia tan marcada de enviar a los mayores a las residencias como en España. Esto implica que los cuidados han de llevarse en la distancia y son eminentemente ayudas económicas en forma de remesa. En algunos casos han de enfrentarse a la pérdida de sus seres queridos también desde la distancia.

Los tipos de hogares son mucho más diversos y cambiantes que para la población autóctona. Además de la realidad social de familias divididas, muchas de ellas comparten piso con otras familias o personas inmigrantes. Un porcentaje importante se encuentra trabajando de interna en hogares españoles (10,6%), con el consecuente aislamiento y falta de regularidad de horarios laborales y de descanso.

La migración no solo tiene aspectos negativos, también supone un reto para estas mujeres y una posibilidad de crecimiento personal y de esperanza de poder solucionar los problemas económicos en origen.

A modo de conclusión podríamos decir que dentro del colectivo latinoamericano existe una cierta variabilidad sobretodo en cuanto a trayectorias migratorias, niveles de estudios y tipo de entorno de procedencia, pero el hecho de ser migrantes económicas y el mercado laboral español se encargan de homogeneizar su situación económica y social en España. Las condiciones de vida de las inmigrantes latinoamericanas son de mayor inestabilidad y precariedad que las de la población autóctona, a lo que además se suma una mayor responsabilidad de cargas familiares. En mitad de toda esta situación sucede la transición menopáusica.

# **Capítulo 4**

---

---

**El papel de la migración en la edad de menopausia**

---

---



## INTRODUCCIÓN

La menopausia es un fenómeno universal por el que pasan todas las mujeres que llegue a sobrevivir hasta la edad de 60 años. El momento exacto en el que se produce este cambio depende de factores genéticos, reproductivos y del estilo de vida de las personas (Gold 2011). Esta combinación de factores modula la edad de menopausia. La edad a la que una mujer llega a la menopausia depende del número de folículos formados en el ovario femenino durante el desarrollo fetal, del ritmo al que vaya perdiendo esas reserva mediante el proceso de atresia folicular a lo largo de su ciclo de vida y del número mínimo de folículos necesarios para que se mantenga los ciclos fértiles (Sievert 2011). Los factores genéticos son los que explican la mayor parte de la variabilidad observada. En estudios con parejas de gemelos observaron que la variabilidad que encontraban en edad de menopausia se podía explicar por factores hereditarios en un 63 por ciento en Inglaterra (Snieder, MacGregor y Spector 1998) y hasta en un 87 por ciento en gemelos holandeses (de Bruin, Bovenhuis y van Noord 2001). El factor hereditario madre-hija parece explicar entre el 40 y el 50 por ciento de la variabilidad observada (Peccei 1999). Mientras que los estudios que han intentado investigar los posibles determinantes reproductivos, sociodemográficos y ambientales de la edad de menopausia han encontrado que pocas características se encuentran significativamente y constantemente asociadas a la edad de menopausia en diferentes poblaciones (Reynolds y Obermeyer 2005). Los factores que se han relacionado con una edad de menopausia temprana más consistentemente son la nuliparidad (Bernis y Reher 2007; Gold et al. 2001; Reynolds y Obermeyer 2005), un bajo estatus socioeconómico o nivel educativo (Luoto, Kaprio y Uutela 1994; Sievert y Hautaniemi 2003; Torgerson et al. 1994; vanNoord et al. 1997) y fumar activamente (Bromberger et al. 1997; Cooper, Sandler y Bohlig 1999; Gold et al. 2001; Reynolds y Obermeyer 2005). Otros factores

que también se han asociado a la edad de menopausia, aunque de una manera menos consistente, son: uso de la píldora (Gold et al. 2001; Palmer et al. 2003; Stanford et al. 1987; Torgerson et al. 1994), edad de menarquía (Gonzales y Villena 1997; Henderson et al. 2008) el índice de masa corporal (Henderson et al. 2008; Palmer et al. 2003; Sievert y Hautaniemi 2003), la actividad física (Kapur, Sinha y Pereira 2009), el consumo de alcohol (Torgerson et al. 1994), la nutrición (Dorjgochoo et al. 2008; Elias et al. 2003), enfermedades infecciosas (paperas) (Cramer et al. 1983), el estado civil (Stanford et al. 1987), la etnicidad (Bromberger et al. 1997; Gold et al. 2001; Henderson et al. 2008) y factores medioambientales como son el origen rural-urbano (Bernis y Reher 2007; Luoto, Kaprio y Uutela 1994) o vivir en lugares con elevada altitud (Blumel et al. 2006; Gonzales y Villena 1997).

En las últimas décadas se ha prestado un mayor interés a intentar comprender la variabilidad que existe entre poblaciones de diferentes orígenes y también a la variabilidad dentro de una misma población. Hasta el momento los estudios sobre la menopausia se habían centrado mayoritariamente en población caucásica y en entender la sintomatología propia de esta etapa. Eran estudios basados en muestras obtenidas de centros de salud u hospitales. No es hasta los años 90 que los estudios poblacionales comienzan a extenderse, con alguna excepción importante como el estudio de Marcia Flint en 1974 que fue de los primeros estudios antropológicos con población de Rajput, en India (Flint 1974). También se realizan estudios longitudinales que permiten establecer el tiempo que transcurre desde que comienza la irregularidad en los ciclos (el inicio de la perimenopáusia es a los 47,5 años) hasta que se produce su cese final (duración estimada de 4 años) (McKinlay, Brambilla y Posner 1992). Hay que tener en cuenta que la menopausia es un proceso mucho más difícil de detectar que la menarquía (primera menstruación). En la menopausia el periodo de irregularidad de los ciclos

puede extenderse varios años y no es hasta transcurridos 12 meses desde que la mujer ha anotado su último periodo que podemos estar seguros de que no volverá a suceder (Organización Mundial de la Salud 1994). Por tanto es una fecha que ha de determinarse de manera retrospectiva.

En la actualidad existen varios estudios realizados con población estadounidense (Brambilla y McKinlay 1989; Gold et al. 2001; Reynolds y Obermeyer 2005; Stanford et al. 1987). Esto en parte se ha visto potenciado a partir de los años 90 por causas demográficas. Debido al fenómeno del Baby-Boom, 40 millones de mujeres solamente en los Estados Unidos han vivido la transición menopáusica entre los años 90 y el 2010 (Gold 2011). En el resto del mundo varios cientos de millones de mujeres también están pasando por la menopausia. En 1990 aproximadamente 467 millones de mujeres tenían más de 50 años en el mundo, el 40 % se encontraba en países industrializados. Se estima que para 2030 sean 1200 millones de mujeres y que más del 76% de ellas provendrán de países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud 1994).

Esta perspectiva demográfica a nivel global probablemente ha influenciado el interés científico por estudiar otras poblaciones. En las últimas décadas han aumentado los estudios con poblaciones de diferentes orígenes (Blumel et al. 2006; Ku et al. 2004; Neslihan Carda et al. 1998; Reynolds y Obermeyer 2001; Reynolds y Obermeyer 2003). Al principio comparar la edad de menopausia de estos estudios con la de los llevados a cabo en Europa o Estados Unidos era difícil ya que había grandes diferencias metodológicas. En los países industrializados la edad de menopausia se establecía a través de análisis logit o probit como la mediana estimada de edad de menopausia, mientras que en los países en vías de desarrollo lo hacían como la media de edad de menopausia referida. Los análisis logit permiten incluir a aquellas mujeres de la muestra

que en el momento de la encuesta todavía no han llegado a la menopausia y esto hace que no se subestime la edad de menopausia de la población. Al calcular la edad media de menopausia solo tenemos en cuenta al grupo de mujeres postmenopáusicas y nos basamos en la edad que ellas recuerdan que les cesaron los periodos. Sin embargo, cada vez hay más estudios en países en vías de desarrollo que emplea la misma metodología que los países desarrollados lo que permite que los estudios sean comparables (Blumel et al. 2006; Gonzales y Villena 1997; Neslihan Carda et al. 1998; Reynolds y Obermeyer 2001; Reynolds y Obermeyer 2003; Sievert y Hautaniemi 2003).

Hasta el momento se observa que la edad de menopausia estimada es más temprana en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados (Blumel et al. 2006; Gonzales y Villena 1997; McCarthy 1994; Reynolds y Obermeyer 2001; Reynolds y Obermeyer 2003). Si tenemos en cuenta los estudios basados en poblaciones de países desarrollados que estimen la edad de menopausia mediante análisis probit o logit la edad mediana estimada de menopausia oscila entre los 51,0 y los 52,6 años; mientras que la de los países en vías de desarrollo oscila entre los 43,8 y los 51,2 años, exceptuando el caso de de un centro de salud de Colombia donde la edad mediana estimada de menopausia fue de 53,0 años (Blumel et al. 2006) (tabla 4.1)

Tabla 4.1. Edades medianas de menopausia estimadas en diferentes regiones del mundo

Región	Autor, año	País	Edad mediana de menopausia	
Latinoamérica	Blumel et al, 2006	Latinoamérica <sup>a</sup>	48,6	
		Paraguay	43,8	
		Colombia	53,0	
	Gonzalez y Villena, 1997	Peru	47,1 nivel del mar	46,1 elevada altitud
			México	48,2
	García Vela et al, 1987 Sievert y Hautaniemi, 2003	México	49,6	
África	Reynolds y Obermeyer, 2003	Marruecos	48,4	
		Oriente Próximo		
Oriente Próximo	Reynolds y Obermeyer, 2001 Neslihan Carda et al, 1998	Libano	49,3	
		Turquía	51,0	
Asia	Murphy et al, 2012 Kapur et al, 2009	Bangladés	48,1 49,2 migrantes a Londeres	
		India	46,82	
Europa	Luoto et al, 1994 Reynolds y Obermeyer, 2005	Finlandia	51,0	
		España	51,7	
	Bernis y Reher, 2007	España	52,1 (rural)	
	Bernis y Reher, 2007	España	51,9 (semiurbana)	
	Bernis y Reher, 2007	España	51,23 (urbana)	
Estados Unidos	Bromberger et al, 1997	USA	51,5	
	McKinlay et al, 1992	Massachusetts	51,3	
	Stanford et al, 1987	USA	51,1	
	Reynolds y Obermeyer, 2005	Massachusetts	52,6	
Australia	Do et al 1998		51,0	

<sup>a</sup> Paraguay, Colombia, Venezuela, Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Perú, República Dominicana, Bolivia, Uruguay, Cuba

Conforme los métodos de estudio se estandarizan las diferencias entre países en vías de desarrollo y los desarrollados parecen reducirse. Comienza a haber algunas evidencias de que existe una cierta plasticidad en la edad de menopausia (Flint 1978). Algunos de los estudios realizados en Estados Unidos con población de diferentes procedencias que llevan varias generaciones viviendo en USA, muestran que hay diferencias étnicas. Las mujeres de descendencia afroamericana tienen edades de menopausia anteriores a las mujeres caucásicas americanas (Bromberger et al. 1997), sin embargo en un estudio posterior no encontraron diferencia con la población afroamericana, pero si observaron que las mujeres japonesas llegaban a la menopausia más tarde (Gold et al. 2001). Otro estudio también llevado a cabo en estados unidos mostró que las mujeres nacidas en estados unidos de origen latinoamericano tenían una edad de menopausia más tardía y que las latinoamericanas no nacidas en estados unidos tenía una edad de menopausia incluso anterior, mientras que las de origen japonés tenían una edad de menopausia más tardía (Henderson et al. 2008). Recientemente también se están estudiando poblaciones migrantes. En un estudio con población de Bangladesh en origen y en Londres comprobaron que la edad de menopausia era inferior en las mujeres de Bangladesh que en las de Londres, pero además que las mujeres emigrantes a Londres tenían una edad de menopausia mayor que las que vivían en Bangladesh (Murphy et al. 2012). Sin embargo un estudio realizado con mujeres coreanas emigrantes a China observó el efecto contrario. Las coreanas que llevaban viviendo en China tres generaciones tenían una edad de menopausia menor que las que vivían en Corea (Ku et al. 2004). Al estandarizar la metodología para estimar la edad de menopausia, vemos que varía significativamente entre diferentes regiones, países y grupos étnicos (Thomas et al. 2001).

La edad de menopausia es un posible marcador de envejecimiento, estado de salud y mortalidad (Cooper y Sandler 1998; Ossewaarde et al. 2005; Snowdon et al. 1989). El estudio de la variabilidad de la edad de menopausia y los factores que están relacionados con una aceleración del proceso de envejecimiento reproductivo es relevante ya que puede tener importantes implicaciones en la salud pública, más aún en el actual marco de envejecimiento demográfico de la población.

El balance global de la disminución de la mortalidad en función de la edad de menopausia es controvertido dado que el tener una edad de menopausia tardía está relacionado con un menor riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular (van der Schouw et al. 1996), pero un aumento de las muertes por cáncer de mama (Kelsey, Gammon y John 1993; Monninkhof, van der Schouw y Peeters 1999), endometrio (Kelsey et al. 1982) y ovario (Franceschi et al. 1991). Sin embargo en un estudio longitudinal sobre causas específicas de muerte con mujeres postmenopáusicas holandesas que fueron seguidas durante 17 años se observó que la esperanza de vida de las mujeres que llegaban a la menopausia después de los 55 años era 2 años mayor que la de aquellas mujeres que llegaban a la menopausia antes de los 40 años. Si bien es cierto que esta diferencia es extrema ya que en la menopausia en la mayoría de las mujeres se produce entre los 45 y los 55 años de edad, en este estudio observaron que el riesgo de mortalidad por edad se reducía en un 2% con cada año que se retrasaba en llegar a la menopausia. En concreto el riesgo por enfermedad cardíaca disminuía en un 2% y aunque el riesgo de muerte por cáncer uterino u ovárico aumentaba en un 5%, globalmente el retraso de la edad de menopausia suponía un aumento del ciclo de vida (Jacobsen, Heuch y Kvale 2003; Ossewaarde et al. 2005). También hay que tener en cuenta que un aumento en la edad de menopausia está relacionado con una reducción de la morbilidad, en concreto, con una menor pérdida de densidad ósea y por tanto menor

riesgo de osteoporosis y de fracturas (Cauley et al. 2012). De manera un aumento de la edad de menopausia está relacionado con un aumento de la esperanza de vida y una reducción de la mortalidad y la morbilidad generales (Gold 2011).

El objetivo de este capítulo es evaluar si existen diferencias en la edad de menopausia de las mujeres inmigrantes latinoamericanas y las españolas; investigar cuales son los factores relacionados con una edad de menopausia más temprana y si existen diferencias entre estas dos poblaciones.

Según las investigaciones previas en los países de origen y en poblaciones de origen latinoamericano en estados unidos, esperamos encontrar una edad de menopausia inferior en las mujeres latinoamericanas que en las españolas.

## **METODOLOGÍA**

En este capítulo se estima la edad mediana de menopausia mediante un análisis probit. Para cada categoría de un año de edad, las mujeres se clasifican como postmenopáusicas o no postmenopáusicas en el momento de la entrevista.

Se considera que una mujer está en la postmenopausia cuando han pasado más de 12 meses desde su último periodo. En los análisis de edad de menopausia natural se excluyen a las mujeres con menopausia inducida y a aquellas que estén actualmente empleando terapia hormonal. Por tanto de las 575 mujeres se excluyen 62 con menopausia inducida (un 10,8%) y 32 que estaban empleando terapia hormonal (un 5,6%). Cuatro de las mujeres que estaban en terapia hormonal también tenían menopausia inducida, por lo que finalmente se excluyen 90 mujeres. Los análisis probit se han realizado con el programa Systat versión 12.0.

Para llevar a cabo el segundo objetivo hemos realizado tres modelos multivariantes de supervivencia Cox. Este modelo permite introducir las variables predictivas de llegar a la postmenopausia a una edad más temprana. Por tanto permite introducir la edad a la que se tuvo el último periodo como una variable dependiente de tiempo. La edad de menopausia referida por las mujeres postmenopáusicas se emplea como edad a la que se tuvo el último periodo. Para incluir a las mujeres pre y perimenopáusicas se utiliza la edad en el momento de la entrevista como edad de último periodo ya que estas mujeres todavía siguen teniendo sus periodos. Las variables sugeridas en otros trabajos como factores que adelanta la edad de menopausia se han introducido en el análisis como variables independientes. Se ha realizado un primer modelo global incluyendo a todas las mujeres para evaluar si existen diferencias entre las mujeres latinoamericanas y las españolas una vez se controlan los otros factores que pueden estar modificando la edad de menopausia. También se realizan dos modelos separados, uno para las españolas y otro para las mujeres inmigrantes. En el modelo para la población latinoamericana además de el nivel educativo, la paridad, el estado civil, IMC, hábitos de fumar y beber, edad de menarquía, uso de métodos anticonceptivos orales y lugar de nacimiento, se incluye una variable que recoge en qué país se llegó a la menopausia. Es decir si las mujeres tuvieron su menopausia antes de migrar o tras la migración a España. Haber nacido en una zona de elevada altitud y si el lugar de procedencia era urbano, semi-urbano o rural también se analizaron en el modelo. Finalmente no se han incluido en el modelo final ya que el país de nacimiento de las inmigrantes correlaciona con la altitud y los niveles educativos con el tipo de asentamiento. Los análisis Cox se llevaron a cabo con el programa SPSS versión 15.0.

## RESULTADOS

La edad estimada de menopausia de las mujeres latinoamericanas es de 50,5 años (95% IC 49,9-51.2) mientras que las de las españolas es de 52,0 años (51,2-53,0). Las mujeres Latino-americanas llegan a la menopausia un año y medio antes que las mujeres españolas. Según el resultado de la regresión logit tienen 2,7 veces más probabilidad de ser postmenopáusicas que las españolas ( $p < 0,001$ )

Como se observaba en el capítulo anterior es necesario tener en cuenta que ambas poblaciones difieren en sus principales características socio-demográficas y de salud (Tabla 4.2). Las latinoamericanas tienen niveles de educación superiores. Ambas poblaciones tienen estilos de vida saludables con un bajo consumo de alcohol, actividad física y la mayoría son no fumadoras, sin embargo las españolas fuman más que las latinoamericanas (el 33% de las españolas fumaba frente al 13 % de las latinas). A pesar de que en general las mujeres latinoamericanas tienen patrones más saludables de vida que las españolas, esto no se ve reflejado ni en su estado de salud auto-percibido, ni en su IMC. Con unos niveles de ejercicio semejantes, el 60% de las latinoamericanas tenían sobrepeso u obesidad en el momento de la entrevista. El 37% valoraron su salud como regular o mala comparado con el 16% de las españolas. También existen diferencias en los patrones reproductivos, menos de una de cada 10 mujeres latinas no ha tenido ningún hijo comparado con el 22% de las españolas. El contexto migratorio también introduce diferencias en cuanto al número de familias divididas, y las diferencias de ingresos entre ambas poblaciones. Las inmigrantes están principalmente ubicadas dentro del sector servicios como empleadas domésticas o cuidando ancianos independientemente de su capital humano; y son la principal fuente de ingresos en sus familias, tanto en España como en origen.

Tabla 4.2 Características demográficas

	Ambas muestras N=575	España N=274	Latinoamérica N=301
<b>Lugar de nacimiento</b>			
España	47,7	100,0	0,0
Latinoamérica	52,3	0,0	100,0
<b>Edad</b>			
45-49	47,1	44,5	49,5
50-55	52,9	55,5	50,5
<b>Educación</b>			
Primaria	23,1	28,5	18,3**
Secundaria	47,7	44,2	50,8
Universitaria	29,2	27,4	30,9
<b>Ingresos</b>			
<18000 Euros	50,8	38,9	59,8**
18000-30000 Euros	34,5	33,6	35,2
>30000 Euros	14,7	27,5	5,0
<b>Estado de menopausia</b>			
Pre-menopausia	30,3	35,4	25,6**
Peri-menopausia	21,7	19,0	24,3
Post-menopausia	37,2	35,4	38,9
Menopausia inducida	10,8	10,2	11,3
<b>Fumar</b>			
No	77,2	66,8	86,7**
Si	22,8	33,2	13,3
<b>Consumo de alcohol</b>			
Nunca o <1/mes	52,7	38,3	65,8**
1/mes a <1/día	38,3	47,4	29,9
Todos los días	9,0	14,2	4,3
<b>Uso de terapia hormonal</b>			
No	94,4	90,5	98,0**
Si	5,6	9,5	2,0
<b>Ejercicio</b>			
Ninguno o ligero	36,0	35,0	36,9
Moderado o fuerte	64,0	65,0	63,1
<b>IMC</b>			
Normal	47,0	56,9	37,9**
Sobrepeso	38,6	34,7	42,2
Obesidad	14,4	8,4	19,9
<b>Paridad</b>			
No	13,9	21,9	6,6**
Si	86,1	78,1	93,4
<b>Estado de salud</b>			
Regular o malo	26,8	15,8	36,9**
Buena o excelente	73,2	84,2	63,1

\*\*p<0.001 Diferencias en las características demográficas comparando la muestra de mujeres españolas con la latinoamericana.

Tabla 4.3 Características de las mujeres inmigrantes en función del país de origen

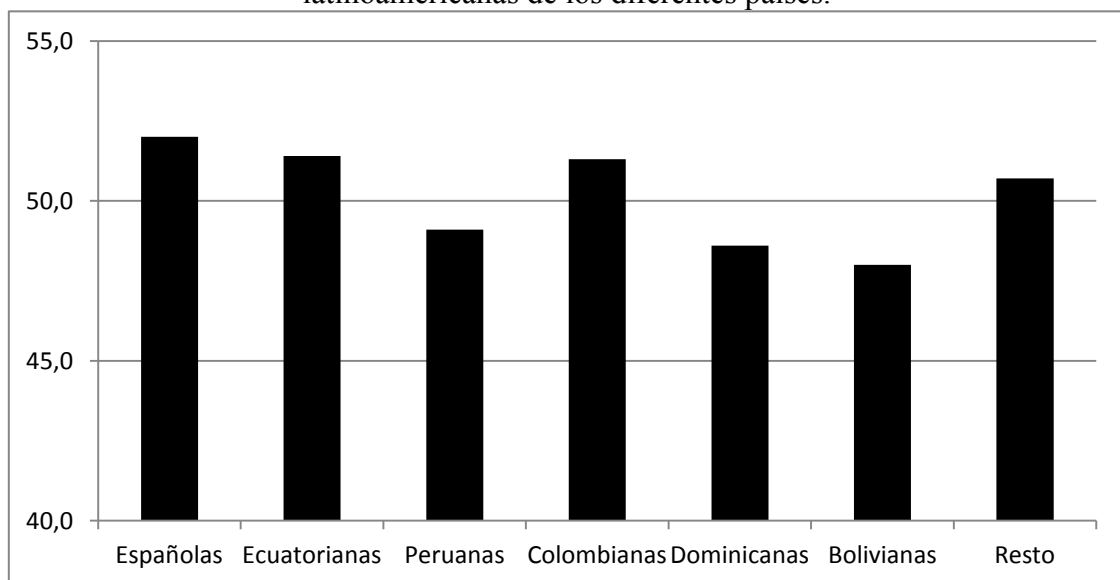
	Ecuador	Peru	Colombia	República Dominicana	Bolivia	Resto
	N=72	N=47	N=42	N=32	N=22	N=86
<b>Edad mediana de menopausia</b>	51,4	49,1	51,3	48,6	48,0	50,7
<b>Salud *</b>						
Regular/mala	47,2	36,2	38,1	12,5	59,1	31,4
<b>Educación*</b>						
Primaria	22,2	6,4	16,7	43,8	27,3	18,3
Secundaria	50,0	63,8	52,4	40,6	54,5	50,8
Universiria	27,8	29,8	31,0	15,6	18,2	30,9
<b>Lugar de nacimiento*</b>						
Urbano	59,3	53,2	59,5	25,0	45,5	62,8
Semi-Urbano	13,9	23,4	11,9	21,9	9,1	24,4
Rural	26,4	23,4	28,6	53,1	45,5	12,8
<b>Años en España*</b>						
<5	2,8	38,3	4,8	28,1	50,0	57,0
5-9	2,7	27,7	35,7	6,3	50,0	20,9
9-12	56,9	10,6	45,2	9,4	0,0	3,5
>12	12,5	23,4	14,3	56,3	0,0	18,6
<b>IMC*</b>						
Normal	33,3	46,8	33,3	18,8	31,8	45,3
Sobrepeso	37,5	38,3	50,0	59,4	63,6	34,4
Obesidad	29,2	14,9	16,7	21,9	4,5	19,8
<b>Paridad*</b>						
0	6,9	4,3	9,5	6,3	4,5	7,0
1-2	38,9	57,4	54,8	25,0	22,7	50,0
3	23,6	17,0	23,8	40,6	27,3	30,2
4+	30,6	21,3	11,9	28,1	45,5	12,8
<b>Ejercicio</b>						
Ninguno/ligero	33,3	40,4	38,1	43,8	36,4	34,9
<b>Fumar</b>						
Nunca	77,8	72,3	52,4	71,9	77,3	64,0
<b>Alcohol</b>						
> 1 mes	76,4	68,1	59,5	53,1	68,2	62,8
<b>Uso TH</b>						
Nunca	91,7	93,6	92,9	93,8	90,0	93,0
<b>Edad</b>						
45-50	45,8	61,7	31,0	46,9	50,0	55,8
<b>Menarquia</b>						
<12	11,1	26,1	14,6	12,5	31,8	16,3
12-13	20,8	13,0	17,1	12,5	27,3	19,8
>13	68,1	60,1	68,3	75,0	40,9	64,0
<b>Menopausia inducida*</b>						
Si	5,6	2,1	11,9	37,5	4,5	12,8

\*p<0.05 N=301. La estimación de la edad mediana se ha calculado excluyendo a las mujeres con menopausia inducida y a las que están actualmente usando terapia hormonal para cada país de procedencia.

Es importante recordar que la muestra de mujeres latinoamericanas es una muestra heterogénea ya que incluye mujeres de diferentes países de origen. Dependiendo del país de origen se pueden observar diferencias en estado de salud auto-percibido, educación, entorno de procedencia (rural/urbano), años en España, IMC, paridad y en la prevalencia de mujeres con menopausia inducida. Sin embargo los estilos de vida son semejantes entre estas mujeres, son una población sana en cuanto al nivel de ejercicio que realizan y el escaso porcentaje de mujeres que fuman o beben. La edad en el momento de la entrevista, la edad de menarquía y el uso de terapia hormonal tampoco difieren (Tabla 4.3).

La edad mediana estimada para las mujeres ecuatorianas es de 51,4 años mientras que para las dominicanas es de 48,6 y las de las bolivianas de 48,0 años (Figura 4.1).

Figura 4.1 Edad mediana de menopausia de las españolas en comparación con las latinoamericanas de los diferentes países.



Las mujeres ecuatorianas y bolivianas valoran peor su salud que las dominicanas (el 47,2%; el 59,7 % y el 12,5% dijeron tener una salud regular o mala

respectivamente). La mayoría de las mujeres ecuatorianas proceden de áreas urbanas y llevan viviendo en España más de 9 años. La obesidad está más acentuada entre las mujeres ecuatorianas que en las mujeres de otras procedencias. Las bolivianas han llegado recientemente a España, la mayoría llevan menos de 5 años, y son las que tienen la menor edad mediana estimada de menopausia, el peor estado de salud auto-percibido y el menor nivel educativo. El 45,5% de ellas procede de entornos rurales y tienen cuatro o más hijos. Tienen sobrepeso, pero prácticamente no hay incidencia de obesidad.

Las dominicanas son un grupo claramente diferente. Tienen el menor nivel educativo y la mayoría proceden de áreas rurales. Es importante tener en cuenta que los entornos rurales de República Dominicana son muy diferentes a los de Bolivia, una de las diferencias es la elevada altitud de los pueblos bolivianos. Es de destacar la elevada incidencia de sobrepeso y obesidad, solo el 18,8% de las dominicanas tienen un índice de masa corporal normal. A pesar de que la edad de menarquía es tardía y tienen una de las menopausias más tempranas de la muestra, lo que limita su periodo fértil, tienen una elevada paridad (el 68,7% tienen más de 3 hijos). No solo tienen una de las edades de menopausia más tempranas, sino que también un elevado número de mujeres tiene histerectomía (37%). Este porcentaje supone que los casos de menopausia inducida superan el triple de los observados en otros grupos. Sería interesante investigar la causa de este elevado número de intervenciones, ya que esto puede ser debido a una mayor propensión a tener hemorragias, pero también podría ser que sean menos reacias a someterse a una extirpación de útero. En cuanto a sus patrones migratorios podemos apreciar dos oleadas migratorias, una primera que lleva más de 12 años en España, y una más reciente. El 28,1% de ellas lleva menos de 5 años en España. Por tanto algunas

de ellas llevan aquí un largo periodo de tiempo y han estado más tiempo expuestas a la cultura española y su entorno.

Las mujeres de Perú y de Colombia, los otros dos grupos mayoritarios dentro de la migración latinoamericana a Madrid, tienen niveles educativos más elevados, menor incidencia de sobrepeso y obesidad, proceden principalmente de áreas urbanas y más del 60 % tienen menos de dos hijos. Sin embargo sus edades de menopausia difieren, 49,1 años en el caso de las peruanas y 51,3 años en las colombianas. El 38% de las peruanas llevan menos de 5 años en España comparado con el 4,8% de las colombianas.

En los análisis multivariantes de supervivencia Cox se puede observar que el nivel educativo, haber estado casada, la paridad y el país de procedencia son factores asociados a una menor edad de menopausia (Tabla 4.4) Las mujeres que no han tenido hijos tienen una mayor probabilidad de tener una edad de menopausia más temprana comparado con las que tienen estudios superiores. Las mujeres solteras tienen una menor probabilidad de tener una menopausia temprana. Las latinoamericanas tienen una mayor probabilidad de llegar a la menopausia antes que las españolas. Fumar, beber alcohol, el IMC, la edad de menarquía o el empleo de anticonceptivos orales no están asociados con la edad de menopausia.

En el caso de la población española (Tabla 4.5) la paridad y el IMC estaban asociados a una menor edad de menopausia. Sólo las mujeres con sobrepeso tendían a llegar a la menopausia más tarde, el estrógeno producido en las células grasas podría estar explicando este retraso. Sin embargo, la obesidad no está asociada a una edad de menopausia tardía. Puede ser que en este supuesto el efecto negativo del peso en el estado de salud general y en el envejecimiento tenga una mayor influencia que el estrógeno extra producido por el tejido adiposo. En las mujeres españolas ni el estado

civil ni la educación explican la variabilidad en la edad de menopausia. Conforme se reduce la heterogeneidad genética, los factores sociales parecen tener un menor poder explicativo.

Tabla 4.4 Modelo multivariante Cox para la edad temprana de menopausia

	OR	IC; 95,0%
<b>Lugar de nacimiento</b>		
España (ref)		
Latinoamérica	2,254**	1,537-3,306
<b>Paridad</b>		
0 (ref)		
1-2	0,442**	0,279-0,702
3	0,345**	0,198-0,601
4 or +	0,322**	0,173-0,600
<b>Educación</b>		
Universitaria (ref)		
Secundaria/profesional	1,513*	1,049-2,182
Primaria	1,638*	1,056-2,541
<b>Haber estado casada</b>		
No (ref)		
Si	1,616*	1,100-2,375
<b>IMC</b>		
Obesidad (ref)		
Sobrepeso	1,158	0,737-1,820
Normal	1,485	0,942-2,339
<b>Fumar</b>		
Si (ref)		
Antes	0,771	0,471-1,263
Nunca	1,022	0,702-1,486
<b>Alcohol</b>		
<1 a mes (ref)		
1 a mes- 1 a día	0,987	0,708-1,376
>1 día	0,810	0,456-1,486
<b>Menarquia</b>		
<12 (ref)		
12-13	0,890	0,587-1,351
>13	0,800	0,533-1,200
<b>C.O</b>		
No (ref)		
Si	1,093	0,806-1,482

\*p<0,05; \*\*p<0,01; Ref, Referencia; OR, Odd Ratio; IC, Intervalo de Confianza; IMC, Índice de masa corporal; CO, Contraceptivos orales; N=482

Tabla 4.5 Modelo multivariante Cox para la edad temprana de menopausia para españolas

	OR	IC; 95,0%
<b>Paridad</b>		
0 (ref)		
1-2	0,285**	0,137-0,590
3	0,302**	0,126-0,725
4 or +	0,178*	0,460-0,693
<b>Educación</b>		
Universitaria (ref)		
Secundaria/profesional	1,952	0,950-4,008
Primaria	1,649	0,871-3,123
<b>Haber estado casada</b>		
No (ref)		
Si	2,217	0,994-4,945
<b>IMC</b>		
Normal (ref)		
Sobrepeso	0,534*	0,308-0,928
Obesidad	0,450	0,179-1,131
<b>Fumar</b>		
Si (ref)		
Antes	0,700	0,348-1,409
Nunca	0,813	0,478-1,384
<b>Alcohol</b>		
<1 a mes (ref)		
1 a mes- 1 a día	1,166	0,703-1,935
>1 día	0,985	0,472-2,055
<b>Menarquia</b>		
<12 (ref)		
12-13	1,135	0,619-2,082
>13	1,066	0,548-2,076
<b>CO</b>		
No (ref)		
Si	0,914	0,547-1,525

\*p<0,05; \*\*p<0,01 Ref, Referencia; OR, Odd Ratio; IC, Intervalo de Confianza; IMC, Índice de masa corporal; CO, Contraceptivos orales; N=224

En el modelo realizado para las mujeres inmigrantes se observa que los cambios acontecidos en los últimos años del periodo fértil explican parte de la plasticidad de la edad de menopausia (tabla 4.6). En las mujeres que migraron a España antes de haber llegado a la menopausia aumenta la probabilidad de llegar a la menopausia más tarde. El cambio de país de residencia en los años previos a la menopausia parece estar asociado al retraso de la edad de menopausia. Después de controlar por los factores que pueden influir en la edad de menopausia, las mujeres Dominicanas tienen una mayor probabilidad de tener una menopausia más temprana en comparación con las mujeres de

otra procedencia. La paridad y la educación también explican la variabilidad en la aparición de la menopausia.

Tabla 4.6 Modelo multivariante Cox para la edad temprana de menopausia para latinoamericanas

	OR	IC; 95,0%
<b>Lugar donde se inicia la menopausia</b>		
Origen (ref)		
España	0,098**	0,057-0,168
<b>Lugar de nacimiento</b>		
Ecuador (ref)		
Peru	1,135	0,718-2,546
Colombia	1,171	0,594-2,308
República Dominicana	2,588*	1,204-5,559
Bolivia	1,532	0,709-3,309
Resto	1,003	0,543-1,853
<b>Paridad</b>		
0 (ref)		
1-2	0,521	0,242-1,121
3	0,294**	0,122-0,707
4 or +	0,374*	0,152-0,916
<b>Educación</b>		
Universitaria (ref)		
Secundaria/professional	1,781*	1,071-2,962
Primaria	1,863*	0,968-3,586
<b>Haber estado casada</b>		
No (ref)		
Si	1,005	0,637-1,586
<b>IMC</b>		
Normal (ref)		
Sobrepeso	1,118	0,690-1,811
Obesida	0,907	0,495-1,660
<b>Fumar</b>		
Si (ref)		
Antes	0,880	0,399-1,938
Nunca	1,075	0,562-2,057
<b>Alcohol</b>		
<1 a mes (ref)		
1 a mes- 1 a día	0,762	0,465-1,248
>1 día	0,758	0,255-2,251
<b>Menarquia</b>		
<12 (ref)		
12-13	0,934	0,474-1,839
>13	0,708	0,412-1,217
<b>OC</b>		
No (ref)		
Si	1,183	0,766-1,829

\*p<0,05; \*\*p<0,01 Ref, Referencia; OR, Odd Ratio; IC, Intervalo de Confianza; IMC, Índice de masa corporal; CO, Contraceptivos orales; N=259

## DISCUSIÓN

La edad de menopausia puede variar en función de factores genéticos, sociales, biológicos y ambientales (Bernis y Reher 2007; Gold et al. 2001; Henderson et al. 2008; Sievert 2006). Las mujeres latinoamericanas muestran una edad de menopausia más temprana que las españolas. El país de origen también juega un papel explicativo en la variabilidad en edad de menopausia en el modelo de las inmigrantes. Las mujeres procedentes de República Dominicana tienen una mayor probabilidad de llegar antes a la menopausia comparado con las mujeres de otras procedencias. El hecho de haber migrado antes de llegar a la menopausia también explica en gran medida las diferencias observadas. Las mujeres que pasaron su menopausia en origen y posteriormente iniciaron el proyecto migratorio, muestran una edad de menopausia anterior que aquellas que han estado expuestas al nuevo entorno y a las nuevas condiciones de vida del país de acogida. Otros factores como son la paridad, el nivel educativo y el no haber estado casada también están asociados a la edad de menopausia.

El hecho de que se observe variabilidad dentro de las mujeres latinoamericanas está en consonancia con lo observado en el reciente estudio realizado en centros de salud de 15 países diferentes de América Latina. En esta investigación “the Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America” (REDLINC) analizaron 17150 mujeres y estimaron una edad mediana de menopausia de 48,6 años (Blumel et al. 2006). Aunque los análisis pormenorizados en función del centro de salud registran una gran variabilidad dentro de los mismos países y entre países. Las estimaciones iban desde los 43,8 años en un centro de Asunción, Paraguay hasta los 53,0 años en Cartagena, Colombia. Aunque por ejemplo también estimaron que la edad de menopausia en Bogotá era de 49,0 años. Para Ecuador el rango era menos variable,

la edad de menopausia oscilaba entre los 47,8 años a los 49,0 años dependiendo del centro de salud estudiado. Este estudio es relevante ya que emplearon la misma metodología para estimar la edad de menopausia, aunque tenemos que tener en cuenta que su muestra es una población seleccionada en centros de salud, pero al menos se puede comparar los datos obtenidos ya que en publicaciones anteriores contábamos con edad media, lo cual subestimaba la edad de menopausia de estos países. Con cierta precaución podemos decir que la edad de menopausia de las mujeres inmigrantes a España es posterior a la edad mediana de menopausia estimada en los países de origen y anterior a la de las españolas.

El efecto de migrar sobre la edad de menopausia se ha visto también en otros estudios con población con población de Bangladesh, donde recogieron datos en origen y en Reino Unido de las mujeres inmigrantes y de las inglesas (Murphy et al. 2012). Una de la limitación de la presente investigación es que no constata de datos propios recogidos en origen, por lo que nos debemos limitar a los recogidos por otros estudios y no podemos incluir en el modelo a las mujeres no migrantes, lo cual sería algo definitivo para afirmar que realmente existen diferencias en la edad de menopausia estimada entre la población emigrada y la sedente.

En nuestra muestra de mujeres inmigrantes observamos un elevado grado de heterogeneidad, los principales países que componen la muestra son Ecuador, Perú, Colombia, República Dominicana y Bolivia. Como mencionábamos anteriormente las mujeres dominicanas eran las que antes llegaban a la menopausia una vez controlando por los otros factores reproductivos, socio-demográficos y de estilo de vida que pueden afectar a también a la edad de menopausia. Bromberger et al en un estudio multiétnico en estados unidos también encontró que las mujeres afro-americanas tenían edad de menopausia más tempranas (49,3 años) (Bromberger et al. 1997). Ellos mencionaban

que las mujeres afro-americanas quizá tuvieran un “reloj biológico” diferente en comparación con las mujeres caucásicas, sobretodo bajo condiciones de estrés, o que quizá estuvieran a expuesta a un mayor estrés de manera más prolongada. En contraste, Gold et al, no encontraron diferencias entre las mujeres afro-americanas (Gold et al. 2001).

La nuliparidad se ha relacionado con una menor edad de menopausia (Bernis y Reher 2007; Gold et al. 2001; Reynolds y Obermeyer 2005; Sievert 2006). Una explicación posible quizá tenga que ver con que el no tener hijos pueda estar indicando algún problema reproductivo. Aunque recientemente la maternidad comienza a ser una elección ya que se emplean métodos anticonceptivos mucho más eficaces, es probable que en este grupo de mujeres que al final de su vida reproductiva no ha tenido ningún hijo se encuentren también aquellas mujeres que tengan más dificultades de quedarse embarazadas. Otros autores han propuesto que la relación entre nuliparidad y edad de menopausia se puede deber a la preservación de oocitos por más tiempo al verse reducidos los ciclos ovulatorios durante los embarazos. Sin embargo el problema de relacionar la frecuencia ovulatoria con la edad de menopausia es que solamente un 0,1 por ciento de los folículos se pierde mediante los procesos de ovulación, el resto lo hacen mediante atresia folicular. La atresia folicular sigue operando durante el embarazo aunque no se seleccione un ovulo fértil para ser fecundado y todos los folículos acaben degenerando. En los análisis se observa una tendencia a que se retrase la edad de menopausia en función del número de hijos. Esta tendencia quizá se pueda estar viendo potenciada por que el embarazo suponga una selección de mujeres sanas. Por una lado las mujeres suelen llevar estilos de vida más saludables durante los embarazos y la lactancia, pero es que además implica que el cuerpo está sano como para producir ciclos fértiles y aceptar otro embarazo que llegue a término.

El estado civil también es una variable asociada a la edad de menopausia (McKinlay, Jefferys y Thompson 1972; Sievert, Waddle y Canali 2001). Los resultados de este trabajo son de alguna manera contradictorios ya que encontramos que las mujeres solteras tienen una edad más tardía de menopausia que las que alguna vez estuvieron casadas. Otros trabajos no han encontrado que el estado civil esté asociado con la menopausia (Bernis y Reher 2007; Reynolds y Obermeyer 2005). La falta de consistencia en la bibliografía quizá se deba a que el estado civil puede estar influenciado por la paridad y el nivel de ingresos (Stanford et al. 1987). Otra explicación es que la presencia de las feromonas de la pareja retrase la edad de menopausia (Sievert, Waddle y Canali 2001). Sin embargo esta relación puede estar distorsionada en el caso de las mujeres inmigrantes, ya que el hecho de estar casadas no tiene porque implicar que existista convivencia al encontrarse la pareja en el país de origen. Por otro lado los patrones matrimoniales están variando y además puede existir también un efecto de selección, ya que las mujeres latinoamericanas que migran suelen ser mujeres solteras con hijos, por tanto el efecto de la paridad en el estado civil no es tan evidente en las latinoamericanas ya que siguen teniendo descendencia fuera del matrimonio y además tienen varias parejas a lo largo de su vida. Cuando introducíamos en los análisis multivariantes la variable tener pareja en el momento actual, este factor dejaba de estar asociado a la edad de menopausia. Aún así hemos decidido dejar la variable haber estado casada en los modelos ya que es algo que acontece antes de llegar a la menopausia y podemos ver si es predictivo o no. Algunos investigadores sugieren que la conexión entre estado civil y menopausia es por la actividad sexual (McKinlay, Jefferys y Thompson 1972), pero actualmente no podemos inferir que las mujeres que no estén casadas no están teniendo relaciones sexuales. El cambio en las prácticas

matrimoniales y de reproducción puede estar limitando el efecto predictivo de esta variable sobre el inicio de la etapa postreproductiva.

Una variable que puede servir como proxy del nivel socioeconómico es el nivel educativo. Un bajo nivel de estudios se ha relacionado de manera consistente con el inicio de la menopausia a edades más tempranas (Luoto, Kaprio y Uutela 1994; Sievert y Hautaniemi 2003; Torgerson et al. 1994; vanNoord et al. 1997).

El aumento de IMC se ha asociado a una edad de menopausia más tardía (Henderson et al. 2008; Nagata et al. 1998), aunque algunos trabajos no han confirmado estos resultados (Bromberger et al. 1997; Gold et al. 2001). Por otro lado el IMC a los 18 años parece indicar la relación inversa, las mujeres que tenían sobrepeso u obesidad en su juventud, tienen edades de menopausia más tempranas (Sievert y Hautaniemi 2003). En la presente investigación no registramos el índice de masa corporal a los 18 años, sólo el actual, por lo que no podemos investigar la influencia del cambio de IMC, o del IMC previo a la menopausia. En el modelo de mujeres españolas, tener sobrepeso estaba relacionado con una edad más tardía de menopausia. La producción de estrógenos se realiza también por la encima aromatasa en el tejido adiposo, lo que resulta en niveles más altos de estrógeno en sangre al tener más células grasas que catalicen los precursores de estrógenos y puede contribuir a un retraso de la edad de menopausia en las mujeres con mayor peso relativo (Gold et al. 2001; Henderson et al. 2008). Sin embargo no encontramos esta relación en las mujeres obesas, lo que puede estar explicado por el hecho de que la obesidad está relacionada con una función ovárica inadecuada (Garner 1990).

La relación entre edad de menarquía y edad de menopausia es controvertida. A pesar de la creencia popular de que la edad de menarquía está relacionada con la edad

de menopausia, en la mayoría de los estudios parece no estar asociada (Bernis y Reher 2007; Reynolds y Obermeyer 2005; vanNoord et al. 1997), exceptuando el dos estudios, uno con población estadounidense (Henderson et al. 2008) y otro en Perú (Gonzales y Villena 1997) donde una edad más temprana de menarquía estaba relacionada con una edad de menopausia temprana. En un estudio prospectivo con mujeres suecas también observaron esta relación (Rödström et al. 2003). Sin embargo, también se han encontrado evidencias contradictorias en un estudio longitudinal con gemelas en Australia donde se relaciona la edad de menarquía tardía con una edad de menopausia temprana (Do et al. 1998) Los resultados de nuestro estudio se suman a los trabajos donde no se ha encontrado relación entre edad de menopausia y edad de menarquía. Es posible que esta falta de asociación y los resultados contradictorios puedan tener que ver con el hecho de que la menopausia se da cuarenta años más tarde que la menarquía, lo que supone tiempo suficiente para que estos dos procesos se disocien completamente (Sievert 2006).

La mayoría de los estudios han encontrado un efecto negativo del tabaco en la edad de menopausia (Bromberger et al. 1997; Cooper, Sandler y Bohlig 1999; Gold et al. 2001; Reynolds y Obermeyer 2005), e incluso un efecto mayor en función de la cantidad de tabaco consumida (Jick, Porter y Morrison 1977; Torgerson et al. 1994). Fumar parece afectar en la edad de menopausia mediante la velocidad de atresia folicular o mediante el metabolismo del hígado y por tanto en la producción de estrógenos lo que llevaría a una edad de menopausia más temprana. El mecanismo exacto es todavía incierto. Estudios previos han sugerido que el tabaco puede no tener un efecto permanente (Parazzini, Negri y Lavecchia 1992), ya que las ex-fumadoras no parecen tener una mayor probabilidad de tener una menopausia temprana en comparación con las mujeres que nunca fumaron (Cooper, Sandler y Bohlig 1999). En

nuestra muestra los hábitos de fumar no se vieron asociados con la edad de menopausia. Otros estudios tampoco han encontrado una relación (Bernis y Reher 2007; GarridoLatorre et al. 1996).

Al interpretar estos datos tenemos que tener en cuenta que una de las limitaciones de este estudio es el hecho de que la muestra de mujeres latinoamericanas se recogió ocho años después que el de las españolas. Probablemente ahora las mujeres españolas fumen menos que lo registrado en la muestra de DAMES debido a las campañas antitabaco y a las leyes que impiden fumar en lugares cerrados o públicos. Por otro lado aunque no se haya demostrado completamente que exista una tendencia secular en la edad de menopausia (Flint 1978; Flint 1997), un estudio reciente con población sueca observó que había un aumento de 0,1 años por año de nacimiento en la edad de menopausia (Rödström et al. 2003). De existir una variación secular en edad de menopausia en las mujeres españolas las diferencias en edad de menopausia entre ambas poblaciones puede que estén subestimadas. Es de suponer que en estos 8 años la edad de menopausia se hubiera retrasado un poco en las españolas, por lo tanto nuestros resultados no se verían afectados. La paridad también es probable que haya disminuido, aunque a partir de los años noventa el número de nacidos por mujer se ha ido recuperando como indican las estadísticas del movimiento natural de la población (Instituto Nacional de Estadística 2011). A pesar de estas posibles diferencias la posibilidad de comparar ambas poblaciones puede aportar cierta luz al conocimiento de la variabilidad poblacional en edad de menopausia en una sociedad cada vez más multicultural como es la madrileña.

## CONCLUSIONES

La edad de menopausia parece ser un evento relativamente plástico afectado por factores genéticos, sociales y ambientales. Los resultados ofrecidos aportan nueva información sobre la heterogeneidad de la menopausia y la dificultad de realizar generalizaciones a otras poblaciones. El lugar de nacimiento junto con la paridad, el estado civil y el nivel educativo son los factores que más afectan a la edad de la menopausia. La edad de menarquía, el uso de anticonceptivos orales, los hábitos de fumar o beber no se han visto asociados. Parece importante tener en cuenta el origen étnico en las investigaciones como un factor que puede modificar la edad de menopausia. Los cambios acontecidos durante las últimas etapas de la vida reproductiva, como el hecho de migrar, también pueden tener efectos en el inicio de la menopausia. Estas diferencias de ciclo vital pueden influir en la búsqueda de información o seguimiento médico en sociedades multiculturales. No sería de extrañar que las mujeres latinoamericanas buscasen este tipo de información antes que las españolas al comenzar con la menopausia anteriormente. Sería interesante vigilar si las latinoamericanas muestran un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las españolas y si se observa un cambio secular en la edad de menopausia.

# Capítulo 5

---

---

**Los síntomas de la menopausia**

---

---



## INTRODUCCIÓN

Al igual que existe una amplia variación en edad de menopausia, también encontramos una enorme variabilidad de las molestias o síntomas asociados a la transición menopáusica. Los cambios hormonales que ocurren durante la menopausia parecen ser universales, sin embargo los síntomas que se asocian a la menopausia no (Sievert 2006:114). Margaret Lock emplea el concepto de “local biologies” o biología locales para poner de manifiesto la falta de universalidad en la manera en que se experimenta la menopausia (Lock y Kaufert 2001). En Japón la rigidez de hombros, los pitidos en los oídos y la sensación de pesadez en la cabeza son los síntomas que se asociaban generalmente a la menopausia (Lock y Kaufert 2001:499), mientras que en Líbano eran los sofocos y el cansancio (Obermeyer, Reher y Saliba 2007:4) y en Australia el dolor de huesos (Dennerstein et al. 1993). Los síntomas musculoesqueléticos en mujeres en edad de menopausia pueden estar asociados a cambios hormonales o a las actividades de las mujeres propias de su entorno cultural (Sievert 2001:431). Resulta interesante realizar estudios comparativos sobre los síntomas de la menopausia, ya que si estos varían en función de la población estudiada, entonces los cambios fisiológicos que se producen durante la menopausia tendrían una relevancia menor comparado con los factores sociales que modelan las actitudes y expectativas relacionadas con esta etapa de la vida.

Desde una perspectiva comparativa, una pregunta central es si la menopausia se asocia a las mismas manifestaciones físicas y psíquicas en todos los lugares o si las variaciones entre culturas son tan amplias como para dificultar el intento de definir la menopausia con una serie de condiciones unificadas. La mayor parte de la literatura tiende a polarizarse en dos posiciones que en general reflejan en gran medida la

disciplina académica de quien las realiza. Por un lado está la visión predominantemente médica de la menopausia como resultado de la deficiencia de estrógenos, asociada a una salud deficiente de las mujeres que se manifiesta en síntomas que son similares entre culturas dado que están biológicamente determinados. La otra visión, generalmente mantenida por los científicos sociales, enfatiza la construcción social de la menopausia, argumentando que la mayoría de las mujeres pasan la menopausia sin incidencias y por tanto que los cambios en salud son producto del envejecimiento y no del cambio hormonal.

Estudiar las diferencias de síntomas entre poblaciones puede resultar útil para mejorar nuestra comprensión acerca de la salud de la mujer y su bienestar. Realizar estudios comparativos entre poblaciones hace posible documentar un amplio rango de variación en la biología humana y potencialmente permite contrastar como influyen los factores genéticos, culturales y del entorno en la variabilidad humana. En los estudios comparativos se toma como unidad de análisis la población. Esto es debido a que se asume que dentro de una misma población se comparte una mayor proporción de genes, aspectos culturales, y entornos físicos entre las personas ya que existe un ancestro común, un flujo genético, una difusión cultural, un mismo tipo de clima y se comparten aspectos comunes de la modernización. También se asume que se comparten menos genes, cultura y entornos entre poblaciones debido a las mutaciones, la selección natural y cultural y a los diferentes aspectos de bióticos y abióticos de ecosistema humano (Sievert 2006). Dado que muchos factores pueden diferir entre dos poblaciones, para mejorar la comparación es importante controlar en la medida de lo posible aspectos metodológicos como son el tipo de entrevista, lugares donde se entrevista a las mujeres, cuestionarios, el rango de edad de la muestra, y los tipos de análisis empleados.

En este capítulo pretendemos comparar los resultados obtenidos de mujeres latinoamericanas residentes en Madrid y los recopilados durante el estudio DAMES con mujeres españolas sobre los síntomas de la menopausia. Se abordan dos preguntas: ¿Se manifiesta de la misma manera la menopausia en los dos grupos de mujeres? Y ¿hasta qué punto las diferencias en la sintomatología se pueden atribuir a las influencias relativas de los factores biológicos y culturales? Primero analizaremos las diferencias en síntomas referidos durante el último mes por ambos colectivos (tabla 5.1). Para contestar a la segunda pregunta examinaremos hasta qué punto las diferencias en las frecuencias están relacionadas con el estado de menopausia, el nivel socioeconómico, los estilos de vida, o el lugar de nacimiento.

Este es un capítulo aproximativo sobre la experiencia de síntomas durante la menopausia. En los dos capítulos que siguen se realizan modelos complejos con técnicas de análisis multivariante para los síntomas vasomotores y emocionales.

## **METODOLOGÍA**

En este capítulo se analiza la información recopilada sobre los síntomas padecidos durante el último mes que se recogió durante el estudio de campo con población española y con mujeres inmigrantes usando la misma metodología. Como se menciona en el capítulo 2 esta información se recopila mediante una lista de 26 ítems que incluye tanto síntomas propios de la menopausia como síntomas habituales. Se ha generado una variable que agrupa los 26 síntomas en cinco categorías: síntomas vasomotores, cardiovasculares, genitourinarios, emocionales y somáticos (ver capítulo 2 sección 2.2). También se calcula el número de síntomas que menciona haber tenido en el último mes cada mujer y se agrupa en 5 categorías: 0 síntomas, de 1 a 4, de 5 a 10, de 11 a 15 y de 16 a 26 síntomas.

Mediante análisis Chi cuadrado se evalúa si existen diferencias en la frecuencia de síntomas entre la población inmigrante y la española. También se analiza la relación entre la presencia de síntomas vasomotores, cardiovasculares, genitourinarios, emocionales y somáticos y el estado de menopausia (premenopausia, perimenopausia, postmenopausia y menopausia inducida), el nivel de estudios (básicos, secundarios, superiores) los ingresos anuales familiares (menos de 18.000 euros, de 18.000 a 30.000 euros, más de 30.000 euros), tener pareja en el momento de la entrevista (si, no), la inestabilidad en el hogar (si, no), tener trabajo (si, no), haber tenido hijos (si, no), el estado de salud auto-percibido (Excelente, muy buena, buena, regular y mala), el índice de masa corporal (normal, sobrepeso, obesidad) y los hábitos de vida: fumar (si, ex fumadora, nunca), beber (menos de una vez al mes, de una vez al mes a una vez al día, más de una vez al día) y el ejercicio (nada o ligero, moderado o fuerte).

Se ha analizado la diferencia en el número medio de síntomas en función de variables categóricas (lugar de origen, salud auto-percibida y estado de menopausia). Para aquellas variables que eran dicotómicas se ha empleado la prueba t-Student, mientras que para las que tenían más de dos categorías se ha utilizado el análisis Anova de un factor y se han empleado las pruebas post-hoc para saber si las diferencias entre las categorías eran estadísticamente significativas.

## **RESULTADOS**

En una primera comparación podemos observar que las españolas y las inmigrantes difieren los principales síntomas que les afectan durante esta etapa (tabla 5.1). Para la españolas el primer síntoma del que se aquejan es el dolor de articulaciones, seguido del aumento de peso, los nervios y la dificultad para dormir. En

las inmigrantes sin embargo la principal molestia es el cansancio, seguido del dolor de cabeza, la ansiedad y el dolor de articulaciones.

Los síntomas propios de la menopausia no son precisamente los más frecuentes. Los sofocos aparecen en la octava posición para las españolas, mientras que para las inmigrantes es el síntoma número quince. Estas poblaciones difieren en las frecuencias de algunos de los síntomas principalmente somáticos y emocionales. Salvo en el caso del aumento de peso donde la población española tiene una mayor frecuencia, en el resto la población latinoamericana es más sintomática. Por ejemplo, en el caso de haberse sentido deprimida en el último mes las latinoamericanas duplican la frecuencia de las españolas.

Tabla 5.1 Frecuencia de síntomas en el último mes por orden de importancia

<b>Síntoma</b>	<b>Total</b>	<b>España</b>	<b>Latinoamérica</b>
Dolor de las articulaciones	59,0	56,9	60,8
Dolor de cabeza	57,6*	48,2	66,1
Nerviosismo	55,8*	50,7	60,5
Debilidad/ Cansancio	55,1**	42	67,1
Problemas con el sueño	52,7	49,6	55,5
Cambios de humor	52,7	49,5	55,5
Impaciencia	50,1*	44,5	55,1
Problemas con el estado emocional	49,9*	40,1	58,8
Pérdida de memoria	49,7	47,1	52,2
Entumecimiento	47,8**	40,1	54,8
Angustia/ansiedad	44,5**	24,8	62,5
Dificultades para concentrarse	44,0*	34,7	52,5
Sofocos	43,7	46,4	41,2
Aumento de peso	40,9**	52,2	30,6
Cambio del deseo sexual	40,9	39,2	42,9
Depresión	40,9**	25,9	54,5
Sudores nocturnos	35,8	34,7	36,9
Sequedad vaginal	34,7	34,4	34,9
Incontinencia urinaria	32,9	33,9	31,9
Palpitaciones	32,7*	28,1	36,9
Problemas gastrointestinales	31,1	27,4	34,6
Mareos	30,8*	26,3	34,9
Dificultad para respirar	22,8	21,2	24,3
Dolor de pecho	21,2*	15,7	26,2
Otros	15,1*	9,5	20,3
Coitos dolorosos	12,2	12,6	11,7
<b>Total (N)</b>	<b>575</b>	<b>274</b>	<b>301</b>

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Al agrupar los síntomas en vasomotores, cardiovasculares, emocionales, genitourinarios o somáticos las diferencias entre las frecuencias no son tan marcadas, pero seguimos observando que las latinoamericanas presentan una mayor incidencia de síntomas emocionales y somáticos que la españolas.

Tabla 5.2 Relación de síntomas agrupados y lugar de origen

	<b>Total</b> (n=575 )	<b>España</b> (n= 274)	<b>Latinoamérica</b> (n= 301)
<b>Síntomas agrupados<sup>a</sup></b>			
Vasomotores	53,7	54,7	52,8
Cardiovasculares	48,2	44,2	51,8
Emocionales	82,1**	75,5	88,0
Genitourinarios	66,4	67,2	65,8
Somáticos	92,0**	88,7	95,0
<b>Número de síntomas**</b>			
0	0,2	0,4	0,0
1-4	13,0	15,3	11,0
5-10	38,6	42,0	35,5
11-15	26,8	25,9	27,6
16-26	21,4	16,4	25,9

\*\* p<0,001; a) la agrupación se describe en el capítulo de metodología

Las latinoamericanas tiene una media de 11,6±5,5 síntomas y las españolas de 9,9±5,2 (t=-3,768;gl= 573; p=0,001). En general ambas poblaciones tienen un elevado número de síntomas, siendo la población inmigrante la más sintomática. Una de cada cuatro mujeres inmigrantes se queja de más de quince síntomas simultáneamente en el último mes. Los principales problemas de ambas poblaciones hacen referencia a síntomas emocionales y somáticos.

En los análisis bivariados se observa que los síntomas están relacionados con una serie de factores socioeconómicos y biológicos (tabla 5.3). Los únicos síntomas que parecen estar asociados a la transición hormonal que ocurre durante el climaterio son los síntomas vasomotores (sofocos y sudores) y los genitourinarios (sequedad vaginal, cambio en el deseo sexual, coitos dolorosos e incontinencia urinaria). Los síntomas

vasomotores parecen estar asociados también a la paridad, las mujeres que no han tenido hijos tienen más síntomas vasomotores. Los síntomas genitourinarios se ven más influenciados por las circunstancias sociales que los vasomotores. En este caso las mujeres que tenían pareja en el momento de la entrevista la frecuencia de síntomas sexuales era mayor (71% vs 57,1%). La inestabilidad en el hogar también aumentaba el porcentaje de síntomas genitourinarios (principalmente afectan a la sequedad vaginal e incontinencia urinaria). Los síntomas cardiovasculares se ven influenciados tanto por el poder adquisitivo como por la inestabilidad en el hogar. Los somáticos también están relacionados con los cambios en la situación del hogar y paradójicamente con el estilo de vida. Digo paradójicamente porque son las mujeres que beben a diario y fuman las que menor porcentaje de síntomas somáticos manifiestan. En este caso puede ser que esté interviniendo el hecho de que las mujeres españolas son las que menos síntomas somáticos tienen y las que en comparación con las latinoamericanas tienden a fumar y beber más.

Respecto a los síntomas emocionales estos están claramente influenciados por factores económicos como el nivel de ingresos y los problemas en el hogar. Un mayor índice de masa corporal también se asocia a problemas emocionales. Aquí nuevamente podría estar teniendo que ver la influencia del país de origen, ya que las latinoamericanas tienen índices de masa corporal mayores que las españolas. Los problemas de inestabilidad en el hogar eran mucho más frecuentes entre las inmigrantes (66,4%) que entre las españolas (29,9%) y los niveles de ingresos de las inmigrantes también son menores que los de la población autóctona (el 59,8% de las inmigrantes tenía ingresos anuales inferiores a 18.000 euros, en comparación con el 38,9 de las españolas).

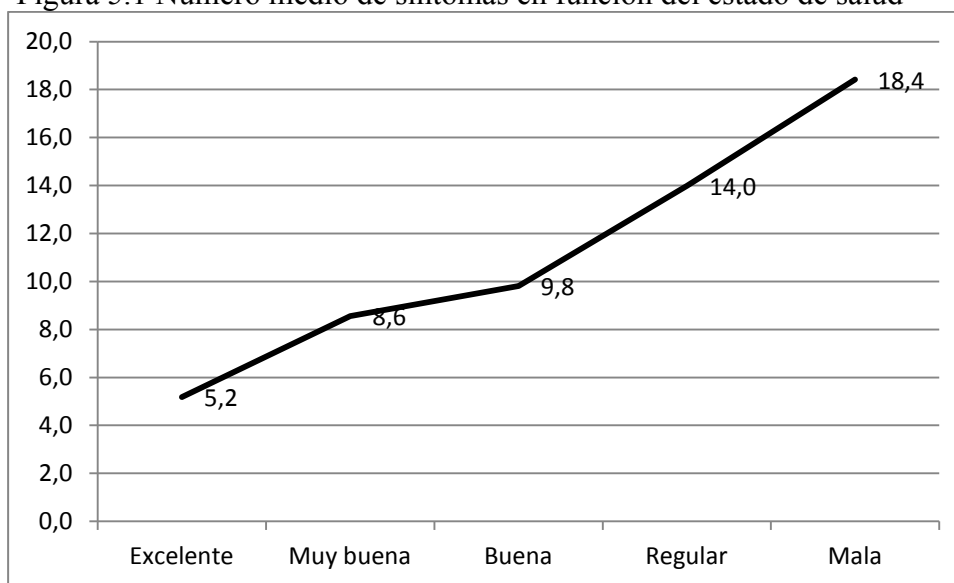
Tabla 5.3 Relación de síntomas y variables biológicas, socioeconómicas y culturales

	Vasomotores	Cardiovasculares	Emocionales	Genitourinarios	Somáticos
<b>Nivel de estudios</b>					
Básicos	55,6	50,4	85,0	69,2	93,2
Secundarios	54,0	49,6	80,7	67,2	91,6
Superiores	51,8	44,0	82,1	63,1	91,7
<b>Ingresos anuales</b>					
		**	**		
Menos de 18000	51,3	53,5	85,9	65,4	92,2
De 18000-30000	54,1	50,3	80,3	66,7	91,8
Más de 30000 euros	52,6	30,8	70,5	71,8	92,3
<b>Pareja</b>					
				**	
Si	54,9	45,9	80,7	71,2	93,1
No	51,5	52,6	84,7	57,1	89,8
<b>Inestabilidad hogar</b>					
		**	**	**	**
Si	53,5	56,7	89,0	72,0	95,5
No	53,9	39,9	75,4	61,1	89,1
<b>Trabajo</b>					
Si	53,0	48,5	81,2	64,9	92,3
No	55,6	47,4	84,2	70,2	91,2
<b>Estado menopausia</b>					
	**			**	
Premenopausia	40,2	50,0	78,7	56,9	90,2
Perimenopausia	64,0	46,4	84,0	72,8	93,6
Postmenopausia	57,0	46,3	83,2	72,9	91,1
Inducida	59,7	53,2	83,9	58,1	96,8
<b>Paridad</b>					
	**				
Si	51,9	48,5	82,8	67,3	92,7
No	65,0	46,3	77,5	61,3	87,5
<b>Salud auto-percibida</b>					
	*	**	**	**	*
Buena/Excelente	50,5	40,7	77,6	62,6	90,5
Regular o mala	62,3	68,2	94,2	76,6	96,1
<b>IMC</b>					
			*		
Normal	51,5	45,9	77,8	62,2	89,6
Sobrepeso	57,2	49,5	85,1	71,6	94,1
Obesidad	51,8	51,8	88,0	66,3	94,0
<b>Ejercicio</b>					
Nada o ligero	53,1	52,7	83,6	61,8	93,2
Moderado o fuerte	54,1	45,7	81,3	69,0	91,3
<b>Beber</b>					
					**
> 1 vez/mes	52,1	49,8	83,2	65,7	95,4
1 vez/mes-1 al día	56,4	46,8	81,4	65,9	88,2
Más de 1 vez al día	51,9	44,2	78,8	73,1	88,5
<b>Fumar</b>					
					**
No	52,8	49,7	85,1	67,7	94,3
Antes	55,5	47,7	80,5	61,7	93,0
Si	54,2	45,5	76,3	67,9	85,5

\*p< 0,05; \*\* p<0.01

La única variable que se asocia a todos los síntomas es el estado de salud auto-percibido. Como se ve en la figura 5.1 existe una correlación negativa entre el número de síntomas y la salud, de manera que aquellas mujeres que evalúan su salud como mala tienen el mayor número de síntomas ( $F=44,8$ ,  $p=0,0001$ ). Según los análisis post-hoc del análisis Anova de un factor la diferencia en el número medio de síntomas entre las diferentes categorías son significativas exceptuando las diferencias entre el estado de salud bueno y muy bueno.

Figura 5.1 Número medio de síntomas en función del estado de salud

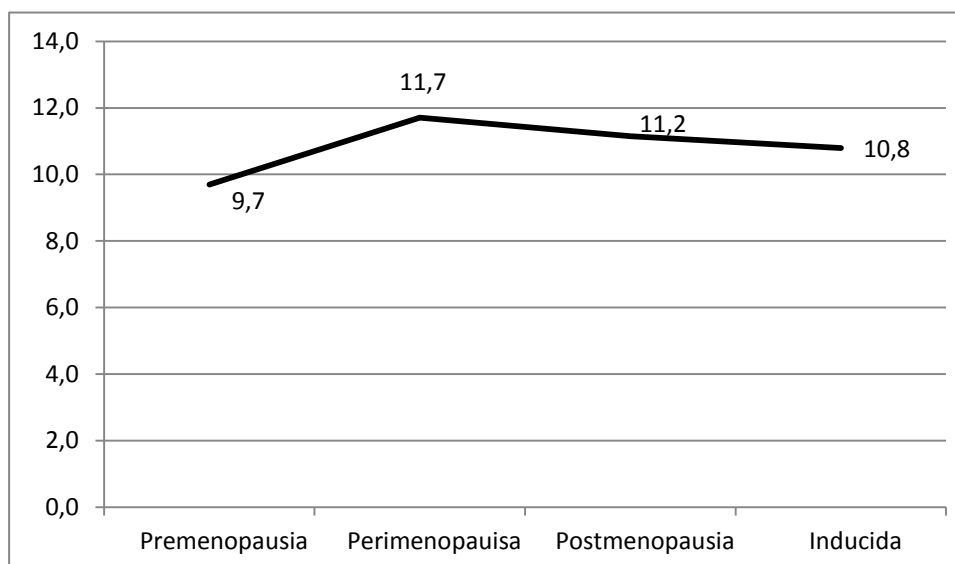


Anova de un factor:  $F=44,8$ ,  $p=0,0001$ .

El número medio de síntomas varía también en función del estado de menopausia, pero de una manera mucho más suave (figura 5.2). Las mujeres en la premenopausia tienen ligeramente menos síntomas que en el resto de las etapas y se observa un pico en las mujeres que se encuentran en la perimenopausia, probablemente debido a la mayor incidencia de sofocos. Según los análisis post-hoc no hay diferencias en el número medio de síntomas que tienen las mujeres perimenopáusicas, postmenopáusicas o con menopausia inducida. Por tanto aunque los síntomas propios de cada etapa varían, las mujeres siguen padeciendo un elevado número de síntomas con

los que conviven a diario. El número medio de síntomas para el total de las mujeres es de  $10,8 \pm 5,4$ .

Figura 5.2 Número medio de síntomas en función del estado de menopausia



Anova de un factor:  $F=3,9$ ,  $p=0,0001$ .

## DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud los únicos síntomas relacionados con la disminución de estrógenos son los síntomas vasomotores y la sequedad vaginal (Organización Mundial de la Salud 1994). Si bien esto se comprueba con nuestros datos, también observamos que las mujeres de 45 a 55 años de edad tienen otras quejas. La mayoría sufren síntomas “atípicos” como son: el dolor articular, dolor de cabeza, nervios o cansancio. Estos síntomas emocionales y somáticos son los que más afectan a la población estudiada y se han visto relacionados con un menor nivel de ingresos o situaciones de inestabilidad en el hogar. En un estudio sobre los determinantes del dolor de cabeza realizado en Hawaii observaron que las mujeres con hijos menores de 18 años en el hogar tenían una probabilidad 4 veces mayor de sufrir migrañas (Reza et al. 2012:7 y 8). Greene y Cooke también encontraron que el estrés diario tenía una mayor

influencia sobre la severidad de los síntomas psicológicos y somáticos que presentaba una población normal de mujeres que la menopausia en sí misma (Greene y Cooke 1980). El estrés psicosocial se ha visto relacionado en otros trabajos con la frecuencia de síntomas (Hunter 1993; Igarashi et al. 2000). La población inmigrante presentaba una mayor frecuencia de este tipo de síntomas, mientras que, aunque las diferencias no eran significativas, en los síntomas típicos de menopausia las frecuencias tienden a ser menores que en las españolas. Los síntomas sexuales eran más difíciles de sobrellevar si la mujer tenía pareja en el momento de la entrevista, quizá el hecho de que las mujeres migrantes sean en su mayoría solteras facilite la gestión de los inconvenientes ligados a la sequedad vaginal. Las mujeres que tienen relaciones sexuales a veces sienten dolor o se hacen heridas debido a la sequedad vaginal, mientras que las que no están teniendo relaciones sexuales no necesariamente notan la sequedad vaginal, aunque si puede ser que noten irritación o sensaciones de quemazón o que tengan más infecciones urinarias ligadas al cambio del pH de la vagina que se vuelve más alcalino (Siefert 2006:123). Los síntomas relacionados con la variación de estrógenos además de ser menos frecuentes que los emocionales o somáticos son relativamente fáciles de sobrellevar. Oldenhave y col ( 1993:779) ponían de manifiesto que los sofocos se vivían como algo puntual y que eran poco frecuentes en la mayoría de las mujeres, mientras que síntomas como el dolor de huesos o la depresión condicionaban más su vida y además carecían de explicación para ellos por los que solían acudir en mayor medida a los especialistas en busca de tratamiento médico. Esto parece reforzar la idea de que son más bien las diferentes circunstancias vitales con las que se encuentran las inmigrantes el factor detonante de estos síntomas. Como observamos en el capítulo 3 las condiciones de vida de las mujeres inmigrantes son de mayor vulnerabilidad que las de las españolas por lo que sería necesario controlar por estos factores para poder dilucidar la influencia del

lugar de origen en los síntomas propios de las mujeres de 45 a 55 años residentes en Madrid.

## **CONCLUSIONES**

Las mujeres de 45 a 55 años conviven con un elevado número de síntomas eminentemente relacionados con su estado físico y anímico. El cambio hormonal que ocurre durante la menopausia incrementa ligeramente la frecuencia de síntomas sobre todo porque aumenta el número de mujeres que presentan síntomas vasomotores o sexuales, pero en general los problemas que afectan a la población como el dolor articular o el cansancio tienen que ver más con las condiciones de vida que con la propia menopausia. Estos síntomas repercuten en la percepción de su estado de salud.

Hemos podido comprobar que algunos factores biológicos como es el estado de menopausia puede estar afectando a la frecuencia de síntomas vasomotores. Y también que aspectos sociales como la situación económica actual juegan un papel relevante a la hora de explicar las diferencias en síntomas emocionales. Dado que es inevitable que poblaciones diferentes difieran en sus variables demográficas básicas, como son el nivel de estudios, estado civil, la paridad, el poder adquisitivo, las variables relacionadas con la salud y en el estado de menopausia. En los siguientes capítulos se profundiza en los factores sociales, biológicos y ambientales que pueden estar asociados a la presencia de síntomas vasomotores y emocionales y en evaluar si se siguen observando diferencias entre la población española y latinoamericana incluso después de controlar por los posibles factores de confusión. Para ello en los capítulos 6 y 7 se emplean técnicas de análisis multivariable, como la regresión logística, que permiten abordar la cuestión crítica de si las diferencias que observamos entre estas dos poblaciones en las frecuencias de síntomas se mantienen después de controlar por las variables

demográficas y el estado de menopausia. Así mismo también permite saber cuáles son los factores que están relacionados con esta elevada incidencia de síntomas. Si están todos ellos relacionados con la transición menopáusica o se deben a la edad, factores sociales o condiciones de vida. Este tipo de modelos se podría extender a los otros grupos de síntomas más adelante.



# Capítulo 6

---

---

**Sofocos y sudores: factores asociados**

---

---



## INTRODUCCIÓN

Los sofocos y los sudores nocturnos son síntomas típicos de la menopausia. En estudios poblacionales se han identificado varios factores asociados a la incidencia de síntomas vasomotores incluyendo el estado de menopausia (Freeman et al. 2011; Obermeyer, Reher y Saliba 2007; Sievert et al. 2007), el nivel educativo (Blumel et al. 2011; Sievert, Obermeyer y Price 2006), los hábitos de fumar (Whiteman et al. 2003), el consumo de alcohol (Sievert, Obermeyer y Price 2006), el IMC (Gold et al. 2004; Whiteman et al. 2003), el ejercicio (Col et al. 2009; Chedraui et al. 2010; Dennerstein et al. 2007), la paridad (Blumel et al. 2011), el empleo de terapia hormonal (Sievert, Obermeyer y Price 2006), la temperatura ambiental (Sievert y Flanagan 2005), el estrés percibido (Gold et al. 2004) y la etnicidad (Gold et al. 2006; Obermeyer, Reher y Saliba 2007). Varios estudios comparativos y longitudinales han puesto de evidencia el efecto de la procedencia étnica en la frecuencia de sofocos. Por ejemplo en una muestra de mujeres asiáticas que habían emigrado al Reino Unido observaron que la salud auto-percibida y el grado de aculturación estaban asociadas a los sofocos (Hunter et al. 2009). En el estudio Decisions At Menopause (DAMES) encontraron que las diferencias en la frecuencia de sofocos entre los diferentes países estudiados (España, Marruecos, Líbano y Estados Unidos) se mantenían incluso tras controlar por las variables demográficas y el estado de menopausia (Obermeyer, Reher y Saliba 2007). En el estudio de Women's Health Across the Nation (SWAN) también observaron esta misma relación. Las mujeres afroamericanas tenían más probabilidad de tener síntomas vasomotores que las caucásicas, aunque para las mujeres hispanas no observaron estas diferencias (Gold et al. 2006).

Pocos estudios han tenido en cuenta el proceso migratorio y su posible influencia en la transición menopáusica. La mayoría de los estudios que han investigado sobre el factor étnico se han basado en muestras de mujeres que llevan viviendo en el país de acogida dos o más generaciones (Gold et al. 2000; Sievert et al. 2007). Los estudios con poblaciones migrantes han descrito el caso de las mujeres chinas y árabes en Australia (Liu y Eden 2007), y de las mujeres de la Unión Soviética residentes en Estados Unidos (Lu, Liu y Eden 2007). Estudios comparativos entre población migrante con la de los países de origen se han llevado a cabo en población china (Adler et al. 2000), india (Gupta, Sturdee y Hunter 2006) e israelí (Lerner-Geva et al. 2010). En relación a la población latinoamericana, Nedstrand, et al (1995), compararon la experiencia de la menopausia de las mujeres chilenas que habían emigrado a Suecia con la de las suecas. En estos estudios bien el país o el origen étnico se mostraron como factores que afectan a la sintomatología de la menopausia. Los estudios llevados a cabo hasta el momento concentran su atención en mujeres con una larga trayectoria migratoria, la mayoría llevan residiendo en las sociedades de acogida más de 20 años. Sin embargo, la migración latinoamericana hacia España es todavía reciente, el tiempo medio de residencia es de siete años (Requena y Reher 2009). Las estrategias de vida, las redes sociales y las ayudas para inmigrantes todavía no se han desarrollado por completo en este corto periodo de tiempo, por lo que el estrés ligado al proceso migratorio y el cambio de contexto es presumiblemente más acuciante entre las inmigrantes latinoamericanas. Esta situación ofrece una buena oportunidad para profundizar en la comprensión de cómo el cambio de contexto ligado a la migración modifica la experiencia de la menopausia. Por otro lado también permite ampliar el conocimiento sobre los síntomas vasomotores y sus determinantes entre las

latinoamericanas, una población poco estudiada en la sociedad de acogida y en los países de origen.

Los objetivos de este apartado son: (1) Comprobar si los factores determinantes de sofocos y sudores nocturnos son los mismos al estudiarlos por separado o cuando se analizan conjuntamente. Esto se debe a que algunos estudios no preguntan por estos síntomas por separado y generalmente son analizados de manera agrupada. Y (2) evaluar si existen diferencias en las frecuencias de sofocos y sudores nocturnos después de controlar por los factores socio-demográficos y de salud entre las mujeres latinoamericanas inmigrantes y las españolas. El estrés se ha asociado previamente con un incremento de sofocos (Freeman et al. 2007; Gold et al. 2004; Swartzman, Edelberg y Kemmann 1990; Thurston et al. 2008) y también con la migración (Salinero-Fort et al. 2012). La migración es un proceso estresante debido a las dificultades de adaptación al nuevo contexto y a la pérdida del apoyo social de las sociedades de origen (Achotegui Loizate 2009; Lee, Suchday y Wylie-Rosett 2012; Salinero-Fort et al. 2012). Por tanto la hipótesis con la que trabajamos es que esperamos encontrar una mayor frecuencia de sofocos entre las latinoamericanas que entre las españolas.

## **METODOLOGÍA**

Para llevar a cabo los objetivos de este apartado hemos realizado análisis de Chi cuadrado para examinar la diferencias en la frecuencia de sofocos, sudores nocturnos y haber padecido ambos a la vez sofocos y sudores nocturnos en relación al estado de menopausia, el nivel educativo (primaria o menos, secundaria o formación profesional, universidad o postgraduado), fumar (si, no), consumo de alcohol (nunca o menos de una vez al mes, 1 vez al mes hasta 1 ves al día, todos los días), empleo de terapia hormonal (si, no), ejercicio (ninguno o ligero, moderado o fuerte), IMC (Normal, sobrepeso,

obesidad), paridad (si, no), estado de salud auto-percibido (malo o regular, bueno o excelente), síntomas cardiovasculares (si, no) y lugar de nacimiento (Latinoamérica, España). La medida del ejercicio se ha basado en el índice construido para los análisis de DAMES (Sievert, Obermeyer y Price 2006). Se preguntó a las mujeres con qué frecuencia realizaban ejercicio suave (nunca, menos de una vez a la semana, una vez a la semana, dos veces a la semana, tres o más veces a la semana) y con qué frecuencia realizaba ejercicio moderado o fuerte (que les acelerase el pulso y la respiración). Se ha construido un índice de ejercicio basado en las frecuencias reportadas por las mujeres de manera que se ha agrupado a las mujeres en 4 categorías: ejercicio intenso (ejercicio fuerte 2 veces a la semana y algo de ejercicio suave), moderado (ejercicio suave más de tres veces a la semana y ejercicio fuerte nunca o 1 vez a la semana), ligero (otras combinaciones de ejercicio suave y ejercicio fuerte 1 o 2 veces a la semana) y ninguno (no ejercicio o ejercicio ligero menos de una vez a la semana). Posteriormente el índice de ejercicio se ha agrupado en dos categorías para facilitar la interpretación de los resultados de regresión logística en dos categorías: ninguno o ligero y moderado o fuerte. Los ingresos no han sido incluidos en los análisis porque estaban asociados al nivel educativo ( $p < 0,001$ ). El nivel educativo se ha elegido como medida aproximada del estatus socioeconómico. La variable dicotómica síntomas cardiovasculares hace referencia a haber padecido en el último mes palpitaciones de corazón, falta de aliento o presión en el pecho. Cada uno de estos síntomas se pregunta por separado (si, no). Esta variable agrupada se ha basado en DAMES (Obermeyer et al. 2005) y ha sido empleada previamente para comparar estos síntomas entre los países incluidos en el estudio (Marruecos, España, Estados Unidos y Líbano) (Obermeyer, Reher y Saliba 2007).

Las variables mencionadas anteriormente han sido analizadas en relación a la experiencia de sofocos, sudores nocturnos y ambos síntomas vasomotores a la vez en

análisis multivariantes de regresión logística para la muestra de 501 mujeres controlando por el país de origen. La regresión logística permite controlar por los factores de confusión y determinar si existen diferencias en la frecuencia de síntomas vasomotores entre las dos poblaciones. Todos los factores se han introducido simultáneamente en los modelos realizados con SPSS (versión 15,0).

## **RESULTADOS**

El cuarenta y cuatro por ciento de las mujeres dice haber tenido sofocos en el último mes. En el caso de las españolas asciende a 46,4% y en las latinoamericanas se reduce al 41,2%. Los sudores nocturnos afectan al 35,8%, siendo menor la diferencia entre españolas (34,7%) y latinoamericanas (36,9%). El porcentaje de mujeres que mencionaba haber sufrido ambos síntomas a la vez en el último mes es del veintiséis por ciento (26,3 % en las españolas y 25,2% en las latinoamericanas). Por tanto los sofocos y los sudores nocturnos no tienen porque suceder al mismo tiempo, hay mujeres que tienen sofocos exclusivamente y otras que sólo tienen sudores nocturnos. Los síntomas vasomotores han mostrado estar asociados con alguna de las características demográficas y de salud (tabla 6.1). En los análisis bivariados los sofocos y los sudores nocturnos estaban asociados con el estado de menopausia, siendo las mujeres perimenopáusicas las que más sofocos tenían. La paridad también es una variable asociada a la incidencia de sofocos. Las mujeres que no han tenido hijos tenían más sofocos, sin embargo esta relación no se observó para los sudores nocturnos o para las mujeres más sintomáticas que presentan sofocos y sudores nocturnos. Así mismo las mujeres con problemas cardiovasculares o cuyo estado de salud era regular o malo tenían una mayor probabilidad de manifestar sofocos, sudores nocturnos y ambos síntomas a la vez. Sin embargo el nivel educativo, los hábitos de fumar, la ingesta de

alcohol, el ejercicio, el IMC, el uso de terapia hormonal y el país de origen no estaban asociados a la frecuencia de síntomas vasomotores en los análisis de Chi cuadrado.

Los resultados de los análisis multivariantes de regresión logística indican que, tras controlar por las variables demográficas, de salud y el estado de menopausia, las mujeres latinoamericanas tenían una menor probabilidad de mencionar haber tenido sofocos en comparación con las mujeres españolas (OR 0.7, IC al 95% 0.4-0.9) (tabla 6.2). Esta diferencia no se confirma en el caso de las mujeres con sudores nocturnos (OR 1.0, IC al 95% 0.7-1.5) o las que tienen ambos síntomas (OR 0.8, IC al 95% 0.5-1.3). Las mujeres en la perimenopausia tenían una mayor probabilidad de padecer sofocos en comparación con las que estaban en la premenopausia (OR 3.4, IC al 95% 2.1-5.7), al igual que las mujeres postmenopáusicas (OR 2.3, IC al 95% 1.4-3.5) y las que tenían menopausia inducida (OR 2.1, IC al 95% 1.1-3.8). Del mismo modo las mujeres perimenopáusicas tenían mayor probabilidad de padecer sudores nocturnos y ambos síntomas vasomotores en comparación con las que todavía no habían iniciado la transición menopáusica (OR 1.7, IC al 95% 1.0-2.9; 2.5, IC al 95% 1.4-4.4 respectivamente), al igual que las postmenopáusicas (OR 1.7, IC al 95% 1.1-2.7; 2.1, IC al 95% 1.2-3.5 respectivamente).

Las mujeres que se quejaron de síntomas cardiovasculares (palpitaciones, falta de aliento y dolor de pecho) mostraron una mayor probabilidad de referir sofocos, sudores nocturnos y ambos síntomas (OR 1.6, IC al 95% 1.1-2.2; 1.8, IC al 95% 1.3-2.7; 1.6, IC al 95% 1.0-2.4 respectivamente).

Las mujeres que encontraban que su estado de salud actual era bueno tenían una menor probabilidad de comunicar sudores nocturnos (OR 0.6, IC al 95% 0.4-1.0) o

ambos síntomas a la vez (OR 0.6, IC al 95% 0.4-1.0). Sin embargo no se observó una asociación entre el estado de salud auto-percibido y la incidencia de sofocos.

Finalmente al igual que como observábamos en los análisis bivariados las variables de nivel de estudios, fumar, alcohol, terapia hormonal, IMC y ejercicio no resultaron explicativas. La paridad tampoco parece estar relacionada con un aumento de la probabilidad de padecer sofocos una vez controlamos por el efecto de las variables que sí resultan explicativas (estado menopausia, problemas cardiovasculares y salud).

Tabla 6.1 Porcentaje de mujeres que refieren síntomas vasomotores

	Sofocos	Sudores nocturnos	Ambos sofocos y sudores nocturnos
Total	43,7	35,8	25,7
Estado Menopausia			
Premenopausia	29,3**	27,0*	16,1**
Perimenopausia	56,0	40,0	32,0
Postmenopausia	47,2	39,7	29,9
Menopausia inducida	46,8	38,7	25,8
Educación			
Primaria o menos	48,9	36,1	29,3
Secundaria o profesional	44,5	35,4	25,9
Universitaria	38,1	36,3	22,6
Fumadora actualmente			
No	43,7	34,9	25,0
Si	43,5	38,9	28,2
Consumo de alcohol			
Nunca o <1/mes	42,9	37,0	27,7
1/mes a <1/día	45,9	34,1	23,6
Todos los días o más	38,5	36,5	23,1
Terapia hormonal			
No	43,8	35,4	25,2
Si	40,6	43,8	34,4
Ejercicio			
Ninguno o ligero	43,0	33,8	23,7
Moderado o fuerte	44,0	37,0	26,9
IMC			
Normal	42,2	33,7	24,4
Sobrepeso	45,5	37,8	26,1
Obesidad	43,4	37,3	28,9
Paridad			
No	53,8*	43,8	32,5
Si	42,0	34,5	24,6
Salud auto-percibida			
Regular o mala	51,3*	46,1**	35,1**
Buena o excelente	40,7	31,9	22,1
Síntomas cardiovasculares			
No	38,3**	28,5**	20,8**
Si	49,5	43,7	31,0
País de nacimiento			
España	46,4	34,7	26,3
Latinoamérica	41,2	36,9	25,2

\*p<0,05; \*\*p<0,01 N=575 La categoría síntomas cardiovasculares se refiere a haber experimentado en el último mes alguno de los anteriores síntomas: palpitaciones, falta de aliento, presión de pecho.

Tabla 6.2 Resultados de la regresión múltiple logística para predecir la incidencia de síntomas vasomotores

	Sofocos		Sudores nocturnos		Ambos sofocos y sudores nocturnos	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC
País de nacimiento						
España	-	-	-	-	-	-
Latinoamérica	0,7*	(0,4-0,9)	1,0	(0,7-1,5)	0,8	(0,5-1,3)
Estado de menopausia						
Pre-	-	-	-	-	-	-
Peri-	3,4**	(2,1-5,7)	1,7*	(1,0-2,9)	2,5**	(1,4-4,4)
Post-	2,3**	(1,4-3,5)	1,7*	(1,1-2,7)	2,1**	(1,2-3,5)
Inducida	2,1*	(1,1-3,8)	1,5	(0,8-2,9)	1,7	(0,8-3,5)
Educación						
Secundaria o menos	-	-	-	-	-	-
Universitaria	0,7	(0,5-1,0)	1,1	(0,7-1,7)	0,8	(0,5-1,3)
Fumar						
No	-	-	-	-	-	-
Si	0,9	(0,6-1,4)	1,2	(0,8-1,8)	1,1	(0,7-1,8)
Alcohol						
Nunca o <1/mes	-	-	-	-	-	-
1/mes a 1/ día	1,2	(0,8-1,8)	0,9	(0,6-1,4)	0,9	(0,6-1,4)
Todos los días	0,9	(0,5-1,7)	1,1	(0,6-2,2)	0,9	(0,4-1,8)
Salud auto-percibida						
Regular o mala	-	-	-	-	-	-
Buena o excelente	0,7	(0,4-1,0)	0,6*	(0,4-1,0)	0,6*	(0,4-0,9)
Terapia hormonal						
No	-	-	-	-	-	-
Si	0,6	(0,3-1,3)	1,2	(0,5-2,5)	1,2	(0,5-2,6)
Paridad						
No	-	-	-	-	-	-
Si	0,6	(0,4-1,1)	0,6	(0,4-1,1)	0,6	(0,4-1,1)
IMC						
Normal	-	-	-	-	-	-
Sobrepeso	1,1	(0,7-1,5)	1,2	(0,8-1,7)	1,0	(0,7-1,6)
Obesidad	1,1	(0,7-1,9)	1,2	(0,7-2,0)	1,2	(0,7-2,3)
Ejercicio						
No o ligero	-	-	-	-	-	-
Moderado o fuerte	1,0	(0,7-1,4)	1,2	(0,8-1,8)	1,2	(0,8-1,8)
Síntomas cardiovasculares <sup>b</sup>						
No	-	-	-	-	-	-
Si	1,6*	(1,1-2,2)	1,8**	(1,3-2,7)	1,6*	(1,0-2,4)

\*p<0,05; \*\* p< 0,01 Casos incluidos en el modelo N=574; N= 273 (España); N=301 (Latinoamérica) Los factores introducidos han sido ajustados simultáneamente en los modelos de regresión múltiple.

<sup>b</sup> La categoría síntomas cardiovasculares se refiere a haber experimentado en el último mes alguno de los anteriores síntomas: palpitaciones, falta de aliento, presión de pecho.

## DISCUSIÓN

El porcentaje de sofocos en el último mes era de 43,7 % y el de sudores nocturnos de 35,8%. La frecuencia de síntomas vasomotores entre las latinoamericanas era igual o inferior a lo referido por las españolas, lo que está en contradicción con nuestra hipótesis inicial de que el estrés de la migración influiría negativamente resultando en frecuencias más elevadas de molestias vasomotoras. Los síntomas vasomotores se encuentran principalmente influidos por el estado de menopausia, el estado de salud auto-percibida y los síntomas cardiovasculares. El estado de salud estaba asociado en el caso de las mujeres que tenían sudores nocturnos o que experimentaban ambos síntomas al mismo tiempo. El país de origen se asoció con la frecuencia de sofocos tras controlar por los factores de confusión.

Los sofocos normalmente tienen una mayor incidencia que los sudores nocturnos en los estudios que han preguntado por ambos síntomas por separado (Anderson et al. 2004; Avis et al. 2001; Im et al. 2010; Sievert et al. 2007). Salvo la excepción de las mujeres de Indonesia que fueron la única población de entre los siete países asiáticos que participaron en el estudio que tenía más sudores nocturnos que sofocos (Boulet et al. 1994). En la población estudiada tan solo el 25,7% de las mujeres experimentaba ambos síntomas a la vez. Estos resultados están en la línea de lo observado en un estudio realizado en Massachusetts que afirmaba que no todas las mujeres que experimentan sofocos padecía también sudores nocturnos y viceversa (Sievert, Obermeyer y Price 2006).

A pesar de que la paridad y el estado de salud autopercebido parecían estar asociados a los sofocos en los análisis bivariados, no se mantuvieron en los modelos de regresión múltiple logística. Lo contrario ocurrió con el país de nacimiento, que una vez se controla por los factores que difieren entre ambas poblaciones (estado menopausia,

educación, IMC, paridad, uso terapia hormonal y estado de salud) pasó a ser un factor explicativo de la variabilidad de la incidencia de sofocos.

Las diferencias en la experiencia de sofocos son el resultado de una compleja interacción de factores biológicos y culturales que alteran la experiencia de la menopausia (Anderson et al. 2004). Las mujeres latinoamericanas comunicaron experimentar menos sofocos que las españolas contrariamente a la hipótesis inicial. Un estudio realizado en Israel comparando la experiencia de la menopausia de mujeres inmigrantes judías de la Unión Soviética y árabes con la población residente judía, mostraba que las inmigrantes tenían una menor probabilidad de padecer sofocos en los modelos de regresión logística (Lerner-Geva et al. 2010). En este artículo Lerner-Geva especula sobre los posibles efectos de la aculturación, la menor exposición a ideas occidentales sobre la menopausia, la menor medicalización de la etapa, una menor disposición a hablar de los sofocos o una tendencia a aceptar de una manera natural los síntomas como parte de la menopausia y el proceso de envejecimiento, como factores explicativos de la menor frecuencia de sofocos entre las inmigrantes. En un estudio llevado a cabo en Hilo, Hawái, la frecuencia de sofocos entre las mujeres americanas de origen japonés era menor en las encuestas, pero la probabilidad de manifestar un sofoco objetivo durante el seguimiento monitorizado en el ambulatorio era exactamente igual a la observada en mujeres de origen europeo o mixto (Sievert et al. 2010). Sería interesante poder monitorizar los sofocos de una manera objetiva en las poblaciones estudiadas, ya que permitiría descartar que la menor frecuencia de sofocos entre las inmigrantes no se deba más bien a una cuestión cultural que a diferencias biológicas.

Los síntomas vasomotores están principalmente asociados al estado de menopausia y por tanto al cambio hormonal. Los resultados observados acerca del

incremento en la frecuencia de sofocos entre las mujeres perimenopáusicas en comparación con las premenopáusicas están en consonancia con lo observado en otros estudios poblacionales (Avis et al. 2001; Obermeyer, Reher y Saliba 2007; Sievert, Obermeyer y Price 2006). Es imprescindible controlar el factor del estado de menopausia al realizar estudios comparativos entre poblaciones de diferentes orígenes más que el factor edad, ya que en el caso estudiado observábamos que las latinoamericanas comenzaban la transición menopáusica a una edad más temprana que las españolas (la edad de menopausia inmigrantes es de 50,5 años y la de las españolas de 52,0 años; ver capítulo 4). Por tanto, aunque las mujeres incluidas en el estudio se encuentren en el mismo rango de edad, la menor frecuencia de sofocos podría deberse a que entre las latinoamericanas hay más mujeres que ya han superado la transición menopáusica en comparación con las españolas.

Las hormonas actúan como mensajeros de información entre el hipotálamo, la glándula pituitaria y los ovarios que son los órganos encargados de mantener la menstruación en las mujeres premenopáusicas. El hipotálamo y la glándula pituitaria se encargan de ejercer control sobre las glándulas endocrinas, incluido el ovario, y también sobre otra serie de actividades fisiológicas como son la regulación del apetito y de la temperatura corporal. Los cambios en la capacidad de controlar la temperatura corporal están implicados en la aparición de sofocos. Los sofocos se producen cuando disminuyen los niveles de estrógenos (Whitehead, Whitcroft y Hillard 1993:20) y aumentan los de la hormona folículo estimulante (FSH) (Guthrie et al. 2005). En el ovario la FSH y hormona luteinizante (LH), segregadas por la glándula pituitaria, estimulan el desarrollo de los folículos y la producción de estrógeno, progesterona e inhibinas (hormonas que inhiben la segregación de FSH) y también la producción de una pequeña cantidad de andrógenos (como la testosterona). Sin embargo no todas las

mujeres que tienen niveles bajos de estrógenos experimentan sofocos, esto puede deberse a que el hipotálamo tiene una zona neutra de termorregulación que reacciona a los cambios de temperatura corporal. En algunas personas esta zona neutra es más amplia por lo que su temperatura corporal tiene que aumentar más para que se traduzca en un sofoco (Freedman 2005:117). Parece que existe una predisposición genética, pero también factores ambientales como el estrés que aumenten el nivel de noradrenalina podría influir en la amplitud de la zona neutra del hipotálamo (Freedman y Krell 1999)

El estado de salud parece estar asociado con la presencia de sudores nocturnos y cuando se dan los sudores nocturnos junto con los sofocos, pero no con los sofocos por sí solos. En el caso de mujeres asiáticas inmigrantes en Inglaterra también encontraron que un estado de salud deficiente estaba asociado con la presencia de síntomas vasomotores (Hunter et al. 2009). El estado de salud auto-percibido es una medida de la calidad de vida que refleja el estado físico, las enfermedades sufridas previamente, las condiciones socio-económicas y ha sido considerado como un indicador de mortalidad (Idler y Benyamini 1997; Observatorio de Salud de la Mujer 2006). A pesar de su simplicidad es una medida de morbilidad comparable entre poblaciones (Idler y Benyamini 1997). No se puede establecer una relación de causa efecto ya que probablemente el tener sudores nocturnos o el caso más extremo de sufrir tanto sudores nocturnos como sofocos puede influir en la percepción del estado de salud. Al observar estos resultados parece razonable pensar que los sofocos por si solos no suponen un inconveniente tan fuerte como los sudores nocturnos que pueden estar afectando a los patrones de sueño y por tanto limitando las posibilidades de recuperación del cuerpo mediante un descanso adecuado.

Los síntomas cardiovasculares (palpitaciones, falta de aliento o presión de pecho) se encontraban asociados en los tres modelos de regresión (sofocos, sudores nocturnos y ambos). El Grupo colaborativo de investigación sobre el climaterio en Latinoamérica (REDLINC) encontró que las mujeres latinoamericanas con síntomas vasomotores (sofocos y/o sudores nocturnos) mostraban una mayor probabilidad de tener molestias de corazón que las mujeres sin síntomas vasomotores en los análisis de Chi cuadrado (OR 5.24, IC al 95% 4.75-5.78) (Blumel et al. 2011). Aunque existen diferencias metodológicas porque en REDLINC no preguntaron por los sofocos y los sudores nocturnos por separado, sus resultados son semejantes a los nuestros. Cuando una mujer tiene un sofoco su pulso se acelera y su presión sanguínea aumentan hasta diez veces justo después de la detección de un sofoco objetivo en el laboratorio (Brown et al. 2011; Freedman 1989). La taquicardia se ha empleado como una medida fisiológica para detectar sofocos (Germaine y Freedman 1984). Esta taquicardia podría estar siendo expresada por las mujeres como una sensación de estar teniendo palpitaciones.

Aunque el consumo de tabaco se supone que tiene un efecto antiestrogénico, y por tanto las mujeres que fuman deberían de tener más sofocos (Freeman et al. 2007; Greendale y Gold 2005; Whiteman et al. 2003), esta relación no se ha observado en el grupo de mujeres estudiadas. En modelos multivariantes, Gold et al, encontraron que las fumadoras pasivas, pero no las activas, eran las que tenían más sofocos (Gold et al. 2004). Otros estudios, por el contrario, no han encontrado relación entre el consumo de tabaco y la incidencia de sofocos (Bernis y Reher 2007; Im et al. 2010; Melby et al. 2011a; Sievert, Obermeyer y Price 2006).

El nivel educativo, el consumo de alcohol, la paridad, el ejercicio, el IMC o el empleo de terapia hormonal no estaban asociados con ninguno de los síntomas

vasomotores en los modelos de regresión. Esto es interesante ya que las mujeres latinoamericanas tenían mayor nivel educativo, más hijos y el 60% de ellas eran obesas. Es cierto que al comparar los niveles educativos hay que tener en consideración que hay siete años de diferencia entre la recogida de datos de las españolas y la de Latinoamérica y probablemente los niveles educativos de las españolas hayan aumentado. Respecto al índice de masa corporal sería interesante investigar si las diferencias se deben a factores genéticos o al tipo de dieta ya que ambas poblaciones tienen niveles semejantes de ejercicio y el consumo de alcohol era menor entre las latinoamericanas que en las españolas. Existen evidencias en otras poblaciones de la falta de asociación entre los sofocos y los niveles educativos (Gold et al. 2004), IMC (Bernis y Reher 2007; Lerner-Geva et al. 2010), paridad (Bernis y Reher 2007), ejercicio (Gold et al. 2004) y consumo de alcohol (Bernis y Reher 2007; Gold et al. 2004). En un estudio realizado con mujeres latinoamericanas observaron que el empleo de terapia hormonal no estaba asociado con los sofocos durante la perimenopausia, pero los investigadores no realizaron modelos de regresión logística (Blumel et al. 2011). El uso de terapia hormonal es relativamente bajo entre las mujeres españolas (9,5%) y aún más limitado entre las inmigrantes (2%). Este bajo empleo de terapia hormonal puede deberse a un ajuste de las prácticas médicas ligado a la publicación de los resultados del estudio Women's Health Initiative (Obermeyer et al. 2005) que llamaban la atención sobre el balance negativo de coste-beneficio de la terapia hormonal. En este sentido la diferencia de siete años en la recogida de datos de las mujeres latinoamericanas podría estar sobreestimando las diferencias en el empleo de terapia hormonal, ya que es presumible que las españolas hayan reducido su uso. Sin embargo no podemos estar seguros de que estas diferencias no se deban en parte a las distintas formas culturales a la hora de manejar esta etapa.

Esta limitación del tiempo entre la recogida de datos de las muestras no es esperable que afecte a la frecuencia de sofocos referida por las mujeres, ya que en general la mayor parte de la variación en las frecuencias de sofocos entre poblaciones suele explicarse por diferencias metodológicas en la manera de preguntar a las mujeres. Este aspecto ha sido cuidado en la presente investigación, las mujeres fueron preguntadas la misma cuestión en entrevistas personales individuales, lo que asegura que los resultados sean comparables. Otros estudios llevados a cabo con población española encontraron que había diferencias en las frecuencias de sofocos ligadas al tipo de lugar de residencia (urbano, semi-urbano y rural) (Bernis y Reher 2007). En este sentido el estudio se realizó en un mismo tipo de contexto urbano.

## **CONCLUSIONES**

Los factores asociados con los sofocos, los sudores nocturnos y ambos síntomas padecidos al mismo tiempo, difieren. El país de origen solo se mostró como un factor determinante en el caso de los sofocos, de manera que las inmigrantes mencionaban tener menos sofocos que las españolas. Sin embargo el lugar de origen no parece un factor relevante a la hora de explicar la variabilidad de sudores nocturnos o de mujeres que tiene ambos síntomas. Y lo mismo ocurre con el estado de salud auto-percibido que está relacionado con la presencia de sudores nocturnos y ambos síntomas, pero no con los sofocos por sí solos. Por ello consideramos importante que en los estudios comparativos se pregunte por estos síntomas por separado y también que se analicen independientemente. Todos los síntomas vasomotores se asociaron con el estado de menopausia de manera constante, por lo que se confirman como uno de los síntomas relacionados con el cambio hormonal que acontece durante la transición menopáusica. Es necesario realizar más investigaciones en las que se incluya los resultados de la frecuencia de sofocos medida de manera objetiva en el laboratorio en comparación con

las percepción subjetiva de la experiencia de las mujeres para clarificar si las diferencias en el porcentaje de sofocos entre españolas e inmigrantes están ligadas a una herencia genética o son más bien un producto de las diferencias culturales a la hora de percibir y comunicar la experiencia de la menopausia.



# Capítulo 7

---

---

**El estado de ánimo: ¿menopausia o migración?**

---

---



## INTRODUCCIÓN

Al igual que los problemas musculoesqueléticos o el dolor de huesos han sido rara vez estudiados en investigaciones sobre la menopausia, la depresión tiene una larga historia y se ha asociado al cambio de vida reproductiva a no reproductiva (Rosenthal 1968). La idea extendida de que la menopausia está asociada a los trastornos emocionales relacionados con los cambios hormonales y el mayor riesgo de ansiedad y depresión radican en la noción de la melancolía involutiva. La melancolía involutiva es una psicosis depresiva atribuida a los cambios hormonales que fue eliminada de las clasificaciones médicas en 1979 después de que no se encontraran evidencias científicas de su existencia (Leidy 1994:242; Weissman 1979). Hasta los años ochenta la mayoría de los estudios se realizaba con muestras pequeñas seleccionadas en clínicas, lo que supone limitaciones metodológicas y dificulta la generalización de los resultados al resto de la población (Kaufert 1990). A partir de los años ochenta las investigaciones sobre menopausia comenzaron a mejorar tanto metodológicamente como conceptualmente (Organización Mundial de la Salud 1994) y empezaron a extenderse los estudios transversales con población general. A partir de los años noventa comenzamos a contar también con evidencias de estudios longitudinales que contribuyeron a estimar que el riesgo de padecer depresión durante la menopausia aumentaba si se había tenido episodios previos de depresión (Kaufert, Gilbert y Tate 1992). Estos estudios, aunque marcados por las teorías del impacto del cambio hormonal, empiezan a buscar explicaciones a la depresión en un contexto más amplio de la vida de las mujeres y comienzan a controlar por factores potencialmente ligados a la depresión (Avis et al. 1994). A partir del año 2000 hay un aumento de los estudios que buscan observar la diversidad de factores asociados a los síntomas emocionales entre

poblaciones de diferentes procedencias (Bromberger et al. 2004; Sievert, Obermeyer y Saliba 2007)

Existen varias teorías acerca de la relación entre la menopausia y la depresión. Por un lado está la teoría del efecto dominó que propone que los síntomas emocionales son consecuencia de los síntomas vasomotores y las dificultades para dormir que estos ocasionan y por tanto están asociados a la disminución de los niveles de estrógeno (Schmidt y Rubinow 1991). La teoría bioquímica asocia directamente la disminución de los niveles de estrógeno con cambios bioquímicos en el cerebro que provocan depresión (Steiner 1992; Stewart y Boydell 1993). La teoría del punto de vista psicoanalítico o de la pérdida de roles considera que el comienzo de la transición menopáusica supone una situación crítica para la mujer que ha de redefinir el concepto de sí misma. Esta hipótesis entiende la menopausia como una pérdida en términos de capacidad reproductiva y lo que implica un replanteamiento de los roles de hija, esposa, madre al morir los padres, enfermar sus parejas o los hijos volverse independientes. Según la teoría de pérdida de roles al perder sus identidades primarias, sobre todo si estas eran una fuente de autoestima y autoafirmación, las mujeres se pueden encontrar en una situación más vulnerable y desencadenar un proceso depresivo (Deutsch 1945). Finalmente la teoría de los condicionantes sociales y de salud que considera que la menopausia no está asociada con la depresión, sino simplemente coincide con una serie de cambios circunstanciales en la vida de las mujeres como puede ser problemas en las relaciones familiares o sociales y cambios en el estado de salud general que pueden persistir en edades más avanzadas (Avis et al. 1994).

En estudios poblacionales sobre salud mental durante la menopausia que han empleado instrumentos rigurosos y han tenido encuenta el efecto de los factores sociales no han encontrado asociación entre el estado de menopausia y la depresión

(Greene y Cooke 1980; Hunter 1992; Kaufert, Gilbert y Tate 1992; Matthews et al. 1990) Aunque en un estudio longitudinal observaron una mayor depresión en las mujeres que tenían una perimenopausia prolongada ( de al menos 27 meses), según los autores estos se debía al mayor número de síntomas que a el estado de menopausia (Avis et al. 1994:217). A pesar de que cada vez hay más evidencias a nivel poblacional de que la menopausia no genera depresión por sí misma, la creencia de que una mujer se vuelve irritable, deprimida y tiene cambios de humor durante la menopausia todavía prevalece entre las mujeres (Avis y McKinlay 1991:79) y entre los médicos.

Este apartado tiene como objetivos: (1) contrastar las teorías acerca de la relación de la menopausia con los síntomas emocionales controlando por factores sociales y de salud. Y (2) evaluar si las diferencias observadas en síntomas emocionales entre las españolas y las inmigrantes se mantienen una vez controlado por factores sociales y condiciones de vida.

## **METODOLOGÍA**

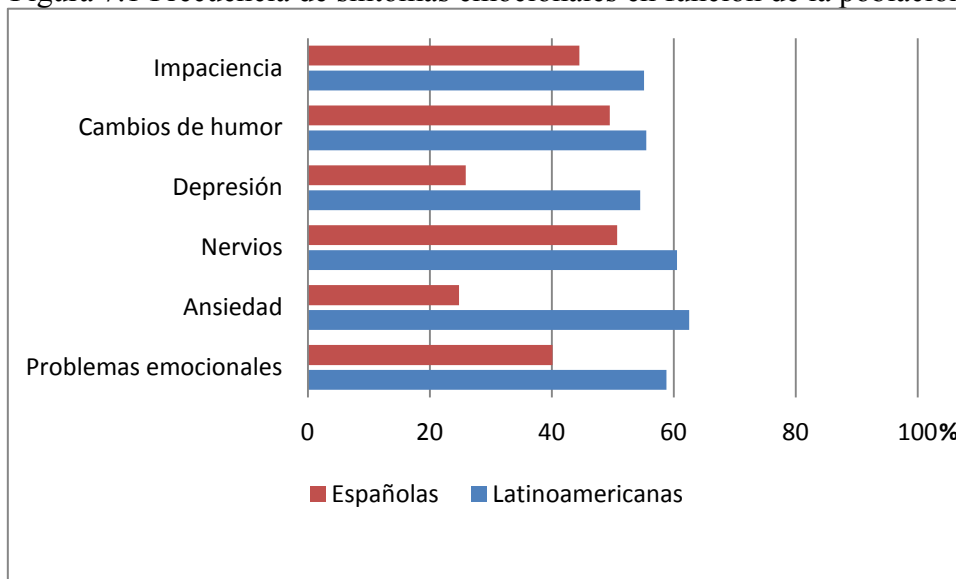
Para llevar a cabo los objetivos se han estudiado las diferencias entre los síntomas emocionales individualmente en función del país de origen. Posteriormente se ha realizado una agrupación del conjunto de síntomas relacionados con la salud mental. De manera que en la variable dicotómica de síntomas emocionales se han englobado a las personas que dicen haber padecido alguna de las siguientes molestias en el último mes: problemas emocionales, ansiedad, nerviosismo, depresión, cambios de humor o impaciencia. En la regresión múltiple logística hemos contrastado la relación de los síntomas emocionales con variables socioeconómicas: nivel educativo (primario, secundario, superior), estado civil (haber estado casada alguna vez o no); variables biológicas: edad (45-49 años; 50-55 años) paridad (si, no) y estado de menopausia

(premenopausia, perimenopausia, postmenopausia, menopausia inducida); variables de salud: estado de salud auto-percibido (Excelente/ bueno, regular/ malo), coexistencia de otros síntomas (vasomotores, cardiovasculares, genitourinarios, somáticos); y variables sociales: auto-percepción de la situación económica actual (mala, aceptable, buena), cambio en la situación laboral o en el hogar, años desde la migración (menos de nueve años o más de nueve años). Los cambios en el hogar hacen referencia a cambios de vivienda o en la convivencia en los últimos dos años. Los cambios laborales (pérdida de empleo, cambio de empleo) también en los últimos dos años. La variable percepción de la situación económica actual no estaba incluida en el cuestionario DAMES por lo que no ha podido ser introducida en el modelo comparativo entre la población latinoamericana y la española. En el análisis de los factores asociados a los síntomas emocionales de la población latinoamericana hemos incluido la variable de situación económica actual, la situación administrativa actual y la de los años residiendo en España como indicadores de la situación social de las inmigrantes. En el capítulo de metodología se puede encontrar una descripción más detallada de la elaboración de la variable estado de menopausia y la agrupación de los diferentes síntomas.

## **RESULTADOS**

Los síntomas emocionales son más frecuentes entre la población inmigrante que entre la española en los análisis de chi cuadrado. Siendo la incidencia de síntomas emocionales del 88% en la latinoamericanas y del 75% en las españolas. Estas diferencias se deben principalmente al mayor porcentaje de mujeres inmigrantes que sufren ansiedad y depresión (Figura 7.1).

Figura 7.1 Frecuencia de síntomas emocionales en función de la población



Sin embargo, en los análisis multivariantes, las diferencias entre las poblaciones desaparecen. Una vez controlamos por el nivel educativo, el estado civil y las variables de salud y estilo de vida, el país de origen deja de ser una variable explicativa. También observamos que los síntomas emocionales no están asociados al estado de menopausia, y por tanto que no tienen una explicación hormonal. Los síntomas emocionales están más relacionados con el estado de salud y los cambios acontecidos en el hogar. Existe una asociación entre los síntomas emocionales y los síntomas cardiovasculares y somáticos, de manera que las mujeres que presentan estos síntomas tienen una mayor probabilidad de manifestar síntomas emocionales. Sin embargo no están asociados a los síntomas típicos de la menopausia como son los síntomas vasomotores o los genitourinarios (tabla 7.1).

Tabla 7.1 Regresión logística para síntomas emocionales

	Sig.	Exp(B)	IC; 95,0%
<b>Lugar de nacimiento</b>			
España (ref)			
Latinoamérica	0,067	1,9	1,0-3,8
<b>Educación</b>			
Primaria (ref)			
Secundaria/profesional	0,327	0,7	0,4-1,4
Universitaria	0,825	0,9	0,5-1,8
<b>Haber estado casada</b>			
No (ref)			
Si	0,138	0,6	0,3-1,2
<b>Edad</b>			
45-49 (ref)			
50-55	0,583	1,2	0,7-2,0
<b>Estado de salud</b>			
Regula/malo (ref)			
Bueno/excelente	0,015	0,4	0,2-0,8
<b>Paridad</b>			
No (ref)			
Si	0,541	1,3	0,6-2,8
<b>Cambio en el trabajo</b>			
No (ref)			
Si	0,418	0,8	0,4-1,5
<b>Cambio en el hogar</b>			
No (ref)			
Si	0,042	1,7	1,0-2,9
<b>Síntomas cardiovasculares</b>			
No (ref)			
Si	0,000	2,8	1,6-4,8
<b>Síntomas genitourinarios</b>			
No (ref)			
Si	0,055	1,6	1,0-2,7
<b>Síntomas somáticos</b>			
No (ref)			
Si	0,003	2,8	1,4-5,4
<b>Síntomas vasomotores</b>			
No (ref)			
Si	0,168	1,4	0,9-2,4
<b>Estado de menopausia</b>			
Premenopausia (ref)			
Perimenopausia	0,954	1,0	0,5-2,0
Postmenopausia	0,877	1,1	0,5-2,0
Menopausia inducida	0,896	0,9	0,4-2,3

Sig, Significatividad; Ref, Referencia; IC, Intervalo de Confianza; N=574; R<sup>2</sup> Nagelkerke =0,228

Dado que en el caso de las mujeres inmigrantes contamos con información acerca de las características del proyecto migratorio, hemos realizado un modelo para esta población que resulta más explicativo que el de la población en conjunto (Tabla 7.2). En este análisis observamos que las mujeres que llevan menos años residiendo en España tienen una mayor probabilidad de padecer síntomas emocionales que aquellas que ya llevan más de nueve años residiendo en Madrid (OR 0.3; IC 95% 0,1-0,8). El estado de salud auto-percibido también está asociado con los problemas emocionales (OR 0.2; IC 95% 0,1-0,8), siendo las mujeres con un estado de salud bueno las que tienen menor probabilidad de padecer trastornos emocionales. Las mujeres que padecen síntomas somáticos como dolor de huesos, dolor de cabeza o cansancio entre otros, tienen casi cuatro veces más probabilidad de padecer síntomas emocionales (OR 3,9; IC 95% 1,0-15,3). La situación económica actual también es una variable explicativa. Las mujeres con una buena situación económica tienen menor probabilidad de tener síntomas emocionales que las que tienen una mala situación (OR 0,2; IC 95% 0,0-0,9). La situación inestable en el hogar también está asociada a una mayor probabilidad de tener síntomas emocionales (OR 2,4; IC 95% 1,0-5,8). El disponer de una situación regularizada no está asociado con los síntomas emocionales. En este modelo también comprobamos que los síntomas emocionales no dependen del estado de menopausia de la mujer ni tampoco de la incidencia de molestias típicas de la menopausia (síntomas vasomotores o genitourinarios). Por tanto, los síntomas emocionales están relacionados con las condiciones de vida y el estado de salud general y no con la transición menopáusica.

Tabla 7.2 Regresión logística para síntomas emocionales en las mujeres inmigrantes

	Sig.	Exp(B)	IC; 95,0%
<b>Situación económica</b>			
Mala (ref)			
Aceptable/Buena	0,037	0,2	0,0-0,9
<b>Cambio en el trabajo</b>			
No (ref)			
Si	0,469	0,7	0,3-1,7
<b>Cambio en el hogar</b>			
No (ref)			
Si	0,046	2,4	1,0-5,8
<b>Paridad</b>			
No (ref)			
Si	0,580	0,6	0,1-3,9
<b>Síntomas vasomotores</b>			
No (ref)			
Si	0,054	2,5	1,0-6,5
<b>Síntomas cardiovasculares</b>			
No (ref)			
Si	0,450	1,4	0,6-3,8
<b>Síntomas genitourinarios</b>			
No (ref)			
Si	0,596	1,3	0,5-3,1
<b>Síntomas somáticos</b>			
No (ref)			
Si	0,047	3,9	1,0-15,3
<b>Documentación</b>			
No (ref)			
Si	0,445	2,4	0,3-21,3
<b>Años desde la llegada</b>			
Menos de 9 años (ref)			
Más 9años	0,019	0,3	0,1-0,8
<b>Estado de salud</b>			
Regula/malo (ref)			
Bueno/excelente	0,026	0,2	0,1-0,8
<b>Edad</b>			
45-49 (ref)			
50-55	0,169	2,0	0,7-5,5
<b>Estado de menopausia</b>			
Premenopausia (ref)			
Perimenopausia	0,670	0,8	0,2-2,5
Postmenopausia	0,792	0,8	0,3-2,9
Menopausia inducida	0,549	0,6	0,2-2,7
<b>Haber estado casada</b>			
No (ref)			
Si	0,116	0,4	0,2-1,2
<b>Nivel de estudios</b>			
Superiores (ref)			
Secundarios/Primarios	0,359	1,5	0,6-3,9
<b>Constante</b>	<b>0,020</b>	<b>42,1</b>	

Sig, Significatividad; Ref, Referencia; IC, Intervalo de Confianza; N=301; R<sup>2</sup> Nagelkerke =0,357

## DISCUSIÓN

Los síntomas emocionales en las poblaciones estudiadas son resultado de factores sociales y de salud. Las diferencias observadas entre latinoamericanas y españolas no se mantienen una vez controlando por estos factores. En consonancia con estos resultados un estudio longitudinal llevado a cabo en Estados Unidos observó que una vez controlando por factores psicosociales y de salud las diferencias en síntomas emocionales no variaban entre los diferentes grupos étnicos estudiados (Bromberger et al. 2004). En concreto mencionaban que en las mujeres hispanas, que eran las que tenían la mayor incidencia de síntomas depresivos en los análisis no ajustados en comparación con los otros grupos étnicos estudiados, el estado de salud auto-percibido era particularmente importante en la predicción de síntomas depresivos (Bromberger et al. 2004:1383). En un estudio realizado en Seattle con una muestra multiétnica encontraron que el estado de salud tenía un efecto directo sobre los síntomas emocionales e indirecto como potenciador de los factores de estrés (Woods y Mitchell 1997).

En nuestro estudio se ha tenido en cuenta también los factores relacionados con la situación circunstancial del colectivo latinoamericano de ser un grupo migrante, lo que ha reportado resultados interesantes. La relación entre el mayor tiempo de residencia en el país de acogida y la menor incidencia de síntomas depresivos ha sido mencionada previamente en los estudios con población migrante en general (Achotegui Loizate 2009) y también en inmigrantes rusas en Estados Unidos en la etapa de la menopausia (Miller et al. 2004:231). Achotegui entiende la migración como un factor de riesgo para la salud mental si existe vulnerabilidad (el inmigrante no está sano o padece discapacidades) y /o el nivel de factores estresantes es muy alto (el medio de

acogida es hostil). La teoría del síndrome de Ulises relaciona una mayor predisposición a trastornos emocionales en los primeros años del proyecto migratorio ligados a la situación de desarraigo e inestabilidad (papeles, trabajo, vivienda, posibilidades de ascenso social). También menciona las dificultades relacionadas con la discriminación, xenofobia y los prejuicios de la sociedad de acogida además pueden situar al inmigrante en una posición de vulnerabilidad y riesgo para su integridad física (viajes peligrosos, riesgo de expulsión). En los resultados de nuestro trabajo la inestabilidad referente a la situación administrativa irregular no parece mostrar una relación directa con la salud mental, tampoco el cambio de trabajo. Esto puede deberse a que su efecto esté en definitiva determinando la situación económica actual. Una persona que no tiene una situación regularizada tiene muchas dificultades para acceder al trabajo. Los cambios en un trabajo ya de por sí precario con pocas posibilidades de ascensión social como es el de limpiadoras y cuidadoras inmigrantes, no parece ser relevante. Si bien es cierto que es la situación económica actual es una variable subjetiva probablemente esté reflejando mejor que los ingresos netos mensuales el factor de estrés que supone no poder afrontar las necesidades básicas. Las situaciones familiares de la población migrante son complejas, no es lo mismo ingresar menos de mil euros al mes para una mujer con los hijos en España que se vea obligada a asumir los gastos de un alquiler o una hipoteca que para una mujer que esté trabajando de interna. Las dificultades que perciben para afrontar los gastos de las necesidades básicas también es un factor de riesgo que ha sido mencionado por otros estudios (Bromberger et al. 2004:1381).

La falta de asociación entre el estado de menopausia y los síntomas emocionales una vez controlando por los factores sociales y de salud parece coincidir con las observaciones de algunos estudios (Woods y Mitchell 1997). Sin embargo en el estudio longitudinal de Pensilvania sobre envejecimiento ovárico en el que siguieron a las

mujeres durante 9 años observaron que el riesgo de estar deprimida era mayor en las mujeres durante la fase de premenopausia tardía que en la premenopausia y que cuando las mujeres llegaban a la postmenopausia el riesgo era menor. En este estudio mantienen que existe relación entre el estado de menopausia y los síntomas emocionales, sin embargo no observaron diferencias en las fases de mayor fluctuación hormonal (la perimenopausia) con respecto a las mujeres premenopáusicas (Freeman et al. 2007:236). En todo caso parece que las mujeres en la etapa de la postmenopausia tienen menor riesgo de estar deprimidas que cuando eran mujeres reproductivas. En los análisis bivariados tampoco encontraron relación entre los niveles de estradiol o de hormona folículo estimulante (FSH) y los síntomas emocionales (Freeman et al. 2007:237). Schmidt propone que existen dificultades metodológicas en los estudios sobre trastornos emocionales y menopausia y mantiene que todavía es pronto para afirmar que no existe relación entre ambos (Schmidt y Rubinow 1991). Es cierto que nuestras conclusiones se ven limitadas por el hecho de carecer de datos longitudinales, por lo que no podemos observar los cambios en el estado emocional de una misma mujer a lo largo de la transición menopáusica. A pesar de las recomendaciones en un estudio longitudinal realizado por el mismo autor en 2004 donde afirma que los 24 meses anteriores al comienzo de la menopausia el riesgo de depresión aumentó, tan solo contaba con una muestra de 29 mujeres y no realizaron análisis multivariados para controlar por factores de estrés social o de salud (Schmidt, Haq y Rubinow 2004). Atribuir estados depresivos a la menopausia puede resultar socialmente conveniente para las mujeres y los médicos, pero la acumulación de evidencias sugiere que la menopausia no sitúa a la mujer en una posición de mayor riesgo de padecer síntomas emocionales.

Los resultados de esta investigación alimentan la hipótesis de los condicionantes sociales y de salud y van en contra de las hipótesis del efecto dominó y del cambio

bioquímico asociado a la disminución de estrógenos ya que ni los síntomas vasomotores ni el estado de menopausia en sí mismo se han visto relacionados con los síntomas emocionales.

## **CONCLUSIONES**

Los síntomas emocionales no están relacionados con el estado de menopausia sino con factores de estrés psicosocial como son los cambios en el hogar y a factores relacionados con la salud general y la incidencia de otros síntomas generales como puede ser el cansancio, el dolor de cabeza o articulaciones entre otros. La mayor frecuencia de síntomas emocionales entre las inmigrantes en comparación con las españolas se debe a inequidades en cuanto a la situación económica, el estado de salud general y la inestabilidad en el hogar. Por tanto la salud mental de las inmigrantes se puede estar viendo deteriorada por un lado por el desarraigo, pero también por discriminación a la hora del acceso a empleos que permitan tener una situación económica semejante a la de las españolas.

Es importante seguir realizando estudios poblacionales sobre la menopausia y los trastornos mentales que tengan en cuenta la diversidad poblacional y los condicionantes sociales. Estos resultados pueden tener implicaciones a la hora de decidir los tratamientos apropiados durante esta etapa. Las opciones contempladas hasta el momento por la mayoría de los estudios son el tratamiento con terapia hormonal en el caso de los que teorizan sobre la explicación hormonal o los antidepresivos en el caso de los que consideran que no hay una relación con la transición menopáusica (Miller y Daniels-Brady 2005; Soares et al. 2001). Hay que tener en cuenta que estas soluciones son paliativas, pero no modifican las causas de origen social.

# **Capítulo 8**

---

---

**Percepción y gestión de la menopausia**

---

---



Este capítulo intenta profundizar en la percepción de las mujeres sobre la experiencia de la menopausia, conocer los factores que puedan estar marcando el proceso, indagando en la posible influencia del contexto migratorio, y detectar cuáles son las prácticas y recursos que emplean frente al cambio.

Para ello se analizan las respuestas abiertas realizadas durante la entrevista personal de mujeres procedentes de los cinco principales países estudiados que se encuentran en la postmenopausia. Reducir el análisis cualitativo a las mujeres postmenopáusicas limita la información acerca de la percepción de las mujeres en pleno proceso de cambio y de las que aún no han llegado. Aún así ofrece una riqueza sustancial ya que una de las preguntas abiertas era sobre cómo había sido su experiencia de la menopausia, lo que aporta una importante información acerca de cuáles son los síntomas que las mujeres asocian a la menopausia. Finalmente se han analizado los discursos de 90 mujeres postmenopáusicas: 26 ecuatorianas, 24 peruanas, 17 colombianas, 12 dominicanas y 11 bolivianas. Se ha entrevistado a mujeres de todos los grupos de edad, de diferentes niveles de estudios aunque mayoritariamente con estudios secundarios (tabla 8.1). Sus situaciones laborales son diversas desde las mujeres que carecen de empleo, a trabajadoras en el sector cuidados y empresarias. La mayoría acuden a la seguridad social, aunque también hay algunas que optan por un servicio mixto de salud. Son mujeres que proceden principalmente de entornos urbanos aunque también hay un 33,3% de entornos rurales. La mayoría se han nacionalizado o cuentan con permisos de residencia. Un 4,4% se encuentra en situación irregular. En su mayoría son mujeres sin pareja en el momento actual. El 90% ha tenido hijos, pero solo el 37,8% ha reagrupado a sus hijos. El cese de los periodos se produjo antes de la migración en 15 de ellas, pero la gran mayoría han experimentado la menopausia en Madrid. Esta variedad de situaciones aumenta la riqueza de experiencias de menopausia

y permitirá intuir cuan diverso puede resultar el climaterio de las latinoamericanas residentes en Madrid.

Tabla 8.1 Perfiles socio-demográficos de las mujeres analizadas

	N	%		N	%
<b>Edad</b>			<b>Sistema sanitario</b>		
45 años	3	3,3	S. Social	86	95,6
46 años	2	2,2	Sistema mixto	4	4,4
47 años	4	4,4	<b>Menopausia</b>		
48 años	4	4,4	Antes de llegar	15	16,7
49 años	9	10,0	Después de llegar	75	83,3
50 años	7	7,8	<b>Años desde la llegada a España</b>		
51 años	9	10,0	Menos de 5 años	17	18,9
52 años	15	16,7	De 5 a 9 años	29	32,2
53 años	11	12,2	De 9 a 12 años	26	28,9
54 años	9	10,0	Más de 12 años	18	20,0
55 años	17	18,9			
<b>Trabajo</b>			<b>Hijos</b>		
Sin trabajo	19	21,1	No	9	10,0
Interna	5	5,5	En origen	19	21,1
Externa	23	25,5	En España	34	37,8
Aux. geriatría	12	13,3	A ambos lados	28	31,1
Serv. limpieza	16	17,7	<b>Pareja</b>		
Restauración	5	5,5	Sin pareja	46	51,1
Administrativa	1	1,1	Pareja no convive	8	8,9
Cualificado	1	1,1	Pareja y convive	36	40,0
Empresaria	1	1,1	<b>Documentación</b>		
Otros servicios	7	7,7	Nacionalidad	44	48,9
<b>Nivel estudios</b>			R. permanente	26	28,9
Básicos	20	22,2	R. temporal	12	13,3
Secundarios	52	57,8	R. comunitaria	4	4,4
Superiores	18	20,0	Ningún documento	4	4,4
<b>Situación económica actual</b>			<b>Lugar de nacimiento</b>		
Mala	29	32,2	Rural	30	33,3
Aceptable	47	52,2	Ciudad mediana	12	13,3
Buena	14	15,6	Gran ciudad	48	53,3

Como se indica en el apartado sobre análisis cualitativo del capítulo de metodología, las entrevistas se realizaron en persona y fueron grabadas previo consentimiento informado. La mayoría de las entrevistas se realizaron en la vivienda

habitual de la participante después de haber concertado una cita, aunque en algunos casos también se llevaron a cabo en sus lugares de trabajo o en algún lugar público como un parque. Se intentó en la medida de lo posible que la mujer no estuviera acompañada durante la realización de la entrevista para facilitar que pudiera hablar con libertad. Además de recoger datos sobre la situación demográfica, de salud y síntomas, se realizaron una serie de preguntas abiertas con la intención de poder hablar sobre la menopausia dentro de una conversación más amplia acerca de la situación vital, de salud, envejecimiento y migración. Los aspectos referentes a la menopausia se trataban en la última parte de la entrevista. El empleo de preguntas cerradas, como la lista de 26 síntomas, junto con preguntas abiertas permite cuantificar variables de interés y al mismo tiempo posibilita que las mujeres expresen sus preocupaciones con sus propias palabras.

La comparación con los datos cualitativos recogidos durante el estudio DAMES realizado en población española se ve limitada. Ya que por un lado se han introducido nuevas preguntas abiertas para poder recoger información acerca de la influencia del proyecto migratorio y también una pregunta abierta que se incluyó antes de leerle a las mujeres la lista de 26 síntomas sobre qué significaba para ellas la menopausia y cómo había sido su experiencia. Esta pregunta ha ofrecido una información muy rica y al ser realizada antes de comenzar a nombrar los síntomas de la menopausia se evita que el discurso de las mujeres estuviera dirigido hacia la presencia o ausencia de síntomas. Por otro lado las entrevistas de las españolas no fueron grabadas. Es por ello que en este capítulo no se realiza un análisis comparado con las mujeres españolas. Aún así se ha intentado introducir una cierta comparación a través de realizar referencias a los resultados de estudios cualitativos realizados con población española. Por tanto estas

comparaciones han de ser interpretadas con cautela dada las diferencias metodológicas que existen entre los diferentes trabajos cualitativos.

Las preguntas abiertas de las entrevistas fueron transcritas para poder ser analizadas mediante el programa MAXQDA10. Las preguntas que se analizan son: ¿Cómo ha sido su experiencia de la menopausia?; ¿Qué significa para usted la menopausia?; ¿Cree que es una etapa difícil?; ¿Cree que trae algún beneficio?; ¿Ha consultado con algún médico? ¿Cómo ha sido la experiencia?; ¿Ha hablado con alguien acerca de la menopausia? ¿Con quién y cómo ha sido la experiencia?; ¿Cómo compararía su experiencia con la de otras mujeres que conozca? ¿Qué han hecho ellas? ¿Conoce la experiencia de su madre?; ¿Qué factores cree que son importantes para vivir bien esta etapa?; ¿Cree que la experiencia hubiera sido diferente de pasarla en su país de origen?; ¿Cómo se ve la menopausia en su país? ¿Se habla? ¿Qué piensa la gente de una mujer con la menopausia? ¿Cree que hay diferencia con España?

Los textos han sido codificados de manera independiente y luego comparados, con la intención de unificar criterios y llegar a una codificación conjunta que armonizase las interpretaciones. La principal técnica empleada ha sido la codificación focalizada que se basa en categorizar en función de una temática o similitud conceptual. De manera que se buscan los códigos iniciales más frecuentes y se generaran una serie de categorías principales que luego pueden ser aplicadas al resto de los textos (Saldaña 2009:264). También mediante la codificación *in vivo* se han ido seleccionando fragmentos textuales de los discursos que posteriormente se han citado en los resultados para priorizar la voz de las participantes (Saldaña 2009:265). Los datos cualitativos que se suelen recoger en los estudios etnográficos emplean muestras pequeñas basadas en unos perfiles específicos, mientras que los estudios que se realizan con una muestra grande de la población tienden a emplear encuestas estandarizadas. En esta

investigación se ha intentado recopilar ambos a pesar de la muestra numerosa a la que estaba dirigido el estudio. La posibilidad de contar con datos cuantitativos y cualitativos resulta enriquecedora ya que permite profundizar en el entendimiento de la menopausia en una muestra amplia de mujeres y triangular los resultados cualitativos con los cuantitativos.

## **8.1 EXPERIENCIAS DE LA MENOPAUSIA A TRAVÉS DE LA VOZ DE LAS MUJERES**

La menopausia se percibe como una experiencia que atraviesa el cuerpo, que lo cambia a nivel principalmente físico, aunque en algunos casos también se experimenta como un cambio emocional o una fase en la que se siente que se va envejeciendo más. La duración de este cambio es incierta, no se sabe si pasará, incrementará con el tiempo, o será para siempre.

Para algunas mujeres el fin de los periodos transcurre sin molestias (25,6%). Dicen que no han sentido nada aparte de la ausencia de sus menstruaciones. Estas mujeres en algunos casos dudan de si ya han pasado la menopausia. Lo que indica que la palabra menopausia se vincula a una expectativa de sufrir cambios y no tanto al fin de las menstruaciones o el fin de la etapa reproductiva.

*"Algunas veces pienso que no se me ha quitado porque uno tiene que sentir algo durante la menopausia. ¿Verdad que sí? Yo creo que a lo mejor no estoy todavía en la menopausia porque no he sentido lo que se siente. Yo esperaba sentir calor. Dicen que les sube la tensión, pero a mí no me ha hecho nada de eso. Yo no sé por qué yo no he sentido nada, ahora tú me lo explicas" ID 142, 50 años, Postmenopausia a los 49 años, Republica Dominicana, secundaria, sin trabajo.*

*"No lo sé porque no he notado nada, para mí me parece normal. Yo me he sentido bien hasta hoy, mañana te podría decir lo contrario, pero como hasta hoy no he sentido nada." ID 160, 51 años, Postmenopausia a los 49 años, Republica Dominicana, secundaria, auxiliar de geriatría.*

*"Pues es que hasta que no me vengan no puedo decir si es difícil o no (..) Hay mujeres que se pone muy alborotadas, que le dan calores y sudores, que se ponen decaídas, pero yo no, no he sentido nada" ID13, 51 años, Postmenopausia a los 48, Colombia, secundaria, restauración.*

*"La menopausia para mí no sé qué significará porque no he sentido nada. Otras dicen que les pasa más cosas, que les duele la cabeza, les duele la espalda, les duele todo, que cambian de carácter, pero yo nada. Nada noto y nada ha cambiado, estoy igual" ID95, 48 años, Postmenopausia a los 46, Bolivia, básicos, empleada domestica externa.*

*"Pues no lo sé, parece que se lo crea uno mismo. Si te estás pensando y pensando en eso, pues te llega la menopausia más que todo. Pero si no tienes tiempo y dices que esto no tiene que ser así, pues no. No lo sé, yo veo eso. Mujeres que están diciendo a mí me duele hasta la médula y qué sé yo, y que será la menopausia. Yo veo eso que todo piensan que va ser la menopausia pero yo digo que no." ID120, 52 años, Postmenopausia a los 50, Bolivia, básicos, servicios de limpieza.*

Como se observa en la figura 8.1 la mayoría de las mujeres han vivido su menopausia como una serie de cambios exclusivamente físicos (40,0%). Principalmente mencionan haber tenido alguna vez en relación con la menopausia: calores (62,2%), dolor de cabeza (17,8%), dolor de huesos (15,6%), cambio de deseo sexual (15,6%), sequedad vaginal (13,3%) y sudores (12,2%). Otros síntomas que mencionan son (por orden de relevancia): insomnio, mareos, engordar, hemorragias, cansancio, enfermedades, cambios del aspecto físico (pelo y piel), dolor de regla, cosquilleo o pérdida de memoria. Los únicos síntomas que se mencionan de manera constante en todas las mujeres independientemente del lugar de procedencia son los calores y los

sudores. Las que más calores dicen haber tenido alguna vez son las bolivianas (81,8%) y las que más sudores las ecuatorianas (19,2%). Las bolivianas también era el grupo que más sofocos tenían en el momento de la entrevista.

Los emocionales los mencionan muchas menos mujeres (el 26,7%). Lo que contrasta con el hecho de que cuando le preguntábamos a las mujeres por los síntomas del último mes, el 87,8% refería algún malestar emocional. Este dato nuevamente confirma lo que observábamos en el capítulo 7 sobre la desvinculación de la transición hormonal y los síntomas emocionales. Los cambios emocionales son en su mayoría debidos a la situación migratoria y a los problemas económicos que se han acentuado con la crisis económica general del país.

*“Los nervios ayer era porque no tenía para pagar la luz, pero al final puede controlarme yo misma, para no sentirme deprimida de muchas cosas que tengo. Y a lo mejor también de que en esta temporada ya me veo sola. Antes vivía mi hijo conmigo, pero ahora el chico de 18 años ya tiene su novia, y yo no tengo ni amigas, porque todo ha sido mi casa, mis hijos, mi trabajo. Me molesta más el verme ya sola”* ID 115, 53 años, Postmenopausia a los 49, Ecuador, secundaria, limpieza en una empresa.

*“La menopausia no siento nada. Lo único que me he vuelto muy sentimental, de cualquier cosa que quiero llorar aquí. Antes era muy fuerte, no me caía ni una lágrima. También es que tengo la tristeza en el corazón de que no tengo trabajo y tengo que pagar la habitación.”* ID172, 46 años, Postmenopausia a los 44, Perú, secundaria, sin trabajo.

Como se observa en el gráfico 8.1 ninguna mujer hace referencia a la menopausia como una etapa de cambios exclusivamente emocionales, mientras que si hay mujeres que la describen como una etapa de cambios exclusivamente físicos o de envejecimiento. Por tanto en aquellas mujeres que sienten que han sufrido una

transformación emocional se debe más bien a una reacción ante los trastornos físicos o al sentimiento de vejez.

*“La menopausia es un ciclo que hay que pasarlo, en el cual te das cuenta que ya estás vieja. Por lo menos con el periodo te sientes bien, es otra cosa. En cambio con la menopausia ya te sientes cansado, todas estas cosas. A mí me gustaba estar con mi periodo, me sentía aliviada, me daban ganas de hacer muchas cosas. En cambio ahora me siento agotada. Estoy más cansada desde que estoy con la menopausia, porque desde que he llegado estaba bien, pero con la menopausia me siento cansada. Es que me duelen los huesos, me duelen las rodillas, me duelen los pies, me duelen las plantas, me duele el alma. Ando tensa, ando nerviosa. Tengo unos calores atroces y reaccionó a la patada. No mido consecuencias de ese rato. Yo misma me doy cuenta de que reaccionó fatal y con quien reaccionó mal es con mi hijo. Él es mi pagano, así que ... yo lo relaciono con la menopausia, porque son sudores, son cosas fugaces que me hacen explotar y después me pongo a llorar. O sea esta menopausia es la peor desgracia. Yo me veo acabada. Comparado con lo que era antes estoy terminada físicamente y psicológicamente. No tengo fuerzas. La verdad es que ahorita quisiera que me parta un rayo porque estoy agotada. Ahora mismo acabo de salir de trabajar y estoy agotada, nada más tengo ganas de meterme la cama.”* ID 117, 50 años, postmenopausia a los 48 años, Bolivia, superiores, empleada doméstica externa.

La sensación de envejecimiento es algo que se vincula a esta etapa. El 15,6% siente que está más mayor desde la menopausia. Normalmente no es algo aislado, sino que va ligado a una serie de cambios físicos, sobre todo los vinculados a la sexualidad y los dolores, a los que a veces se le suman cambios emocionales.

*“Es una etapa que ya es el envejecimiento, los órganos se tienen que acabar. Y es una etapa que ya el cuerpo ha dejado de funcionar algo muy importante que es el fluir de la sangre que le da vida más hacia el sexo. Ahora, ya cuando se le gasta, uno está más tranquilo. Ya no es como cuando uno era chiquillo de funcionar de hacer el amor. Para mí es la etapa de que ya una se está haciendo más mayor.”* ID 127, 54 años, postmenopausia a los 47 años, Bolivia, Secundarios, Auxiliar de geriatría.

*“Es una etapa de la vida que uno va pasando todo eso, que se le va pasando la juventud, que ya va para la vejez. Uno tiene que irse preparando para todo eso. Es difícil, porque cambia muchas cosas, por los cambios corporales, porque ya no pues hacer las mismas cosas que hacías cuando estabas normal. Ya no te dan ganas casi de salir. A mí antes me gustaba estar mucho en la calle y ahora ya no me apetece, ya me meto en casa y ya no salgo casi. Y luego lo del deseo tan molesto”. ID 171, 52 años, postmenopausia a los 50 años, Ecuador, secundarios, empleada doméstica externa.*

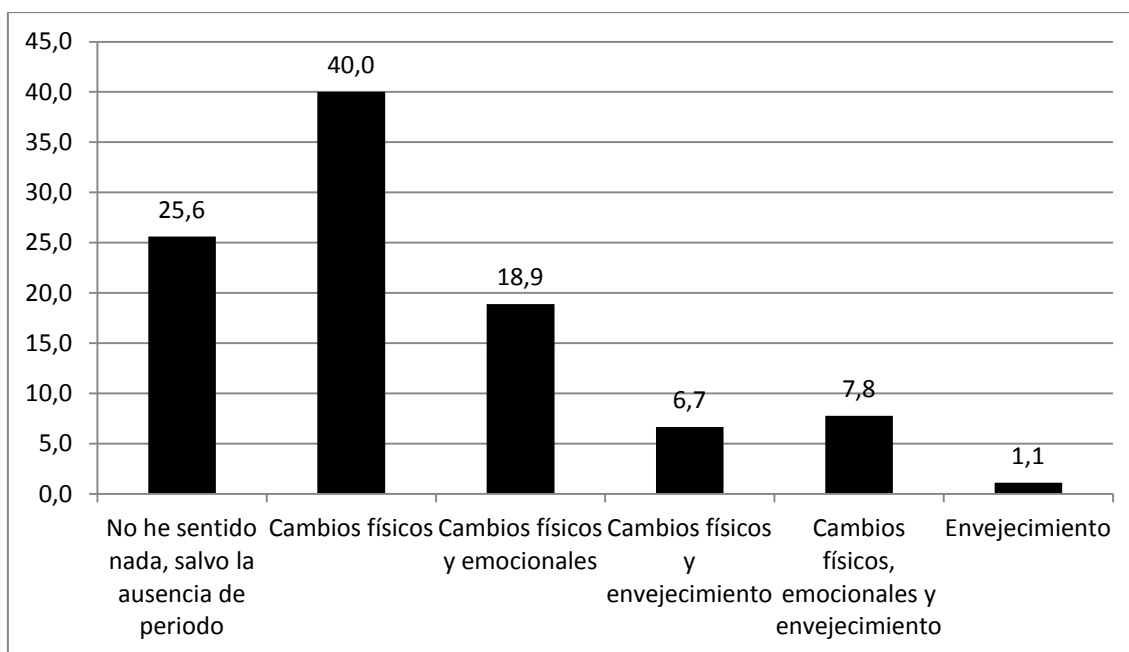
Una mujer mencionaba que la experiencia había sido dura no por la salud, porque no había notado ningún cambio, sino por el sentimiento de envejecimiento.

*“No sé, yo lo estoy llevando tan mal. Bueno en cuanto a salud bien, pero le veo muchas cosas negativas. Por la impotencia, yo me veo como que ya estoy muy vieja, me veo como una mujer muy mayor.” ID 230, 54 años, postmenopausia a los 47 años, Colombia, secundarios, sin trabajo.*

El envejecimiento en la mayoría de los casos es percibido como algo negativo, son escasas las mujeres que lo valoran como parte de un aprendizaje, de un aumento de madurez. Es normal que se vea como algo negativo ya que la sociedad española es edadista. En las últimas décadas, como manifestaba Lubrosky (1995), la literatura acerca del envejecimiento ha sido dirigida principalmente por intereses biomédicos y cuestiones políticas y tiende a generar una serie de estereotipos conflictivos sobre el envejecimiento, como son la dependencia, la fragilidad de los mayores; o una serie de expectativas sobre un posible envejecimiento saludable. El culto a la juventud es importante a nivel estético, aunque en algunos casos las sociedades de origen como la colombiana esto es mucho más patente. Las mujeres mencionan que las consecuencias del envejecimiento son la falta de fuerzas, el cansancio, no tanto las arrugas. Y es que la importancia que tiene para ellas es eminentemente laboral. En este momento en que el paro es tan elevado, la edad es una desventaja para conseguir un empleo. Las propias mujeres mencionaban que en alguna entrevista de trabajo las habían rechazado

exclusivamente por la edad. Un estado físico adecuado es fundamental si tenemos en cuenta que los empleos a los que acceden conllevan un desgaste físico importante (limpieza, cuidado ancianos). En estudios con población española también se ha mencionado la preocupación por el envejecimiento, pero el principal aspecto negativo que mencionaban era el aumento de peso. Incluso detectaron que además de intentar mantener el peso mediante la realización de ejercicio, algunas mujeres decidían fumar como una estrategia de control de peso (Obermeyer et al. 2005:196). Quizá este mayor esfuerzo de las españolas por el control del peso pueda explicar en parte las diferencias en el índice de masa corporal de las inmigrantes que es mucho mayor a pesar de realizar niveles de actividad física semejantes a las españolas. En cambio en las latinoamericanas encontramos que la motivación por mantener su estado físico es más bien laboral que estética.

Figura 8.1 Diferentes maneras de experimentar la menopausia



Son aislados los casos de mujeres que mencionan que les ha resultado difícil gestionar la nueva realidad de no poder tener más hijos, o que han sentido que son menos mujer por no tener sus periodos.

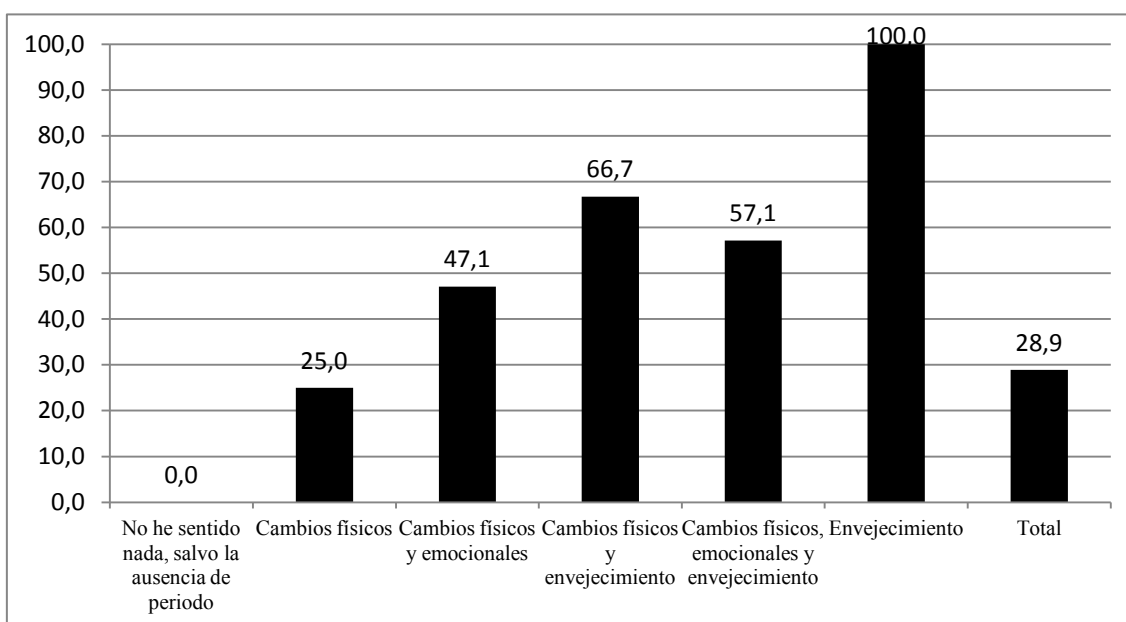
*“Me pareció muy difícil porque sentía que ya no servía, que ya era inútil. Es una tontería porque de todas maneras ya no iba a tener hijos, pero me sentía que me habían quitado algo. Yo al principio pensaba que me iba a poner horrible físicamente. Tenía mucho desconocimiento. A mí me agarró por eso por la depresión de los niños.” ID76, 55 años, Postmenopausia a los 52, Perú, secundaria, sin trabajo.*

Es curioso porque la mujer que menciona este sentimiento ya había decidido no tener más hijos después de su tercer hijo. Por lo que se esperaría que ya hubiese gestionado el cambio a mujer no reproductiva. De hecho la mayoría de las mujeres latinoamericanas han decidido finalizar su periodo reproductivo de manera artificial con anterioridad a la menopausia. Por ejemplo el 18,2% de las postmenopáusicas se habían practicado la ligadura de trompas.

Si analizamos como varía la dificultad percibida en función del tipo de menopausia que han experimentado las mujeres, se puede observar que aquellas que no han sentido nada piensan que no es difícil (figura 8.2). Mientras que las que lo han vivido como el paso a la tercera edad sumado o no a una serie de molestias físicas son las que en mayor medida consideran que es difícil. En las mujeres que solo percibieron síntomas físicos durante su climaterio sólo el 25% considera que estos cambios fueran difíciles de gestionar. Mientras que en aquellas que mencionan la sensación de estarse haciendo mayores desde la menopausia el 64,3% considera que es difícil. Por tanto lo que la hace más difícil es principalmente el sentimiento de envejecimiento más que los problemas físicos. Lock (1993) hace hincapié en la importancia de tener en cuenta la realidad concreta en la que vive cada mujer a la hora de interpretar como vive los cambios menopáusicos. Y es que el miedo a envejecer está muy presente en una sociedad donde la juventud y la belleza son sinónimos de éxito, inteligencia, futuro. En una sociedad donde estos atributos son resaltados continuamente por la publicidad y la

pérdida de la capacidad reproductiva se asocia a la pérdida de feminidad, la desexualización y la decadencia (Santiso Sanz 2001). A pesar de que el envejecimiento es un proceso natural que comienza desde el momento del nacimiento, los intentos por frenarlo y combatirlo tanto a nivel individual como a nivel social, lo han transformado en una situación a veces difícil de asumir (Freixas Farré 2007).

Figura 8.2 Porcentaje que consideran la etapa difícil en función de su propia experiencia



## 8.2 MITOS, CREENCIAS Y REALIDADES

En los discursos se han detectado una serie de mitos acerca del climaterio que mencionan que existen en sus países de origen, independientemente de que estén de acuerdo con ellos o no. El 65,5% de las postmenopáusicas referían algún mito, sobre todo las ecuatorianas y las bolivianas. El principal mito es que en sus países se considera que las mujeres al llegar a la menopausia “están acabadas, viejas, son unas ancianas” (43,3%). El siguiente temor es que son más vulnerables a las enfermedades (18,9%) y que las mujeres se ponen “irritables, tienen cambios de humor” (17,8%). Luego el miedo a que la pareja se vaya con otra mujer (10%), muy ligado a la creencia

de que “la mujer ya no sirve” (8,7%). Estas ideas se fundamentan en el valor de la mujer como persona reproductiva. El miedo a que la pareja te deje se empeora porque a veces las mujeres tienen sequedad vaginal y no quieren tener relaciones sexuales, con lo cual tienen miedo de que el marido pueda pensar que es infiel o estar insatisfecho. Aunque en menor medida, también se ha detectado el temor a “volverse loca” (6,7%) o incluso a la muerte (4,4%).

*“Algunas pasan bien, algunas pasa mal, es lo mismo que aquí. Lo único que dicen que las mujeres se vuelven locas, que pierde la memoria. ¿Será verdad eso? Así han contado muchas personas. Dicen que a veces se les tuerce la cara, dicen que cogen muchas enfermedades por la menopausia. Y que les duele la cabeza. Dicen que no hay cura. Dicen que se mueren por eso, que pierde la cabeza. Se hacen locas, pierde la memoria salen de la casa se van y se pierde. No saben ni cómo mismo se llaman. Allá se perdió una señora y no la encontraron. Yo no sé qué será, quizá será la falta de alimento al cerebro. Algunas se mueren. Y a mí como me dolía muchísimo la regla de jovencita pues pensaba que cuando me quitara ya me iba a morir y para nada de eso. Se me fue quitando poquito a poco, se fue regulando y ya está, se fue. A mí nada me ha pasado. A mí me daba miedo porque decían que se morían.” ID 73, 51 años, Postmenopausia a los 49, Ecuador, básicos, empleada doméstica externa.*

*“Allá dicen que es bueno tener un hijo hacia los 37 años, porque así se limpia todo el organismo en esa sangre que se va y entonces la menopausia es más suave. Allá son más calladas no comentan tanto. Son más reservadas. Yo creo que es porque da vergüenza comentarlo. La gente más joven crítica, dicen que ya está vieja. También hay temor de que te deje la pareja. Se piensa que la menopausia le puede hacer perder la cabeza, que se puede volver loca. Dicen que son trastornos.” ID 61, 53 años, Postmenopausia a los 51, Ecuador, secundaria, servicios de limpieza.*

En un estudio cualitativo realizado a 135 mujeres españolas que contestaron por escrito a 5 preguntas abiertas sobre la menopausia, observaron también una serie de temores. Los principales que encontraron hacían referencia a que la menopausia marca el inicio del envejecimiento de las mujeres, que los cambios hormonales producen

alteraciones que afectan a los huesos, el sistema cardiovascular, los sofocos y los cambios anímicos y también que la sexualidad y la mente peligran. Estos estereotipos acerca de la menopausia no difieren mucho de los encontrados entre las latinoamericanas. Sin embargo una menor proporción de mujeres referían algún temor acerca de la menopausia entre las españolas que entre las latinoamericanas (51,9% de las españolas y 65,5% de las latinoamericanas). Además entre las españolas no existía el temor a la muerte como consecuencia de la menopausia (Freixas Farré 2007:147). Aunque este tipo de comparaciones se debe realizar con cautela dada las diferencias metodológicas entre ambos estudios, parece razonable resaltar que en ambas culturas existen fuertes estereotipos negativos entorno a la menopausia que hacen referencia en su mayoría al envejecimiento, la pérdida de salud física y mental y disminución de la sexualidad.

Entre las latinoamericanas las experiencias cercanas de otras mujeres en su mayoría son negativas (55,6%), aunque algunas mujeres también mencionan conocer historias negativas y positivas (27,8%). En menor medida están aquellas que han hablado o conocen personas con vivencias exclusivamente positivas (6,7%).

*“Yo cuando era joven me lo imaginaba diferente, porque allá en Perú cuando le daba la menopausia a la gente se le veía muy mayor, porque allí la gente se envejece más que acá. Y yo decía: joder, ¿cuándo me de la menopausia me voy a poner así? Y mi tía se ponía como loca cuando le daban los bochornos, le daba por salir corriendo. Y yo decía, yo con estas migrañas y me va a dar lo que le da a mi tía. Claro, yo no quería saber nada de la menopausia. Y ahora cuando me está pasando la menopausia no me he enterado. Y he dicho: la menopausia no es una cosa del otro mundo son cosas de hormonas que a unos les puede dar más fuerte y a otros menos. Yo lo estoy pasando pero es como si no lo estuviera pasando, me siento bien.” ID71, 53 años, Postmenopausia a los 49 años, Perú, secundaria, servicios de limpieza.*

*“Gracias a Dios que no he tenido dolor de cabeza como sé que se comenta entre amigas. Por ejemplo tenía una hermana que a los 47 años falleció, ella decía que chorreaban con los sofocos. A mi hermana le dolía la cabeza, le reventaba y falleció. Le dio un derrame cerebral. Decían se vuelven locas cuando les duele la cabeza. A mí no me ha dolido la cabeza, solo sofocos y me los pasaba con el abanico y refrescándome”. ID 61, 51 años, Postmenopausia a los 48 años, Bolivia, superiores, empleada doméstica interna.*

Esta realidad genera una serie de expectativas negativas en torno a la menopausia, que a veces se ven confirmadas con la experiencia propia, pero en la mayor parte de los casos no. Esto se refleja en la percepción acerca de la dificultad de la etapa, ya que hay mujeres que esperan que los síntomas vayan a ser mucho peores de lo que son, y quizá por eso a pesar de sentir síntomas físicos, emocionales y/o envejecimiento las mujeres piensan que no es difícil. Por tanto, la dificultad de la etapa varía principalmente en función de su experiencia propia en contraste con el bagaje cultural y las experiencias de otras mujeres.

### **8.3 LA GESTIÓN DE LA MENOPAUSIA**

Las principales estrategias que tienen las mujeres cuando se enfrentan con la menopausia son hablar de ello con las amigas o ir a consultar al médico. Aún hoy en día todavía hay un 16,7% de mujeres que ya han pasado por la transición menopáusica no hablan de ello con nadie. Indagando en los discursos de estas mujeres la mayoría dicen que no es por vergüenza. En muchos casos es porque no han sentido nada y no consideran necesario comentarlo. Otras mencionaban que era algo personal que no hay que andar comentando.

*“No toco el tema, porque no lo veo necesario, no siento nada. Me siento bien, normal. Yo agarro carro, me levanto, trabajo, descanso. Yo no tengo que estar postrada ni nada. Dolor de las articulaciones que siempre he tenido. De mi mama no conozco porque ella estaba en la sierra y yo en la ciudad. Nunca he averiguado ni preguntado porque no lo veo necesario.”* ID 164, 52 años, postmenopausia a los 51 años, Perú, secundaria, sin trabajo

*“Yo mi cuerpo es mío, es secreto para todo. Es la primera vez que lo hablo.”* ID 172, 46 años, postmenopausia a los 44, Perú, secundaria, sin trabajo

En todo caso, la menopausia no es algo de lo que estar orgullosa, objeto de celebraciones como pueda ser el embarazo o la primera menstruación. Si no se sufren dificultades es preferible no comentarlo. Aparentemente ya no se percibe como un tema tabú, se habla, hay información. Aunque todavía alguna mujer menciona que acudió al médico porque pensaba que se había quedado embarazada. A pesar de que se hable, la manera de hablarlo es en el momento de estar en la menopausia. De forma somera cada cual comparte en mayor o menor medida su experiencia y los pocos recursos que conocen. De este tipo de conversaciones las mujeres suelen sacar la conclusión de que cada persona es un mundo y que no hay factores que expliquen cómo te va a llegar la menopausia, es algo que depende de tu cuerpo. Con la pareja es con quien menos se habla, en parte porque hay una serie de mujeres que no tienen pareja en el momento actual, pero también porque entre las que no conviven con su pareja la comunicación es menor. Aún así de las 36 mujeres postmenopáusicas que vivían con su pareja en el momento actual 15 no habían hablado con sus parejas de la menopausia. No se lo han dicho porque bien no se lo han comentado a nadie, porque la relación no es muy buena, por no andar quejándose y quitarle importancia y también porque piensan que no las van a comprender. Es un tema que se considera temática de mujeres, se comparte

principalmente con mujeres de la misma edad o con el médico, pero al final se sufre en solitario y se intenta que repercuta lo menos posible al entorno familiar cercano.

Entre las españolas que participaron en el estudio DAMES también detectaron que las mujeres preferían hablar antes con las amigas que con los familiares. Y también encontraron que los maridos o las parejas raramente eran mencionados durante los discursos sobre la menopausia (Obermeyer, Reher y Echeverri-Davila 2013:17). Otros estudios cualitativos con población española también refieren la negativa de un número elevado de mujeres a ser entrevistadas o a hablar acerca de la menopausia (Santiso Sanz 2001:118). Parece que tanto en España como en Latinoamérica se comparte el hecho de que la menopausia no sea un tema discutido abiertamente. Quizá en todo esto el corte religiosos de ambos países, sobre todo durante la etapa de juventud de estas mujeres, pueda explicar en parte esta tradición de silenciar los temas sexuales y reproductivos que se consideran propios de la mujer. Aún así la mayoría de las mujeres tiende a romper con el silencio y preguntan sobre las experiencias de otras mujeres. El acceso de la mujer a la educación y al mercado laboral sumado a edades tardías de jubilación parece estar promoviendo que el tema de la menopausia pase de la esfera privada a la pública. En el estudio de DAMES interpretaban que la exclusión de los hombres y el sentimiento de vergüenza que expresaban las mujeres al hablar sobre los temas de menopausia eran reflejo de estos patrones culturales tradicionales que dificultaban las conversaciones sobre la menopausia. Esta realidad promovía que las mujeres optasen por el silencio o por el humor para gestionar la aparición de síntomas de la menopausia en lugares públicos o en entornos laborales (Obermeyer, Reher y Echeverri-Davila 2013). Quizá como ya mencionaba Carol Gilligan el silencio que rodea a la menopausia no tenga tanto que ver con el rechazo de las mujeres a hablar

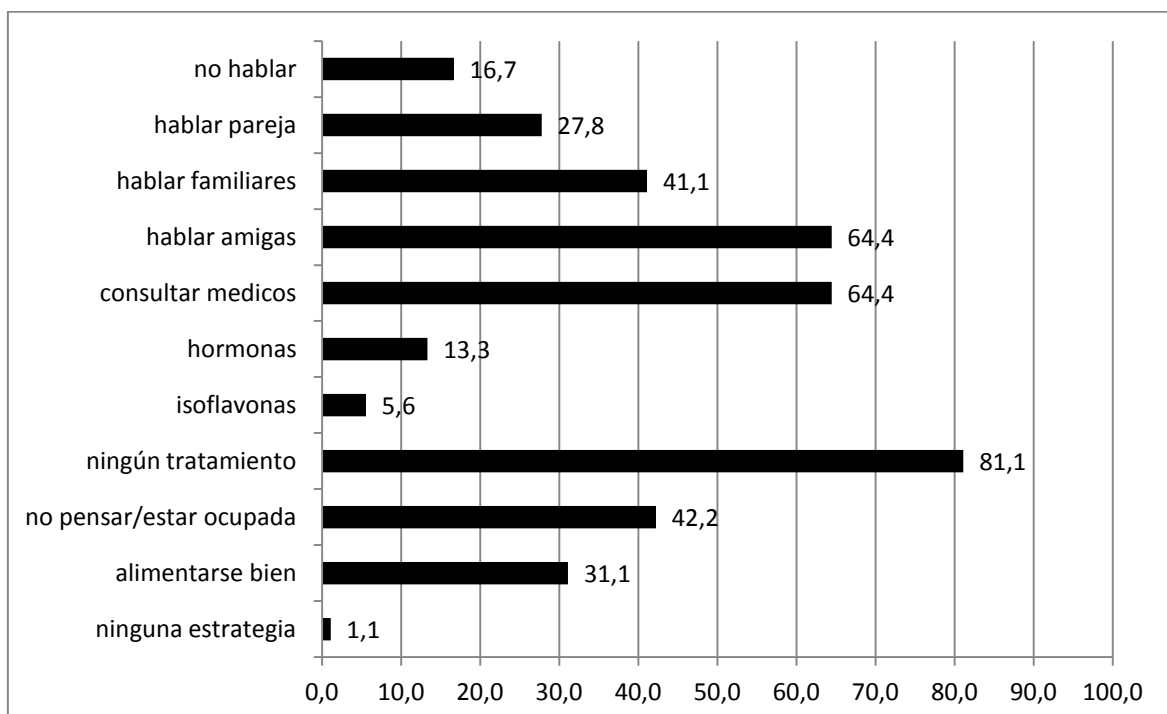
sobre el tema, sino más bien con la dificultad para escuchar lo que dicen cuando hablan (Gilligan 1985:174).

El principal recurso que mencionan las mujeres latinoamericanas es el de no pensar en ello, estar ocupada, distraerse, centrarse en el trabajo. En gran medida consideran que es una cuestión de actitud y aceptación. En un estudio realizado con mujeres afroamericanas en un área rural del este de Estados Unidos se mencionaba que había una tendencia de estas mujeres a intentar mantenerse fuertes (“staying strong”) a pesar de los cambios inesperados e incontrolables de la menopausia (Nixon et al. 2001). Otro aspecto que les parece fundamental es la alimentación, no tanto por introducir nuevos productos como la soja, sino más bien por el calcio y porque una buena alimentación se percibe como el eje de una buena salud. La idea es que hay que cuidarse en esta etapa. Son escasas las mujeres que mencionan que hay que cuidarse siempre. Algunas mujeres aludían a remedios caseros preventivos como tomar zumo de limón en los años previos a la menopausia, cáscara de huevo machacada con zumo de naranja en ayunas, beber coca-cola, tomar papillas de maca al desayuno (*Lepidum meyenii*, un tubérculo de la zona andina de Perú) o comer plátano macho. En un informe acerca de la efectividad de las reformas de salud aplicadas en Latinoamérica y el Caribe comentaban que una de las razones por las que las mujeres no se incorporaban a los servicios sanitarios ofertados era la automedicación o el empleo de remedios caseros. Y que en las áreas rurales donde la dificultad de acceso a los centros era mayor y los recursos económicos menores, entre el 30 y el 90% mencionaban haber empleado remedios caseros (Mesa-Lago 2005:284). Esta tradición está mucho más presente en las mujeres latinoamericanas que en las españolas, sobretudo en la ciudad de Madrid, donde este tipo de remedios de tradición oral se ha perdido. Por otro lado algunas inmigrantes mencionaban que en su país se usaban hierbas, pero que al no estar allí desconocen

cuáles son. Probablemente el desarraigo esté limitando el empleo de remedios tradicionales para la menopausia. Otras estrategias que mencionan, sobre todo en referencia a los sofocos, son refrescarse, abanicarse, bañarse, abrir las ventanas, pegar los pies al suelo frío, mascar hielo o beber mucha agua. Tan solo una mujer de las 90 postmenopáusicas entrevistadas no había hecho nada respecto a la menopausia, ni siquiera había comentado el tema con nadie.

El empleo de medicamentos específicos para la menopausia es reducido y se suele hacer de manera discontinuada. Han empleado terapia hormonal alguna vez el 13,3% de las postmenopáusicas, el 5,6% ha optado por la opción más reciente de isoflavonas de soja. Este es un medicamento que se puede obtener en el herbolario y generalmente incluye un complemento de calcio.

Figura 8.3 Estrategias y prácticas en relación con la gestión de la menopausia



## 8.4 INFLUENCIAS DE LA MIGRACIÓN

El 48,9% piensa que la migración ha influido en su manera de vivir la menopausia, el 4,4% no sabe y el 46,7% considera que no ha tenido ninguna influencia. De la gente que siente que la migración ha influido en su menopausia la mayoría piensan que el haber venido a España ha hecho que sea más sencilla (56,0%) principalmente por el mejor acceso a médicos de manera gratuita, por la mejor información, porque han estado más ocupadas con el trabajo lo cual por un lado ha mejorado su situación económica y se han sentido más seguras, y por otro ha hecho que tengan menos tiempo para andar pensando en ello. Otras de las razones es que la experiencia migratoria ha transformado su carácter, ahora sienten que son menos tímidas, más comunicativas, y más fuertes. El tener que haberse enfrentado a los problemas de llegar a un nuevo país ha hecho que desarrollen estrategias para fortalecer su carácter frente a las vicisitudes. Estos recursos aprendidos parece que facilitan la gestión del climaterio. También perciben que en España se valora más a la mujer madura en comparación con los países de origen. Afirman que la cultura española es menos machista y que da más libertad de acción a la mujer quien puede autogestionar su ocio sin ser criticada, y desarrollar una vida más allá del rol de madre o esposa.

*“Si hubiera estado en el Ecuador me hubiera costado mucho dinero la menopausia. Allá el médico te cobra por las consultas y los tratamientos y es muy caro. Aquí prácticamente todo fue gratis. ID 186, 55 años, postmenopausia a los 48, Ecuador, secundaria, sin trabajo.*

*“Es que aquí la pasé trabajando no me ha quedado mucho tiempo de pensarlo, hasta ahora que me lo preguntas. Y es que de todas maneras allí la calidad de vida de las personas es peor. Aquí tiene más esperanza de vida, porque allá a los 60 años estás acabado. Allí no me quedaría más de 10 años de vida” ID229, 50 años, postmenopausia a los 48, Colombia, secundaria, auxiliar de geriatría.*

*“Tu aquí dices que estás con la menopausia y la gente te respeta, no te discriminan. Te dicen que va a ser mejor que así ya no estás pendiente de quedarte embarazada y que vas a vivir tu vida sexual más a tu gusto. Que habrá algunas cosas que se sequen pero que para eso tenemos medicinas. Como me dijo la doctora que para eso podían ayudarme y que no me preocupase. Pero yo en Perú no le hubiese dicho eso a un médico. En cambio aquí me siento tan abierta y lo digo”.ID71, 53años, menopausia a los 49, Perú, secundaria, servicio de limpieza.*

*“Venir aquí te cambia el estilo de vida tu forma de vestir. Aquí me tomo una cerveza y puedo ir a un bar. Porque allá te miran mal si te tomas una cerveza en un colmado y ya te crucifican los vecinos. Aquí tu tienes más libertad.”ID 53, 55 años, postmenopausia a los 35, República Dominicana, básicos, sin trabajo*

*“Aquí no pierden el interés por hacer las cosas. En cambio en Ecuador la gente se siente que ya ha dejado de ser joven y que ya va para vieja. Aquí no, aquí como que se reaniman”ID114, 54 años, postmenopausia a los 45, Ecuador, superiores, auxiliar de geriatría.*

Las mujeres que piensan que su menopausia se ha visto dificultada por el hecho de migrar (34,0%), consideran que en sus países hubieran tenido el apoyo de la familia que las podría haber estado cuidando porque en España están solas. También opinan que la vida en Latinoamérica es más tranquila e incluso una mujer pensaba que probablemente le hubiese llegado la menopausia más tarde porque coincidió que había ido de vacaciones durante la perimenopausia y le había vuelto la menstruación durante la estancia. Hay algunas que se han visto superadas por los problemas de la falta de trabajo y la añoranza de los familiares, lo cual en vez de generar una actitud de defensa como mencionaban las mujeres que tenían una visión positiva, ha hecho que estuvieran más sensibles y que la menopausia las removiera emocionalmente.

*“Aquí siempre estamos estresados por el trabajo y allí hubiera estado más tranquila y con mis hijos” ID 206, 55 años, postmenopausia a los 52, Ecuador, secundaria, sin trabajo*

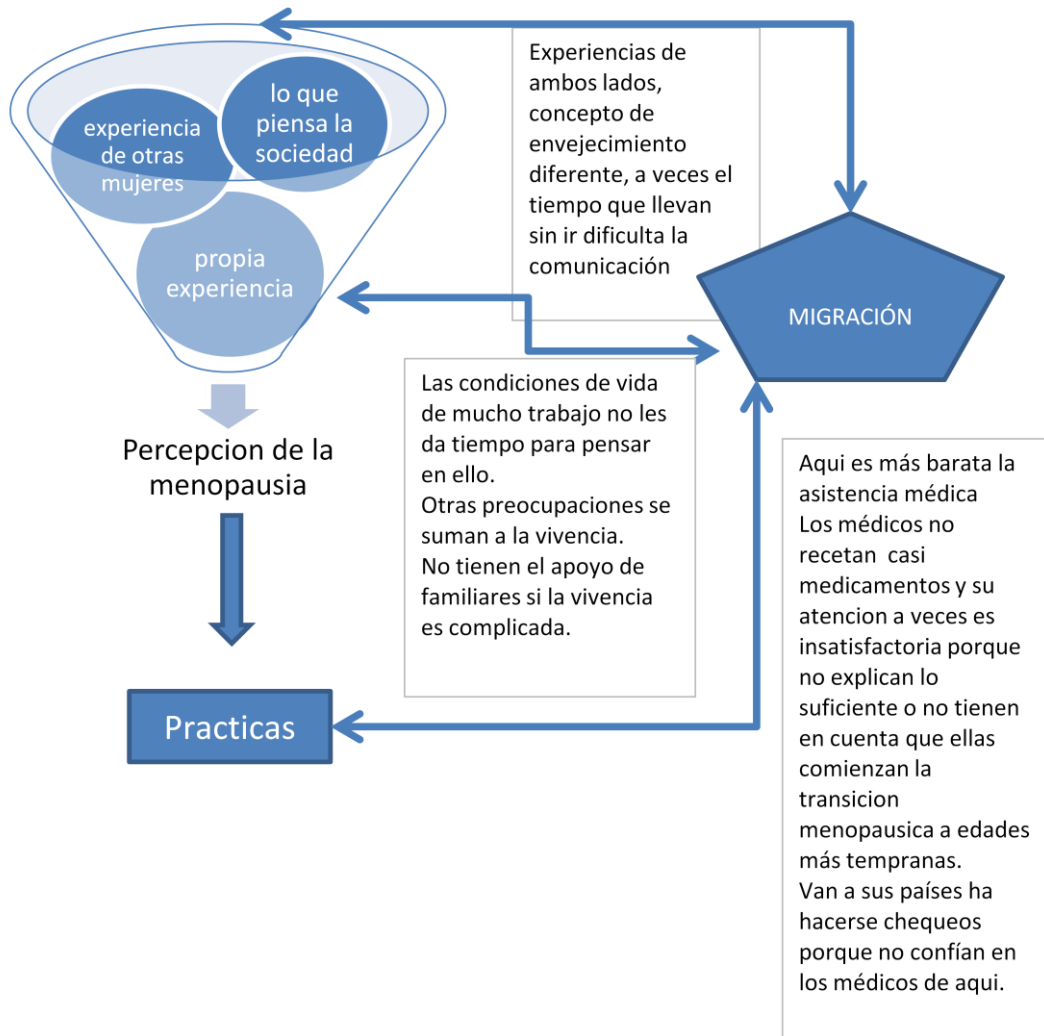
En la experiencia de estas mujeres el trato con los médicos españoles les ha parecido insatisfactorio. A pesar de que fuera gratuito han tomado la opción de ir a sus países a tratarse. Los contrastes son generados por la limitación de tiempo de atención en la seguridad social, pero también culturales. Según las entrevistadas en Latinoamérica los médicos tienden a auscultar más a los pacientes y son ellos la parte activa de la conversación, limitándose el paciente a responder una serie de preguntas que lleven al diagnóstico. Mientras que en Madrid el paciente tiene que saber lo que le ocurre y normalmente es la parte activa y demandante de tratamientos. Esto se suma a que en Latinoamérica acuden a clínicas privadas que en general son más proclives a recetar hormonas, mientras que la administración pública limita este tipo de tratamientos por los costes, pero también porque tras los resultados negativos del estudio WHI los médicos españoles prefieren no medicalizar esta etapa. De hecho el 60,7% de las mujeres que opinan que es necesario tomar tratamiento para la menopausia no habían recibido ningún tratamiento. Las mujeres latinoamericanas esperan que se les explique la transición por la que van a pasar, también están preocupadas por la pérdida de calcio ya que tienen muchos dolores osteoarticulares y esperan que los médicos les receten suplementos vitamínicos.

*“Yo no sé si es el haber venido aquí o por la menopausia. Yo allá no me sentía tanto, casi nada, solamente los sofocos. Pero ya aquí se intensificó más. El frío me afectó demasiado para los huesos. Allá el médico te manda hacer un chequeo hormonal, pero aquí no. Yo le dije al médico que aquí que me quería hacer una mamografía y me dijo que no tenía 50 años y que por qué me lo iba a hacer. Allá el médico te manda hormonas primeramente pero te da opciones o las hormonas tradicionales o hormonas naturales. Allá llaman a la pareja y le explican al marido que tiene que tener paciencia, porque es un cambio que se da en la menopausia con la mujer. Yo creo que allá te informan un poco mejor” ID231, 47 años, postmenopausia a los 43, Perú, secundaria, empleada doméstica externa.*

Además a la explicación insatisfactoria se une el hecho de que acuden a consulta médica a edades más tempranas que las españolas como consecuencia de que su edad de menopausia es anterior a la de las autóctonas, como ha quedado demostrado en el capítulo 4. Los médicos parece que no son conscientes de esta variabilidad en la edad de menopausia, ya que algunas mujeres se quejaban de que los médicos no habían querido atenderlas por considerar que eran muy jóvenes para estar ya en la menopausia. Quizá esta sea una de las críticas más comunes y fáciles de solucionar, ya que para atender a la diversidad de este país sería necesario que las campañas informativas sobre la menopausia se adelantasen. La figura 8.4 resume como la situación migratoria puede estar matizando la percepción acerca de la menopausia y las prácticas que las mujeres llevan a cabo (figura 8.4).

Entre las mujeres que piensan que la migración ha influido en su menopausia un 10% de ellas opina que por un lado les ha facilitado pero por otro empeorado. Aunque esta respuesta sea la más contradictoria, quizá es la que mejor refleja la realidad y es que el cambio de país y las nuevas circunstancias modifican la percepción de la menopausia en varias direcciones y el vector resultante es incierto. Para ello sería necesario contar con información cualitativa comparable de los países de origen y de las españolas. Aún así no hay que dejar de lado el hecho de que prácticamente la mitad de las postmenopáusicas consideran que el cambio migratorio, a pesar de ser conscientes de que ha transformado su situación laboral, familiar, de pareja, estilos de vida y clima entre otras cosas, no influye en su vivencia. Esto es importante porque nos indica que un gran porcentaje de las mujeres no tiene una visión holística, ni de ciclo vital de la menopausia, sino que lo vive esencialmente como algo corporal y puntual.

Figura 8.4 Cuadro resumen de la influencia de la migración en la percepción y las prácticas llevadas a cabo durante la transición menopáusica



## 8.5 PECULIARIDADES DE LOS DIFERENTES PAÍSES ESTUDIADOS

- *En las ecuatorianas*

En las mujeres postmenopáusicas de Ecuador la etapa se relaciona con cambios físicos en el 95,5%, solo una mujer mencionó que no había sentido nada. En este grupo los cambios emocionales aunque en mucha menor medida que los físicos también se relacionan con la vivencia y no siempre están ligados al sentimiento de envejecimiento. Eso sí, no hay ningún caso de mujeres que experimenten síntomas emocionales de manera aislada, estos van siempre acompañados o de problemas físicos o del

sentimiento de envejeciendo. Los relatos sobre el envejecimiento son más comunes que en el caso de las colombianas (22,7% vs 11,8).

- *En las peruanas*

La etapa se relaciona principalmente con los cambios físicos, aunque este es el colectivo que con mayor frecuencia ha experimentado algún cambio emocional unido a la etapa (50,0%). También mencionan la experiencia de estar envejeciendo o de sentir que se acaban en un alto porcentaje (20,8%) aunque no tanto como en Ecuador. Muchas conocen otras mujeres que han tenido experiencias negativas, pero no son tan dramáticas como las descritas por las bolivianas u ecuatorianas. El 37,5% considera que ha sido una etapa difícil. Las causas por las que sienten que ha sido difícil son principalmente por los cambios físicos bruscos, aunque no todas hacen referencia a los sofocos, a veces es más el dolor de huesos o las migrañas o la sequedad vaginal. No mencionan que la irregularidad haya sido algo molesto y en casi ningún caso han tenido hemorragias durante la transición perimenopausia. La mayoría de las mujeres que dicen que no es difícil es porque no han sentido nada salvo la ausencia del periodo 29,2%, aunque también hay un par de casos que a pesar de haber experimentado cambios físicos, emocionales y ver que envejecen no les parece algo difícil de gestionar (8,3%)

- *En las colombianas*

La etapa se relaciona sobre todo con cambios físicos (76,5%) y en menor medida con el envejecimiento (11,8%). La mayoría consideran que no ha sido un acontecimiento difícil (82,4%). Un número elevado de ellas ha escuchado historias negativas de otras mujeres acerca de la vivencia de la menopausia (64,7%). En el caso de las mujeres que la han percibido como un acontecimiento difícil (17,6%) además de

los cambios físicos, las que han sentido que era difícil porque envejecían también mencionaban que les había afectado a su estado emocional (5,9%).

- *En las de República Dominicana*

En las dominicanas hay una menor preocupación hacia la etapa, solamente el 16,7% piensa que es difícil debido a los problemas físicos que han experimentado principalmente hemorragias que han dado lugar a fuertes anemias. En este grupo hay muchas mujeres que se muestran indiferentes ante el cambio de etapa. Es de destacar que a pesar de llegar a la menopausia a una edad más temprana que el resto de los grupos, siguen pensando que es algo normal. Un 50% de ellas no ha sentido nada salvo que se les fue la menstruación poco a poco. El 33,3% ha experimentado síntomas físicos, pero no les parece que haya sido difícil la etapa. En concreto a pesar de haber tenido calores estos no han supuesto algo relevante en sus vidas. Ninguna mujer mencionó síntomas emocionales o envejecimiento. Esto es interesante porque comentan que en República Dominicana consideran que cuando una mujer llega a la menopausia es sinónimo de estar "vieja" (58,3%). Sin embargo este bagaje cultural no se confirma en sus experiencias personales.

- *En las Bolivianas*

Las bolivianas son las que más difícil consideran que ha sido la etapa (45,5%). Este aumento se debe principalmente a que son, junto con las ecuatorianas, las que más cambios físicos experimentan. El 81,8% menciona algún cambio físico, sobre todo las que más sofocos sufren ya que como mínimo mencionan los calores (81,2%). Junto con las colombianas son las que más tratamientos han empleado para paliar los síntomas, sobre todo han usado hormonas (18,2%) o isoflavonas (9,1%). En el caso de las colombianas preferían antes emplear isoflavonas (17,6%) que hormonas (11,8%). Es de

destacar que el 27,2% de ellas dice no saber qué hacer para combatir estos problemas. Son junto con las ecuatorianas las que mencionan más mitos entorno a la menopausia, algunas de las historias más dramáticas que comentan es que conocen a mujeres que se vuelven locas con la menopausia o incluso se mueren. Son los únicos dos grupos que mencionan el temor de la muerte asociado a la transición menopáusica. Hemos de tener en cuenta que prácticamente la mitad de las bolivianas proceden de entornos rurales y mencionan la falta de recursos médicos en su tierra, limitados por las infraestructuras, pero también por los recursos económicos. Dicen que las mujeres no pueden pagar los medicamentos o las consultas.

*“Me tomaba unas hierbitas que hay ahí para el dolor de barriga. Me agarró en el pueblo hay ahí no hay ni doctor ni nada. Nosotras como no podemos ir al médico lo sufrimos mucho.” ID 124, Bolivia, 55, postmenopausia a los 45, básicos, empleada doméstica externa.*

Además en Bolivia la esperanza de vida es menor por lo que a los 50 años quizá alguna conocida haya dado la coincidencia que se ha muerto y por eso la gente tienda en mayor medida a asociar esta etapa con la posibilidad de morir.

## **CONCLUSIÓN**

Como conclusión del análisis de las entrevistas podríamos decir que la menopausia es entendida como un cambio y percibida en función de la experiencia corporal propia contrastada con los mitos y las experiencias de otras mujeres. Las estrategias son diversas, las principales son no pensar en ello y esperar a que pase. No es una etapa excesivamente medicalizada. Por parte de los médicos parece haber una tendencia a quitarle importancia al proceso para no preocupar a las mujeres, sin embargo se limitan a decirles que lo que sienten es normal y no se toman el tiempo necesario para profundizar y resolver las inquietudes de las mujeres. Sería necesario que

se normalizase el hecho de hablar de la menopausia en profundidad igual que se habla de otras etapas de la vida como la adolescencia o la maternidad, para poder modificar los estereotipos negativos de la menopausia. La manera actual en el que las mujeres buscan y obtienen información sugiere que la mejor opción para modificar estos preconceptos negativos es mediante grupos de mujeres de diverso rango de edad dirigidos por una persona, preferentemente mujer, que pueda encauzar sus experiencias y conocimientos hacia una visión más positiva. De esta manera las mujeres podrían descubrir recursos de actuación basados en la propia experiencia para cuidar sus cuerpos y afrontar el envejecimiento de una forma más saludable. Este tipo de estrategias han resultado efectivas en otras poblaciones (Hunter y Rendall 2007:270).

En todo este proceso la influencia de la situación migratoria puede distorsionar la experiencia en varios aspectos: la percepción ya que cuentan con dos referentes culturales sobre salud y envejecimiento así como información de la experiencia de la menopausia de dos países. Recopilar información actual de la experiencia de la menopausia de otras mujeres en los países de origen a veces se puede ver dificultado por la distancia. La migración también interfiere en las prácticas que se llevan a cabo.

Respecto a la variabilidad de experiencias que existen dentro en el colectivo latinoamericano, las ecuatorianas, las peruanas y las bolivianas parecen compartir más cosas en común. Mientras que las colombianas se aproximarían más a las dominicanas. Aunque estas últimas son claramente un grupo aparte, por la levedad de los síntomas que experimentan, por su percepción más indiferente hacia la menopausia y por su temprana edad de menopausia.

**Bloque**

**IV**

**Conclusiones**



# Capítulo 9

---

---

**Conclusiones**

---

---



¿Por qué unas mujeres llegan antes a la menopausia que otras? ¿La variación en edad de menopausia entre poblaciones procedentes de países en vías de desarrollo y países desarrollados es simplemente un efecto de las diferentes metodologías empleadas para su estudio? ¿Por qué algunas mujeres pasan por la transición menopáusica sin apenas notar ningún cambio más allá del fin de las menstruaciones, mientras que otras sufren de sofocos que se prolongan varios años tras el fin de sus menstruaciones? ¿Puede tener que ver en algo el estrés social que forma parte del proceso migratorio en las diferencias de síntomas que se observan entre poblaciones de diferentes orígenes? ¿De qué manera el cambio de país de residencia puede afectar a la percepción de la menopausia?

Comparando de manera sistemática los datos cuantitativos recogidos tanto en población española como en latinoamericana inmigrante en Madrid, constatamos que la edad de menopausia de las latinoamericanas es anterior al de las españolas una vez controlado por los posibles factores de confusión como pueden ser nivel de estudios, paridad, fumar, índice de masa corporal, edad de menarquía, estado de salud o empleo de píldoras anticonceptivas. Además las mujeres con una menor paridad, o un nivel bajo de estudios o que habían estado casadas tenían una edad de menopausia anterior. Otro hallazgo relevante es que las mujeres latinoamericanas que migraron a España antes de haber tenido su menopausia tienen una edad de menopausia más tardía que aquellas que pasaron la menopausia en origen y luego migraron. También observábamos que dentro del colectivo migrante hay una cierta variabilidad, siendo las mujeres de origen Dominicano las que antes llegan a la menopausia. Por tanto parece que la menopausia es un proceso relativamente plástico influenciado tanto por las condiciones de vida en origen como por las de destino.

Si entender las razones por las que existe una amplia variación en edad de menopausia es complejo, los capítulos 5, 6, 7 y 8 demuestran que comprender el por qué de la variación en la experiencia de la menopausia lo es aún más. Esta dificultad se debe en parte a la interacción de un amplio número de variables culturales, sociales biológicas y del entorno que tiene que ser controladas. Ya en el capítulo 3 se señalaba que las condiciones de vida y las principales características socioeconómicas y demográficas de las mujeres inmigrantes latinoamericanas de 45 a 55 años diferían de las de sus homólogas españolas. Las inmigrantes destacaban sobre todo por tener una situación social, familiar y económica de mayor precariedad e inestabilidad y porque, a pesar de sus estilos de vidas más saludables, su estado de salud general era peor que el de la población autóctona. Estas situaciones vitales diferentes influyen en los síntomas que presentan. De hecho ambas poblaciones presentan un número elevado de síntomas, pero las latinoamericanas resaltan por la mayor frecuencia de síntomas emocionales y somáticos. Estos no se deben a la transición menopáusica, sino a inequidades en la situación económica, al estado de salud general y a la inestabilidad en el hogar. En definitiva son reflejo de una situación migratoria de desarraigo y de discriminación a la hora del acceso a empleos que permitan tener una situación económica semejante a la de las españolas.

Los síntomas vasomotores y los genitourinarios sí que se han visto vinculados a la transición hormonal que ocurre durante la menopausia. Las mujeres que tienen síntomas cardiovasculares (palpitaciones, dificultad para respirar o dolor de pecho) tienen una mayor probabilidad de presentar síntomas vasomotores. Esto puede ser debido a que el aumento de presión sanguínea tras un sofoco puede ser experimentado como una sensación de palpitaciones en algunas mujeres. El país de origen solo resultó ser un factor explicativo a la hora de analizar las frecuencias de sofocos, pero no para

los sudores nocturnos o en los casos donde las mujeres tienen ambos síntomas vasomotores a la vez. La frecuencia de sofocos es mayor que la de los sudores nocturnos por lo que no todas las mujeres que experimentan sofocos tienen por qué tener sudores nocturnos o viceversa. En investigaciones comparativas entre poblaciones parece necesario preguntar por sofocos y sudores nocturnos por separado y no solo por la presencia de síntomas vasomotores. Respecto a los sofocos aunque esperábamos que la situación vital más estresante de las mujeres inmigrantes unido a su peor estado de salud general pudiera desencadenar un mayor número de sofocos, los resultados evidencian lo opuesto. Las latinoamericanas tienen una menor frecuencia de sofocos que las españolas una vez se controlan las variables de confusión mediante un análisis multivariante de regresión logística. Estos resultados quizá tengan que ver más con factores culturales a la hora de comunicar y percibir los sofocos que con diferencias biológicas. A través de los discursos de las inmigrantes observábamos que el estar ocupadas y tener otras preocupaciones a veces hacía que la importancia de los calores se relativizase. De hecho para la mayoría la menopausia no había sido vivida como una experiencia difícil.

La percepción de la etapa estaba marcada por la experiencia de síntomas. Aquellas mujeres que no habían sentido nada salvo la ausencia de menstruaciones, además de considerar que no había sido difícil, llegaban a dudar de si ya habían pasado por la transición o no. Por tanto el concepto de menopausia es algo más que el fin de las menstruaciones, es una experiencia que cambia el cuerpo y en algunos casos se vincula con el hecho de envejecer a partir de ese suceso. De hecho se detectaron una serie de mitos entorno a la etapa que iban desde la creencia de que las mujeres se podían volver locas o que ya estaban viejas y que sus maridos las rechazaban, hasta el temor de poder morir como consecuencia de la menopausia. La valoración que hacían de esta

experiencia dependía mayoritariamente de su propia vivencia contrastada con las historias de otras mujeres y los mitos existentes en la sociedad. También en sus discursos se veía reflejada la diversidad existente dentro del colectivo inmigrante latinoamericano, y nuevamente las mujeres de República Dominicana, al igual que en la edad de menopausia, eran el grupo que más difería respecto a los otros principales países de procedencia de la región andina. Eso sí, tanto en las mujeres postmenopáusicas ecuatorianas como en las peruanas, colombianas, bolivianas y dominicanas los “calores”, “bochornos”, “sofocones” o “fogajes” aparecían como un síntoma propio de la menopausia.

Respecto a la influencia del contexto migratorio, además de influir en las condiciones de vida de las migrantes, también afectaba a su percepción y a la gestión que hacían de la menopausia. Tener dos referentes culturales entorno al envejecimiento, así como la mayor dificultad para recibir información actualizada de experiencias de menopausia de mujeres de sus países de origen, o el contraste con el sistema médico español afectaba directamente a su experiencia. Se observó que por un lado se generaban prácticas menos medicalizadas basadas en tener una actitud más despreocupada hacia la menopausia, mientras que en algunos casos llevaba a realizar viajes a sus países de origen para tratarse. Por otro lado la migración también puede repercutir positivamente en la experiencia sobre todo por el menor coste médico que supone realizar un seguimiento de la etapa en España en comparación con el coste que supondría en los países de origen.

En definitiva, se han encontrado diferencias en las experiencias de la menopausia de las mujeres inmigrante latinoamericanas respecto a las españolas que radican sobre todo en su edad más temprana de menopausia, en su mayor número de síntomas, a pesar de tener una menor frecuencia de sofocos, y en su peor estado de salud

general. A su vez se ha detectado una cierta diversidad dentro del colectivo latinoamericano tanto en trayectorias migratorias como en características socio-demográficas y experiencias de menopausia, por lo que sería recomendable que no se considerase como un colectivo homogéneo en futuras investigaciones.

Las diferencias que se han observado tienen que ver principalmente con las distintas condiciones de vida ligadas al país de origen y las propias de la situación migratoria. Y por tanto son en gran medida modificables. Una mejora de estas condiciones puede repercutir positivamente en la edad de menopausia, ya que hemos visto que es un evento relativamente plástico, y también en la calidad de vida de las inmigrantes. Es importante resaltar que un 40% de las inmigrantes latinoamericanas cuentan ya con la nacionalidad Española, por lo que incluso a nivel legal deberían de tener los mismo derechos y deberes que la población autóctona. La creciente diversidad biocultural de la población que reside en España no parece ser algo puntual, por lo que evaluar la evolución del estado de salud a través de marcadores como la edad de menopausia puede ayudar a contrastar la efectividad de las políticas sanitarias y migratorias.

## **9.1. REFLEXIONES FINALES - PERSPECTIVAS DE NUEVAS INVESTIGACIONES**

En la investigación sobre la variabilidad de experiencias de menopausia en población latinoamericana residente en Madrid y población nacida en España hemos podido observar que el colectivo inmigrante latinoamericano comparte algunas características en común debido a la homogenización de situaciones vitales que resultan de formar parte de un colectivo de mujeres migrantes económicas. Sin embargo también hemos observado son un colectivo heterogéneo en lo referente a las trayectorias

migratorias, la cultura de origen y situaciones vitales de los países de origen que influyen entre otras cosas en su estado de salud, pero también en los mitos y creencia acerca de la menopausia. Para futuras investigaciones que quieran profundizar en el efecto de la migración en la edad y sintomatología de la menopausia sería preferible elegir un país de origen de las inmigrantes latinoamericanas y recoger datos tanto en origen como en destino. Esto permitiría triangular la comparación lo que mejoraría enormemente los resultados preliminares de esta tesis acerca de la influencia de la migración. De cara a la información cualitativa sería conveniente realizar grupos de discusión con mujeres tanto españolas como inmigrantes para ahondar en las diferencias y similitudes de las experiencias de menopausia de ambos colectivos. También sería interesante recoger datos objetivos sobre la frecuencia de sofocos monitorizando a algunas mujeres que participen en el estudio. O tomar muestras de sangre donde se puedan observar marcadores de estrés e incluir un cuestionario acerca de la percepción de estrés. Podría permitir resolver algunas de las cuestiones que se quedan pendientes en esta tesis por la limitación de los datos disponibles como son si ¿la variación en edad de menopausia que observábamos entre las mujeres inmigrantes que habían pasado la menopausia en origen y las que llegaban a la menopausia en España tras varios años de migración se deben a un sesgo en la población que migra o más bien contribuyen a la teoría de la paradoja epidemiológica latina? ¿o si la menor frecuencia de sofocos en la latinoamericanas es una cuestión cultural a la hora de comunicar estas sensaciones o es más bien la expresión de la variabilidad genética entre poblaciones?

Aún quedan muchas preguntas por resolver pero conforme se vaya sistematizando el estudio de la menopausia en las diferentes poblaciones y se vayan recogiendo similares variables dependientes e independientes, se podrán realizar más

comparaciones y mejorar nuestra capacidad de contrastar los efectos de la cultura y la biología en esta joven área de investigación.



# **Bloque**

## **V**

### **Bibliografía**



# Capítulo 10

---

---

**Bibliografía**

---

---



- Abraido-Lanza, A. F., Chao, M. T., Florez, K. R. 2005. "Do healthy behaviors decline with greater acculturation?: Implications for the Latino mortality paradox." *Social science & medicine* 61:1243-1255.
- Abraido-Lanza, A. F., Dohrenwend, B. P., Ng-Mak, D. S., Turner, J. B. 1999. "The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses." *American Journal of Public Health* 89:1543-1548.
- Achotegui Loizate, J. 2008. "El duelo." Pp. 63-86 in *Salud mental en la inmigración*, edited by Nabil Sayed-Ahmad Beiruti, Rafael García Galán, and Elena González Rojo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- . 2009. "Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)." *Zerbitzuan* 46:163-171.
- Achotegui Loizate, J., Morales, M., Cervera, P., Quirós, C., Pérez, J., Gimeno, N., Llopis, A., Moltó, J., Torres, A., Borrell, C. 2010. "Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises." *Norte de salud mental* vol. VIII:23-30.
- Adler, S. R., Fosket, J. R., Kagawa-Singer, M., McGraw, S. A., Wong-Kim, E., Gold, E., Sternfeld, B. 2000. "Conceptualizing menopause and midlife: Chinese American and Chinese women in the US." *Maturitas* 35:11-23.
- Anderson, D., Yoshizawa, T., Gollschewski, S., Atogami, F., Courtney, M. 2004. "Menopause in Australia and Japan: effects of country of residence on menopausal status and menopausal symptoms." *Climacteric* 7:165-174.
- Arango, J. 2005. "La inmigración en España: demografía, sociología y economía." Pp. 247-273 in *Inmigración: un desafío para España*. Madrid, edited by Rafael Aguila. Madrid: Editorial Pablo Iglesias.
- . 2007. "Las migraciones internacionales en un mundo globalizado." *Inmigrantes. El continente móvil. Dossier Vanguardia* 22:6-17.
- Avis, N. E., Brambilla, D., McKinlay, S. M., Vass, K. 1994. "A longitudinal analysis of the association between menopause and depression: Results from the Massachusetts Women's Health Study." *Annals of Epidemiology* 4:214-220.
- Avis, N. E., McKinlay, S. M. 1991. "A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study." *Maturitas* 13:65-79.
- Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Bromberger, J., Ganz, P., Cain, V., Kagawa-Singer, M. 2001. "Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups." *Social Science & Medicine* 52:345-356.
- Ballesteros García, A., Basco Jimenez, B., González Redondo, Á. 2009. "La inmigración latinoamericana en España en el siglo XXI." *Investigaciones Geográficas* 70:55-70.
- Bermudez Quintana, E. 2006. *Mujeres inmigrantes y salud: testimonios colombianos*: Universitat de València.
- Bermúdez Quintana, E. 2004. "Imágenes de la salud y enfermedad de las mujeres colombianas inmigrantes en España." *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 3:78-100.
- Bernis, C., Reher, D. S. 2007. "Environmental contexts of menopause in Spain: comparative results from recent research." *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society* 14:777-787.
- Beyene, Y., Martin, M. C. 2001. "Menopausal experiences and bone density of Mayan women in Yucatan, Mexico." *American Journal of Human Biology* 13:505-511.

- Blazquez, M., Otero, L., B, S., Blasco, T. 2007. "Inmigración y Salud pública " *A tu salud* 59-69:10-15.
- Blumel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., Danckers, L., Espinoza, M. T., Flores, D., Gomez, G., Hernandez-Bueno, J. A., Izaguirre, H., Leon-Leon, P., Lima, S., Mezones-Holguin, E., Monterrosa, A., Mostajo, D., Navarro, D., Ojeda, E., Onatra, W., Royer, M., Soto, E., Tserotas, K., Vallejo, S., Collaborative Grp Res, C. 2011. "A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women." *Menopause* 18:778-785.
- Blumel, J. E., Chedraui, P., Calle, A., Bocanera, R., Depiano, E., Figueroa-Casas, P., Gonzalez, C., Martino, M., Royer, M., Zuniga, C., Dulong, A., Espinoza, M. T., Futchner, C., Mostajo, D., Soto, E., Marco, A. A., Aravena, H., Busquets, M., Campodonico, I., Germain, A., Alba, A., Baron, G., Gomez, G., Monterrosa, A., Onatra, W., Broutin, G., Manzano, B., Gabriela, A., Hidalgo, L., Leon, P., Orbea, M., Sanchez, H., Vallejo, S., Vallecillo, G., Hernandez-Bueno, J. A., Motta, E., Andrade, R., Tserotas, K., Gonzalez, C. M., Benitez, Z., Calle, E., Danckers, L., Del Castillo, A., Izaguirre, H., Ojeda, E., Rojas, J., Bencosme, A., Lima, S. 2006. "Age at menopause in Latin America." *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society* 13:706-712.
- Boulet, M. J., Oddens, B. J., Lehert, P., Vemer, H. M., Visser, A. 1994. "Climacteric and menopause in seven south-east Asian countries." *Maturitas* 19:157-176.
- Brambilla, D. J., McKinlay, S. M. 1989. "A prospective study of factors affecting age at menopause." *Journal of Clinical Epidemiology* 42:1031-1039.
- Bromberger, J. T., Harlow, S., Avis, N., Kravitz, H. M., Cordal, A. 2004. "Racial/ethnic differences in the prevalence of depressive symptoms among middle-aged women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)." *American Journal of Public Health* 94:1378-1385.
- Bromberger, J. T., Matthews, K. A., Kuller, L. H., Wing, R. R., Meilahn, E. N., Plantinga, P. 1997. "Prospective study of the determinants of age at menopause." *American Journal of Epidemiology* 145:124-133.
- Brown, D. E., Sievert, L. L., Morrison, L. A., Rahberg, N., Reza, A. 2011. "Relationship Between Hot Flashes and Ambulatory Blood Pressure: The Hilo Women's Health Study." *Psychosomatic Medicine* 73:166-172.
- Cachón, L. 2007. "Diez notas sobre la inmigración en España 2006." *Vanguardia dossier* 22:68-74.
- Camacho, G., Hernández, K. 2005. "Cambió mi vida. Migración femenina, percepciones e impactos." *Quito: UNIFEM*.
- Castillo, S., Mazarrasa, L., Sanz, B. 2001. "Mujeres inmigrantes hablando de su salud. Utilización de sus discursos como estrategia para promocionar su salud." *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)* 34:9-14 Disponible en <[http://www.index-f.com/index-enfermeria/34revista/34\\_articulo\\_9-14.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/34revista/34_articulo_9-14.php)> Consultado el 10 de Julio de 2010.
- Cauley, J. A., Danielson, M. E., Greendale, G. A., Finkelstein, J. S., Chang, Y. F., Lo, J. C., Crandall, C. J., Neer, R. M., Ruppert, K., Meyn, L., Prairie, B. A., Sowers, M. R. 2012. "Bone resorption and fracture across the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation." *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society* 19:1200-1207.
- Col, N. F., Guthrie, J. R., Politi, M., Dennerstein, L. 2009. "Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study." *Menopause* 16:453-457.

- Cooper, G. S., Sandler, D. P. 1998. "Age at natural menopause and mortality." *Annals of Epidemiology* 8:229-235.
- Cooper, G. S., Sandler, D. P., Bohlig, M. 1999. "Active and passive smoking and the occurrence of natural menopause." *Epidemiology* 10:771-773.
- Cramer, D., Welch, W., Cassells, S., Scully, R. 1983. "Mumps, menarche, menopause, and ovarian cancer." *American journal of obstetrics and gynecology* 147:1-6.
- Chedraui, P., Aguirre, W., Calle, A., Hidalgo, L., León-León, P., Miranda, O., Martínez, N., Mendoza, M., Narváez, J., Sánchez, H., Schwager, G., Quintero, J. C., Zambrano, B., Aguilar, A., Martínez, M. A., Rivera, R., Ruilova, I. 2010. "Risk factors related to the presence and severity of hot flushes in mid-aged Ecuadorian women." *Maturitas* 65:378-382.
- de Bruin, J. p., Bovenhuis, H., van Noord, P. A. H. 2001. "The role of genetic factors in age at natural menopause." *Human reproduction* 16:2014-2018.
- Dennerstein, L., Lehert, P., Guthrie, J., Burger, H. 2007. "Modeling women's health during the menopausal transition: a longitudinal analysis." *Menopause* 14:53-62.
- Dennerstein, L., Smith, A. M., Morse, C., Burger, H., Green, A., Hopper, J., Ryan, M. 1993. "Menopausal symptoms in Australian women." *The Medical Journal of Australia* 159:232-236.
- Deutsch, H. 1945. *The psychology of women. A psychoanalytic interpretation*. New York: Greene and Stratton.
- Do, K. A., Treloar, S. A., Pandeya, N., Purdie, D., Green, A. C., Heath, A. C., Martin, N. G. 1998. "Predictive factors of age at menopause in a large Australian twin study." *Human biology* 70:1073-1091.
- Dorjgochoo, T., Kallianpur, A., Gao, Y. T., Cai, H., Yang, G., Li, H., Zheng, W., Shu, X. O. 2008. "Dietary and lifestyle predictors of age at natural menopause and reproductive span in the Shanghai Women's Health Study." *Menopause (New York, NY)* 15:924-933.
- Elias, S. G., van Noord, P. A. H., Peeters, P. H. M., den Tonkelaar, I., Grobbee, D. E. 2003. "Caloric restriction reduces age at menopause: the effect of the 1944-1945 Dutch famine." *Menopause* 10:399-405.
- Eveleth, P., Tanner, J. 1990. *Worldwide variation in human growth*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Flint, M. 1974. "Menarche and menopause in Rajput women. Ph.D." University of New York.
- . 1978. "Is there a secular trend in age of menopause?" *Maturitas* 1:133-139.
- Flint, M. P. 1997. "Secular trends in menopause age." *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 18:65-72.
- Franceschi, S., Lavecchia, C., Booth, M., Tzonou, A., Negri, E., Parazzini, F., Trichopoulos, D., Beral, V. 1991. "Pooled analysis of 3 European case-control studies of ovarian-cancer. age at menarche and at menopause." *International Journal of Cancer* 49:57-60.
- Freedman, R. R. 1989. "Laboratory and ambulatory monitoring of menopausal hot flashes." *Psychophysiology* 26:573-579.
- . 2005. "Pathophysiology and treatment of menopausal hot flashes." Pp. 117-125.
- Freedman, R. R., Krell, W. 1999. "Reduced thermoregulatory null zone in postmenopausal women with hot flashes." *American journal of obstetrics and gynecology* 181:66-70.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., Gracia, C. R., Pien, G. W., Nelson, D. B., Sheng, L. 2007. "Symptoms Associated With Menopausal Transition and

- Reproductive Hormones in Midlife Women." *Obstetrics & Gynecology* 110:230-240
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., Liu, Z. Y., Gracia, C. R. 2011. "Duration of Menopausal Hot Flashes and Associated Risk Factors." *Obstetrics and Gynecology* 117:1095-1104.
- Freixas Farré, A. 2007. *Nuestra menopausia: una versión no oficial*. Barcelona: Paidós.
- Garner, P. R. 1990. "The impact of obesity on reproductive function." *Seminars in Reproductive Endocrinology* 8:32-43.
- GarridoLatorre, F., LazcanoPonce, E. C., LopezCarrillo, L., HernandezAvila, M. 1996. "Age of natural menopause among women in Mexico City." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 53:159-166.
- Germaine, L. M., Freedman, R. R. 1984. "Behavioral treatment of menopausal hot flashes: Evaluation by objective methods." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52:1072-1079.
- Gilligan, C. 1985. *La Moral y la Teoría: Psicología Del Desarrollo Femenino*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Gold, E., Block, G., Crawford, S., Lachance, L., FitzGerald, G., Miracle, H., Sherman, S. 2004. "Lifestyle and demographic factors in relation to vasomotor symptoms: baseline results from the Study of Women's Health Across the Nation." *American Journal of Epidemiology* 159:1189-1199.
- Gold, E., Sternfeld, B., Kelsey, J., Brown, C., Mouton, C., Reame, N., Salamone, L., Stellato, R. 2000. "Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi - racial / ethnic population of women 40-55 years of age." *American Journal of Epidemiology* 152:463-473.
- Gold, E. B. 2011. "The timing of the age at which natural menopause occurs." *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 38:425-440.
- Gold, E. B., Bromberger, J., Crawford, S., Samuels, S., Greendale, G. A., Harlow, S. D., Skurnick, J. 2001. "Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women." *American Journal of Epidemiology* 153:865-874.
- Gold, E. B., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., Greendale, G. A., Powell, L., Sternfeld, B., Matthews, K. 2006. "Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: Study of women's health across the nation." *American Journal of Public Health* 96:1226-1235.
- Gómez Gómez, E. 2002. "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica." *Revista Panamericana de Salud Pública* 11:327-334.
- Gonzales, G. F., Villena, A. 1997. "Age at menopause in central Andean Peruvian women." *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society* 4:32-38.
- Greendale, G. A., Gold, E. B. 2005. "Lifestyle factors: are they related to vasomotor symptoms and do they modify the effectiveness or side effects of hormone therapy?" *The American Journal of Medicine* 118:148-154.
- Greene, J., Cooke, D. J. 1980. "Life stress and symptoms at the climacterium." *The British Journal of Psychiatry* 136:486-491.
- Greer, G. 1993. *El cambio: mujeres, vejez y menopausia*. Barcelona: Anagrama.
- Gupta, P., Sturdee, D. W., Hunter, M. S. 2006. "Mid-age health in women from the Indian subcontinent (MAHWIS): general health and the experience of menopause in women." *Climacteric* 9:13-22.

- Guthrie, J. R., Dennerstein, L., Taffe, J. R., Lehert, P., Burger, H. G. 2005. "Hot flushes during the menopause transition: a longitudinal study in Australian-born women." *Menopause* 12:460-467.
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., de Villiers, T. J., Grp, S. C. 2012. "Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop+10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging." *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 97:1159-1168.
- Henderson, K. D., Bernstein, L., Henderson, B., Kolonel, L., C. Pike, M. 2008. "Predictors of timing of natural menopause in the Multiethnic Cohort Study." *American Journal of Epidemiology* 167:1287-1294.
- Hunter, M. 1992. "The South-East England longitudinal study of the climacteric and postmenopause." *Maturitas* 14:117-126.
- Hunter, M., Rendall, M. 2007. "Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 21:261-274.
- Hunter, M. S. 1993. "Predictors of menopausal symptoms psychosocial aspects." *Baillieres Clinical Endocrinology and Metabolism* 7:33-45.
- Hunter, M. S., Gupta, P., Papitsch-Clark, A., Sturdee, D. W. 2009. "Mid-Aged Health in Women from the Indian Subcontinent (MAHWIS): a further quantitative and qualitative investigation of experience of menopause in UK Asian women, compared to UK Caucasian women and women living in Delhi." Pp. 26-37 in *Climacteric*: Taylor & Francis Ltd.
- Idler, E. L., Benyamini, Y. 1997. "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies." *Journal of health and social behavior* 38:21-37.
- Igarashi, M., Saito, H., Morioka, Y., Oiji, A., Nadaoka, T., Kashiwakura, M. 2000. "Stress vulnerability and climacteric symptoms: Life events, coping behavior, and severity of symptoms." *Gynecologic and Obstetric Investigation* 49:170-178.
- Im, E., Lee, B., Chee, W., Brown, A., Dormire, S. 2010. "Menopausal Symptoms Among Four Major Ethnic Groups in the United States." *Western journal of nursing research* 32:540-565.
- Instituto Nacional de Estadística. 1998. "Principales Series de Población desde 1998". Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es). Fecha de acceso 25/11/2010
- Instituto Nacional de Estadística. 2010. "Padrón continuo de habitantes". Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es). Fecha de acceso 25/11/2010
- Instituto Nacional de Estadística. 2011. "Movimiento Natural de la Población." Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es) Fecha de acceso 18/01/2013
- Instituto Nacional de Estadística. 2012. "Padrón Municipal de Población." Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es) Fecha de acceso 18/01/2013
- Jacobsen, B. K., Heuch, I., Kvale, G. 2003. "Age at natural menopause and all-cause mortality: A 37-year follow-up of 19,731 Norwegian women." *American Journal of Epidemiology* 157:923-929.
- Jick, H., Porter, J., Morrison, A. S. 1977. "Relation between smoking and age of natural menopause." *Lancet* 1:1354-1355.
- Kainai, T., Takeuchi, H., Furukawa, T., Yoshimura, R., Imaizumi, T., Kitamura, T., Takahashi, K. 2003. "Time to recurrence after recovery from major depressive episodes and its predictors." *Psychol Med* 33:839-845.
- Kapur, P., Sinha, B., Pereira, B. M. J. 2009. "Measuring climacteric symptoms and age at natural menopause in an Indian population using the Greene Climacteric Scale." *Menopause* 16:378-384.

- Kaufert, P. A., Gilbert, P., Tate, R. 1992. "The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression." *Maturitas* 14:143-155.
- Kaufert, P. L. 1990. "Methodological issues in menopause research." *Annals of the New York Academy of Sciences* 592:114-122.
- Kelsey, J. L., Gammon, M. D., John, E. M. 1993. "Reproductive factors and breast-cancer." *Epidemiologic Reviews* 15:36-47.
- Kelsey, J. L., Livolsi, V. A., Holford, T. R., Fischer, D. B., Mostow, E. D., Schwartz, P. E., Oconnor, T., White, C. 1982. "A case-control study of cancer of endometrium." *American Journal of Epidemiology* 116:333-342.
- Ku, S. Y., Kang, J. W., Kim, H., Ku, P. S., Lee, S. H., Suh, C. S., Kim, S. H., Choi, Y. M., Kim, J. G., Moon, S. Y. 2004. "Regional differences in age at menopause between Korean-Korean and Korean-Chinese." *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society* 11:569-574.
- Lee, Y. S. C., Suchday, S., Wylie-Rosett, J. 2012. "Perceived Social Support, Coping Styles, and Chinese Immigrants' Cardiovascular Responses to Stress." *International Journal of Behavioral Medicine* 19:174-185.
- Leidy, L. E. 1994. "Biological Aspects of Menopause: Across the Lifespan." *Annual Review of Anthropology* 23:231-253.
- . 1996. "Symptoms of menopause in relation to the timing of reproductive events and past menstrual experience." *American Journal of Human Biology* 8:761-769.
- Leidy, L. E., Godfrey, L. R., Sutherland, M. R. 1998. "Is follicular atresia biphasic?" *Fertility and Sterility* 70:851-859.
- Lerner-Geva, L., Boyko, V., Blumstein, T., Benyamini, Y. 2010. "The impact of education, cultural background, and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: the Women's Health at Midlife Study." *Journal of Women's Health* 19:975-985.
- Liu, J., Eden, J. 2007. "Experience and attitudes toward menopause in Chinese women living in Sydney: A cross sectional survey." *Maturitas* 58:359-365.
- Lock, M. 1993. *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press
- Lock, M., Kaufert, P. 2001. "Menopause, local biologies, and cultures of aging." *American Journal of Human Biology* 13:494-504.
- Lu, J., Liu, J., Eden, J. 2007. "The experience of menopausal symptoms by Arabic women in Sydney." *Climacteric* 10:72-79.
- Luborsky, M. R. 1995. "Questioning the allure of aging and health for medical anthropology." *Medical Anthropology Quarterly* 9:277-281.
- Luoto, R., Kaprio, J., Uutela, A. 1994. "Age at Natural Menopause and Sociodemographic Status in Finland." *American Journal of Epidemiology* 139:64-76.
- Martin, M. C., Block, J. E., Sanchez, S. D., Arnaud, C. D., Beyene, Y. 1993. "Menopause without symptoms- the endocrinology of menopause among rural mayan idians." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 168:1839-1845.
- Matthews, K. A., Wing, R. R., Kuller, L. H., Meilahn, E. N., Kelsey, S. F., Costello, E. J., Caggiula, A. W. 1990. "Influences od natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58:345-351.
- McCarthy, T. 1994. "The prevalence of symptoms in menopausal women in the far-east-Singapore segment." *Maturitas* 19:199-204.
- McKinlay, S., Jefferys, M., Thompson, B. 1972. "An investigation of the age at menopause." *Journal of Biosocial Science* 4:161-173.

- McKinlay, S. M., Brambilla, D. J., Posner, J. G. 1992. "The normal menopause transition." *Maturitas* 14:103-115.
- Melby, M. K., Anderson, D., Sievert, L. L., Obermeyer, C. M. 2011a. "Methods used in cross-cultural comparisons of vasomotor symptoms and their determinants." *Maturitas* 70:110-119.
- Melby, M. K., Sievert, L. L., Anderson, D., Obermeyer, C. M. 2011b. "Overview of methods used in cross-cultural comparisons of menopausal symptoms and their determinants: Guidelines for Strengthening the Reporting of Menopause and Aging (STROMA) studies." *Maturitas* 70:99-109.
- Mesa-Lago, C. 2005. "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social." Pp. 351. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Miller, A. M., Sorokin, O., Wilbur, J. E., Chandler, P. J. 2004. "Demographic characteristics, menopausal status, and depression in midlife immigrant women." *Women's Health Issues* 14:227-234.
- Miller, L. J., Daniels-Brady, C. 2005. "Depression during perimenopause." *Menopause management* 11:10-16.
- Monninkhof, E. M., van der Schouw, Y. T., Peeters, P. H. M. 1999. "Early age at menopause and breast cancer: are leaner women more protected? A prospective analysis of the Dutch DOM cohort." *Breast Cancer Research and Treatment* 55:285-291.
- Moore, K. L., Persaud, T. V. N. 1996. *Atlas de embriología clínica*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Murphy, L., Sievert, L. L., Begum, K., Sharmeen, T., Puleo, E., Chowdhury, O., Muttukrishna, S., Bentley, G. 2012. "Life course and age at menopause among Bangladeshi sedentary and migrants to the UK." *Am J Human Biology* 25:83-93.
- Nagata, C., Takatsuka, N., Inaba, S., Kawakami, N., Shimizu, H. 1998. "Association of diet and other lifestyle with onset of menopause in Japanese women." *Maturitas* 29:105-113.
- Nedstrand, E., Ekseth, U., Lindgren, R., Hammar, M. 1995. "The climacteric among South-American women, who immigrated to Sweden and age-matched Swedish women." *Maturitas* 21:3-6.
- Neslihan Carda, S., Bilge, S. A., Öztürk, T. N., Oya, G., Ece, O., Hamiyet, B. 1998. "The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women." *Maturitas* 30:37-40.
- Nixon, E., Mansfield, P. K., Kittell, L. A., Faulkner, S. L. 2001. "Staying Strong": How Low-Income Rural African American Women Manage Their Menopausal Changes." *Women & Health* 34:81-95.
- Obermeyer, C. M., Reher, D., Alcalá, L. C., Price, K. 2005. "The menopause in Spain: Results of the DAMES (Decisions At Menopause) Study." *Maturitas* 52:190-198.
- Obermeyer, C. M., Reher, D., Cortés Alcalá, L. 2004. "Decisiones terapéuticas para la menopausia: una aproximación desde las Ciencias Sociales." Pp. 1-101. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Obermeyer, C. M., Reher, D., Echeverri-Davila, B. 2013. "Coping with menopause in Spain: An analysis of women discourse." Pp. 1-26 Manuscrito no publicado. Madrid: Harvard University y Universidad Complutense de Madrid.
- Obermeyer, C. M., Reher, D., Saliba, M. 2007. "Symptoms, menopause status, and country differences: a comparative analysis from DAMES." *Menopause* 14:788-797

- Observatorio de Salud de la Mujer. 2006. "Informe Salud y Género 2005." *Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.*
- Observatorio Permanente de la Inmigración (Ed.). 2009. *Mortalidad y principales causas de muerte en la población inmigrante residente en España, 2001-2005.* Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Ochoa Mangado, E., Vicente Muelas, N., Lozano Suárez, M. 2005. "Síndromes depresivos en la población inmigrante." *Revista Clínica Española* 205:116-118.
- Oldenhavé, A., Jaszmann, L., Haspels, A. A., Everaerd, W. 1993. "Impact of climacteric on well-being. A survey based on 5213 women 39 to 60 years old." *American journal of obstetrics and gynecology* 168:772-780.
- Organización Mundial de la Salud. 1994. "Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa." Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, serie de informes técnicos.
- Ossewaarde, M. E., Bots, M. L., Verbeek, A. L. M., Peeters, P. H. M., van der Graaf, Y., Grobbee, D. E., van der Schouw, Y. T. 2005. "Age at menopause, cause-specific mortality and total life expectancy." *Epidemiology* 16:556-562.
- Palmer, J. R., Rosenberg, L., Wise, L. A., Horton, N. J., Adams-Campbell, L. L. 2003. "Onset of natural menopause in African American women." *American Journal of Public Health* 93:299-306.
- Parazzini, F., Negri, E., Lavecchia, C. 1992. "Reproductive and general life-style determinants of age at menopause." *Maturitas* 15:141-149.
- Parsons, M. A., Obermeyer, C. M. 2007. "Women's midlife health across cultures: DAMES comparative analysis." *Menopause* 14:760-768.
- Pastore, F. 2007. "El continente móvil, migraciones y relaciones internacionales." *Vanguardia dossier*:110-120.
- Peccei, J. S. 1999. "First estimates of heritability in the age of menopause." *Current anthropology* 40:553-558.
- PNUD. 2009. "Informe sobre desarrollo humano 2009. Superando barreras: movilidad y desarrollo humanos." New York Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Reher, D., Cortés, L., González, F., Requena, M., Sánchez, M. I., Sanz, A., Stanek, M. 2008. "Informe Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI-2007)." Pp. 1-153 in *Documentos de Trabajo.* Madrid: INE.
- Reher, D. S., Requena, M. 2009a. *Las múltiples caras de la inmigración en España.* Madrid: Alianza.
- . 2009b. "National Immigrant Survey of Spain: A new data source for migration studies in Europe." *Demographic Research* 20 (12):253-278.
- Requena, M., Reher, D. 2009. "La reciente experiencia inmigratoria en España." Pp. 289-321 in *Las múltiples caras de la inmigración en España,* edited by D. Reher and M. Requena. Madrid: Alianza Editorial.
- Restrepo V, O. 2009. "Inmigración y etnosalud: Posibilidad de un modelo diferencial de salud." *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 27,:10-15.
- Reynolds, R. F., Obermeyer, C. M. 2001. "Age at natural menopause in Beirut, Lebanon: the role of reproductive and lifestyle factors." *Annals of Human Biology* 28:21-29.
- . 2003. "Correlates of the age at natural menopause in Morocco." *Annals of Human Biology* 30:97-108.
- . 2005. "Age at natural menopause in Spain and the United States: Results from the DAMES project." *American Journal of Human Biology* 17:331-340.

- Reza, A., Sievert, L. L., Rahberg, N., Morrison, L. A., Brown, D. E. 2012. "Prevalence and determinants of headaches in Hawaii: The Hilo Women's Health Study." *Annals of Human Biology* 39:305-314.
- Rödström, K., Bengtsson, C., Milsom, I., Lissner, L., Sundh, V., Bjoürkelund, C. 2003. "Evidence for a secular trend in menopausal age: a population study of women in Gothenburg." *Menopause* 10:538-543.
- Rosenthal, S. H. 1968. "The involtional depressive syndrome." *The American journal of psychiatry* 124:Suppl:21-35.
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., Jackson, R. D., Beresford, S. A. A., Howard, B. V., Johnson, K. C., Kotchen, M., Ockene, J. 2002. "Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women - Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial." *Jama-Journal of the American Medical Association* 288:321-333.
- Saldaña, J. 2009. *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage.
- Salinero-Fort, M. A., Jimenez-Garcia, R., del Otero-Sanz, L., de Burgos-Lunar, C., Chico-Moraleja, R. M., Martin-Madrado, C., Gomez-Campelo, P., Hlth, Immigration, G. 2012. "Self-Reported Health Status in Primary Health Care: The Influence of Immigration and Other Associated Factors." *Plos One* 7:1-10.
- Sallé Alonso, M., Molpeceres Alvarez, L., Ongil López, M., Cabo Serrano, G., Perondi, C., Canteli, C. (Eds.). 2009. *Análisis de la situación laboral de las mujeres inmigrantes. Modalidades de inserción, sectores de ocupación e iniciativas empresariales*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Santiso Sanz, R. 2001. "La menopausia y la edad media de las mujeres: un análisis antropológico." *Acciones e Investigaciones Sociales*:115-128.
- Schell, L. M. 1986. "Community health assessment through physical anthropology: Auxological epidemiology." *Human Organization* 45:321-327.
- Schmidt, P. J., Haq, N., Rubinow, D. R. 2004. "A longitudinal evaluation of the relationship between reproductive status and mood in perimenopausal women." *American Journal of Psychiatry* 161:2238-2244.
- Schmidt, P. J., Rubinow, D. R. 1991. "Menopause-related affective disorders. A justification for further study." *American Journal of Psychiatry* 148:844-852.
- Shumaker, S. A., Legault, C., Rapp, S. R., Gu, L., Grp, W. S. 2003. "Effects of estrogen plus progestin on progression to dementia in postmenopausal women: Results from the Women's Health Initiative Memory Study." *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society* 10:565-565.
- Sievert, L. L. 2001. "Menopause as a measure of population health: an overview." *American Journal of Human Biology* 13:429-433.
- (Ed.). 2006. *Menopause: A biocultural approach*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- . 2011. "The evolution of post-reproductive life: adaptationist scenarios." in *Reproduction and adaptation*, edited by Nicholas Mascie-Taylor and Lyliane Rosetta. New York: Cambridge University Press.
- Sievert, L. L., Flanagan, E. K. 2005. "Geographical distribution of hot flash frequencies: Considering climatic influences." *American Journal of Physical Anthropology* 128:437-443.
- Sievert, L. L., Hautaniemi, S. I. 2003. "Age at menopause in Puebla, Mexico." *Human Biology* 75:205-226.

- Sievert, L. L., Morrison, L., Brown, D. E., Reza, A. M. 2007. "Vasomotor symptoms among Japanese-American and European-American women living in Hilo, Hawaii." *Menopause* 14:261-269
- Sievert, L. L., Obermeyer, C. M., Price, K. 2006. "Determinants of hot flashes and night sweats." *Annals of Human Biology* 33:4-16.
- Sievert, L. L., Obermeyer, C. M., Saliba, M. 2007. "Symptom groupings at midlife: cross-cultural variation and association with job, home, and life change." *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society* 14:798-807.
- Sievert, L. L., Reza, A., Mills, P., Morrison, L., Rahberg, N., Goodloe, A., Sutherland, M., Brown, D. E. 2010. "Diurnal rhythm and concordance between objective and subjective hot flashes: the Hilo Women's Health Study." *Menopause* 17:471-479.
- Sievert, L. L., Saliba, M., Reher, D., Sahel, A., Hoyer, D., Deeb, M., Obermeyer, C. M. 2008. "The medical management of menopause: A four-country comparison care in urban areas." *Maturitas* 59:7-21.
- Sievert, L. L., Waddle, D., Canali, K. 2001. "Marital status and age at natural menopause: Considering pheromonal influence." *American Journal of Human Biology* 13:479-485.
- Snieder, H., MacGregor, A. J., Spector, T. D. 1998. "Genes control the cessation of a woman's reproductive life: a twin study of hysterectomy and age at menopause." *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 83:1875-1880.
- Snowdon, D. A., Kane, R. L., Beeson, W. L., Burke, G. L., Sprafka, J. M., Potter, J., Iso, H., Jacobs, D. R., Phillips, R. L. 1989. "Is early natural menopause a biologic marker of health and aging." *American Journal of Public Health* 79:709-714.
- Soares, d. N. C., Almeida, O. P., Joffe, H., Cohen, L. S. 2001. "Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial." *Archives of general psychiatry* 58:529-534.
- Solé Puig, C., Parella Rubio, S., Oretaga Rivera, E., Pávez Soto, I., Sabadí Brugués, M. (Eds.). 2009. *Las trayectorias sociales de las mujeres inmigrantes no comunitarias en España. Factores explicativos de la diversificación de la movilidad laboral intrageneracional*. Madrid: Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer.
- Stanford, J. L., Hartge, P., Brinton, L. A., Hoover, R. N., Brookmeyer, R. 1987. "Factors influencing the age at natural menopause." *Journal of chronic diseases* 40:995-1002.
- Steiner, M. 1992. "Female-specific mood disorders." *Clinical obstetrics and gynecology* 35:599-611.
- Stewart, D. E., Boydell, K. M. 1993. "Psychologic distress during menopause: associations across the reproductive life cycle." *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 23:157-162.
- Swartzman, L. C., Edelberg, R., Kemmann, E. 1990. "Impact of stress on objectively recorded menopausal hot flushes and flush report bias." *Health Psychology* 9:529-545.
- The World Bank Atlas Method. 2012. "GNI." Disponible en: <http://data.worldbank.org>. Fecha de acceso: 05/07/2013
- Thomas, F., Renaud, F., Benefice, E., de Meeus, T., Guegan, J. 2001. "International variability of ages at menarche and menopause: patterns and main determinants." *Hum Biol* 73:271-290.

- Thurston, R. C., Bromberger, J., Chang, Y., Goldbacher, E., Brown, C., Cyranowski, J. M., Matthews, K. A. 2008. "Childhood abuse or neglect is associated with increased vasomotor symptom reporting among midlife women." *Menopause- the Journal of the North American Menopause Society* 15:16-22.
- Torgerson, D. J., Avenell, A., Russell, I. T., Reid, D. M. 1994. "Factors associated with onset of menopause in women aged 45-49." *Maturitas* 19:83-92.
- Turra, C., Elo, I. 2008. "The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data." *Population Research and Policy Review* 27:515-530.
- UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. 2012. "Levels & Trends in Child Mortality." edited by United Nations Children's Fund. Disponible en: <http://www.childinfo.org/>. Fecha de acceso 17/06/2013
- United Nations. 2001. "World Population Ageing: 1950-2050." Pp. 1-483. New York: United Nations.
- . 2010. "The World's Women 2010: Trends and Statistics." Pp. 1-255. New York: United Nations.
- Vall-Llosera Casanovas, L., Saurina Canals, C., Saez Zafra, M. 2009. "Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona." *Revista Española de Salud Pública* 83:291-307.
- Valls Llobet, C. 2006. *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo.
- van der Schouw, Y. T., van der Graaf, Y., Steyerberg, E. W., Eijkemans, M. J. C., Banga, J. D. 1996. "Age at menopause as a risk factor for cardiovascular mortality." *The Lancet* 347:714-718.
- vanNoord, P. A. H., Dubas, J. S., Dorland, M., Boersma, H., teVelde, E. 1997. "Age at natural menopause in a population-based screening cohort: The role of menarche, fecundity, and lifestyle factors." *Fertility and Sterility* 68:95-102.
- Weissman, M. M. 1979. "Myth of involuntional melancholia." *Jama-Journal of the American Medical Association* 242:742-744.
- Whitehead, M. I., Whitcroft, S., Hillard, T. 1993. *An atlas of the menopause*. New York: Parthenon Publishing Group.
- Whiteman, M. K., Staropoli, C. A., Langenberg, P. W., McCarter, R. J., Kjerulff, K. H., Flaws, J. A. 2003. "Smoking, body mass, and hot flashes in midlife women." *Obstetrics and Gynecology* 101:264-272.
- Woods, N. F., Mitchell, E. S. 1997. "Pathways to depressed mood for midlife women: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study." *Research in Nursing & Health* 20:119-129.



# **Bloque**

## **VI**

### **Anexos**



Entrevistador	Número de la entrevistada  _ _ _ _ _
Localidad	Hora de inicio  _ _ _ _ _
Fecha  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Hora de finalización  _ _ _ _ _

*Antes de comenzar nos gustaría comentarle algunas cuestiones importantes sobre este estudio.*

*Este es un estudio científico realizado por la Universidad Complutense de Madrid. Se enmarca dentro de un estudio sobre la menopausia que se realizó con mujeres españolas en el año 2002. Este estudio pretende ampliar el conocimiento en cuanto a la percepción de la menopausia de las mujeres latinoamericanas que están viviendo en España y conocer las implicaciones que puede tener el migrar en la vivencia de la menopausia. No es un estudio del Gobierno ni de ninguna Administración. Su participación es completamente voluntaria, y si hay cualquier pregunta que no desea contestar podemos saltarlas. Toda la información que usted nos dé es confidencial. Sus respuestas serán codificadas sin su nombre. Solamente los investigadores responsables tendrán acceso a la información que nos proporcione.*

*Tardaremos unos 30-40 minutos para completar el cuestionario. Le preguntaré algunos datos sobre usted, sobre su proyecto migratorio, sobre su salud, su historial reproductivo, así como algunas preguntas detalladas sobre su ciclo menstrual. También le preguntaré sobre cómo está viviendo el tiempo de la menopausia y las medidas que ha tomado. Estamos interesados en las razones que ha considerado importantes para tomar sus decisiones, o en el caso de que usted sea premenopáusica, desearíamos que nos hablase sobre las medidas que está tomando actualmente o que piensa tomar cuando llegue el momento. Nos gustaría saber de sus experiencias y opiniones, por lo cual le animamos a compartir con nosotras toda la experiencia que usted crea pertinente.*

Primero me gustaría anotar alguna información básica sobre usted, si le parece bien

**PRIMERA PARTE: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA BASICA**

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

|\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

2. ¿Qué estudios ha terminado usted?

- 0. Básicos ≤ 12 años
- 1. Secundarios (>12 años ≤18)
- 2. Superiores (universitarios y universitarios avanzados)

3. ¿Cuál fue su lugar de nacimiento? (Comunidad Autónoma / País)?

.....

4. Lugar de origen es una localidad

- 0. Ciudad grande
- 1. Ciudad mediana
- 2. Entorno rural

5. ¿En la actualidad, tiene usted un trabajo remunerado dentro o fuera de casa?

- 0. No → **ir a P8**
- 1. Sí, fuera de casa
- 2. Sí, dentro de casa

6. Si tiene trabajo, ¿en qué trabaja?.....

7. ¿Cómo describiría su situación laboral?

	Si	No
Le gusta		
Estresante		
Elevada responsabilidad		
Salario insuficiente		
Falta de reconocimiento		
Dificultad de relación con empleador		
Inestable		

8. ¿Ha cambiado su situación laboral en los últimos 2 años?

- 0. No
- 1. Sí **algún comentario:** .....

9. Ha cambiado su situación laboral respecto a su país de origen

- 0. No
- 1. Sí, ha mejorado
- 2. Si, ha empeorado

**10.** ¿Qué tipo de atención sanitaria tiene?

- 0. Seguridad social
  - 1. Sistema privado de salud
  - 2. Sistema mixto de salud (seguridad social y sistema privado)
  - 3. Médico particular
  - 4. Otra.....
- 

**11.** ¿Cuál es su estado civil?

- 1. Casada
  - 2. Soltera
  - 3. Divorciada
  - 4. Separada
  - 5. Viuda
  - 6. Pareja estable
- 

**12.** ¿Está viviendo con su marido o pareja?

0. No → **algún comentario:** .....

1. Sí

---

**13.** ¿Ha cambiado de pareja desde que llegó a España?

0. No

1. Si

---

**14.** ¿En la actualidad, su marido o pareja tiene un trabajo remunerado?

0. No → ir a P16

1. Si

---

**15.** ¿En qué trabaja?.....

---

**16.** Considera que la situación económica actual de su hogar es

0. Mala

1. Aceptable

2. Buena

---

**17.** Comparado con su país de origen

0. Igual

1. Mejor

2. Peor

---

**18.** ¿Cuáles son aproximadamente los ingresos mensuales de su hogar?(si convive en pareja o familia, favor contabilizar los ingresos totales) (especificar si son brutos o netos)

1. Menos de 1000

2. De 1000 a 3000 euros

4. Más de 3000 euros



**SEGUNDA PARTE: SALUD Y ESTILO DE VIDA**

24. ¿Cuánto pesa?

|\_|\_|\_| kilos, sin decimales

25. ¿Cuánto mide?

|\_|\_|\_| centímetros

26. Ha cambiado de peso en el último año?

Aumentó |\_|\_|\_| kg

Adelgazó |\_|\_|\_| kg

No |\_|

27. ¿Fuma cigarrillos?

0. No, nunca he fumado → **ir a P23**

1. No, he dejado de fumar → **¿Hace cuanto dejó de fumar?.....**

2. Sí fumo

28. ¿Cuántos cigarrillos fuma (fumaba) al día?

|\_|\_|

29. ¿Hace cuántos años fuma (ha fumado)?

|\_|\_|

30. ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes

2. Por lo menos una vez al mes

3. Por lo menos una vez a la semana

4. Todos los días: una o dos copas

5. Todos los días: tres o más copas

→ **especifique por favor el tipo de bebida que habitualmente toma.....**

31. ¿Con qué frecuencia hace ejercicio suave?

0. Nunca

1. Menos de una vez a la semana

2. Alrededor de una vez a la semana

3. Dos veces a la semana

4. Tres o más veces a la semana

32. ¿Con qué frecuencia hace ejercicio moderado o fuerte? (que le acelera la respiración/ el pulso)

0. Nunca

1. Menos de una vez a la semana

2. Alrededor de una vez a la semana

3. Dos veces a la semana

4. Tres o más veces a la semana

**33.** ¿Sigue una dieta saludable?

- 0. No
  - 1. Si
- 

**34.** ¿Ha cambiado su dieta desde que está en España?

- 0. No
  - 1. Si
- 

**35.** ¿Ha cambiado su dieta por la menopausia?

- 0. No
  - 1. Si
- 

**36.** ¿Cómo describiría su salud actualmente?

**37.** Entonces diría que su estado de salud es:

- 1. Excelente
  - 2. Muy buena
  - 3. Buena
  - 4. Regular
  - 5. Mala
- 

**38.** Comparada con la de otras mujeres de su edad, ¿cómo diría que es su salud?

**39.** Entonces diría que su estado de salud es :

- 1. Mejor
  - 2. Más o menos lo mismo
  - 3. Peor
- 

**40.** ¿Ha cambiado su salud en los últimos 2 años?

- 0. No → ir a P45
  - 1. Si, ha mejorado
  - 2. Si, ha empeorado
- 

**41.** ¿Qué ha notado? (Puede decir algo más sobre esto: ¿ha notado algunos cambios generales o más bien específicos?)

.....

**42.** ¿Hizo algo al respecto?

- 0. No → ir a P43
  - 1. Si
- 

**43.** ¿Qué hizo?

.....

.....

---

**44.** ¿Tiene alguna enfermedad crónica?

- 0. No
- 1. Si

---

**45.** ¿Qué enfermedad crónica tiene?

a. (nombre de enfermedad) .....

¿Está recibiendo algún tratamiento?

- 0. No
- 1. Si

b. (nombre de enfermedad) .....

¿Está recibiendo algún tratamiento?

- 0. No
- 1. Si

---

*Bueno, ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su experiencia migratoria y su situación familiar en su país de origen*

---

**TERCERA PARTE: MIGRACIÓN**

---

**46.** ¿Cuándo llegó a España? (día/mes/año)

|\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

---

**47.** ¿Cuál fue el principal motivo por el que migró?

- 0. Económico
- 1. Político
- 2. Mejora estilo de vida
- 3. Estudios
- 4. Reagrupación

---

**48.** ¿En algún momento de su experiencia migratoria tuvo que dividir su familia?

- 0. No
- 1. Sí, hijos
- 2. si, pareja

---

**49.** ¿Cómo es su situación familiar en origen?

- 1. Buena
- 2. Regular
- 3. Mala

---

**50.** ¿Recibió apoyo familiar durante su experiencia migratoria?

- 0. No
  - 1. Si
- 

**51.** ¿Se han cumplido sus expectativas?

- 0. No
  - 1. Si
- 

**52.** Cuáles son sus planes de futuro?

- 0. Retornar
  - 1. Seguir en España
  - 2. Ir a otro país
- 

**53.** Piensa traer a sus familiares

- 0. No
  - 1. Si
  - 2. No tiene familiares fuera de España
- 

**54.** Participa en alguna asociación, colectivo, ONG

- 0. No
  - 1. Si
- 

**55.**Cuál de los siguientes documentos tiene en el momento actual

- 0.Nacionalidad
  - 1.Autorización de residencia permanente
  - 2. Autorización de residencia temporal
  - 3 .Tarjeta de residencia comunitaria
  - 4 .Solicitud de residencia presentada
  - 5 .Solicitud de residencia no presentada todavía
  - 6 .Estatuto de refugiado
  - 7. Solicitante de asilo
  - 8 .Tarjeta de estudiante
  - 9 .Sin ningún documento de los anteriores
- 

**56.** ¿Qué piensa sobre la posibilidad de envejecer en España?

Bueno, ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre sus embarazos, los hijos que finalmente ha tenido y su experiencia con los métodos anticonceptivos orales

**CUARTA PARTE: HISTORIA REPRODUCTIVA**

**57.** ¿Ha estado embarazada alguna vez?

- 0. No → **ir a 66**
- 1. Sí

**58.** ¿Cuántos de sus embarazos han llegado a término?

- 0 → **ir a 63**
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5+

**59.** ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer hijo?

|\_|\_|

**60.** ¿Qué edad tienen sus hijos?

1º |\_|\_| 2º |\_|\_| 3º |\_|\_| 4º |\_|\_| 5º |\_|\_| 6º |\_|\_| 7º |\_|\_|

**61.** Les dio lactancia materna

- 0. No
- 1. Si, a todos
- 2. Si, a alguno

**62.** ¿Cuántos de sus hijos han nacido en España? |\_|\_|

**63.** ¿Ha tenido algún embarazo que no haya llegado a término, o que el niño naciera muerto?

- 0. No → **ir a 65**
- 1. Si

**64.** ¿Cuántos de sus embarazos no han llegado a término o han nacido muertos?

|\_|\_|

**65.** ¿Le importaría contarme qué pasó?

**Entrevistador:** anote cuantos fueron::

- Abortos naturales |\_|\_|
- Abortos inducidos |\_|\_|
- Nacidos muertos |\_|\_|
- Otros |\_|\_| → **especifique:** .....

Hablemos sobre su experiencia con los métodos anticonceptivos orales (la píldora)

66. ¿Alguna vez ha utilizado anticonceptivos orales / píldoras?

- 0. No → **ir a 69**
- 1. Si

67. ¿A qué edad comenzó a utilizarlos?

|\_|\_|

68. ¿En total, durante cuántos años los ha utilizado?

|\_|\_|

69. ¿Tenía alguna preocupación o reparo sobre los anticonceptivos orales?

- 0. No → **ir a 71**
- 1. Si

70. Sí era así, ¿me podría decir cuáles eran?

.....

Ahora, tengo algunas preguntas sobre su ciclo menstrual.

**QUINTA PARTE: CICLO MENSTRUAL**

71. ¿Sigue teniendo la regla con regularidad?

- 0. No
- 1. Si

72. ¿El mes pasado tuvo la regla?

- 0. No → **ir a P74**
- 1. Si

73. ¿Fue una regla natural o se debió a las hormonas que ha tomado?

- 0. Natural → **ir a P76**
- 1. Debido a las hormonas

74. ¿Sus períodos menstruales naturales han cesado?

- 0. No → **ir a P76**
- 1. Si
- 2. No lo sé → **Ir a P76**

75. Si han cesado, explique por qué ha sido y a qué edad: (marque uno):

- 1. Menopausia natural → **edad:**
- 2. Histerectomía y 1 o ningún ovario extirpado → **edad:**
- 3. Histerectomía y los 2 ovarios extirpados → **edad:**
- 4. Ambos ovarios extirpados sin histerectomía → **edad:**
- 5. Radiación / quimioterapia → **edad:**
- 6. Otro → **especifique:**.....→ **edad**

\_	\_
\_	\_
\_	\_
\_	\_
\_	\_

|\_|\_|

---

**76.** ¿Hace cuántos meses tuvo su última regla natural?:

1. 2 meses
2. 3-6 meses
3. 7-12 meses
4. más de 12 meses
8. no sé /no recuerdo → **¿Tuvo alguna regla en el último año?**

0. No
1. Si

---

*Ahora, tengo algunas preguntas adicionales sobre su ciclo menstrual, sobre cómo solía ser su regla cuando era más joven y cómo ha cambiado con el paso del tiempo.*

---

**77.** ¿A qué edad tuvo su primer período?

|\_|\_|

---

**78.** ¿Por lo general, sus ciclos eran?

0. Regulares
1. irregulares

---

**79.** ¿Alguna vez tuvo síntomas durante su ciclo menstrual?

0. No
1. Si ( dolor de piernas, riñones, ovarios, cambios de humor)

---

**80.** ¿Ha cambiado su periodo menstrual en diferentes etapas de su vida?

0. No
1. Si

---

**81.** ¿Tuvo desarreglos del periodo menstrual al llegar a España?

0. No
1. Si

---

**82.** ¿Qué significa para usted la menopausia? ¿Cómo ha sido su experiencia?

Vamos a continuar con algunas preguntas sobre los síntomas que ha podido sentir en los últimos meses. Le voy a leer una lista de los que indican algunas mujeres. Por favor, indique si los ha notado y si le han preocupado

**SEXTA PARTE: LISTA DE SÍNTOMAS**

**83.** Durante el último mes, ¿ha sentido alguno de los siguientes síntomas?

Puntuación =	poco				Muy	B
	ninguno	severo	moderado	severo	severo	
	-----	-----	-----	-----		
	0	1	2	3	4	
1. Sofocos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Palpitaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Presión/ dolor de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sin aliento/ dificultad respiración.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dolor de cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mareos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemas con el su.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sudores nocturnos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Entumecimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Debilidad/cansancio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dolor en articulaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Aumento de peso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Gastrointestinales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Incontinencia urinaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sequedad vaginal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cambio en deseo sexual.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Coito doloroso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Problemas con su estado emocional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Angustia/ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Nerviosismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Depresión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cambios de humor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Impaciencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Dificultades para concentrarse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Pérdida de memoria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Otro: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**84.** ¿Cuáles de estos síntomas le molestaron más durante el último mes?

*(Entrevistador: marcar en la columna B)*

---

**85.** Puede decir ¿por qué estos síntomas le molestaron más?

.....

---

**86.** ¿Es la primera vez que tiene estos síntomas o ya los había experimentado en otras etapas de su vida?

---

**87.** ¿Cree que la menopausia es una etapa difícil?

**0.** No

**1.** Si

¿Por qué cree que es difícil?

---

**88.** ¿Cree que la menopausia trae algunos beneficios?

**0.** No

**1.** Si

---

**89.** ¿Ha consultado con un médico o con personal sanitario sobre la menopausia?

**0.** No

**1.** Si, describa la consulta, qué hablaron o comentaron, incluyendo cualquier medicación:

---

**90.** ¿Le han recetado algún tratamiento?

**0.** No

**1.** Si ¿Cuál?.....

---

**91.** ¿Le han recetado alguna vez terapia hormonal?

**0.** No

**1.** Sí, para la menopausia

**2.** Sí, pero no para la menopausia

---

**90.** ¿Siguió el tratamiento?

**0.** No, explique por qué

**1.** Sí

---

**91.** ¿Ha cambiado su opinión sobre la necesidad de tomar medicación para paliar los síntomas de la menopausia o tiene dudas sobre lo que se debe hacer?

**0.** No

**1.** Si

**Comentarios**

---

---

**92.** ¿ha hablado con alguna otra persona (amigas, familiares, pareja) sobre la menopausia?

**0.** No

**1.** Si, explique con quién ¿Cómo fue la experiencia?

---

**93.** En relación con otras mujeres que conozca ¿Cómo compararía su experiencia? ¿Cómo fueron sus experiencias con la menopausia y qué hicieron. ¿recuerda la experiencia de su madre?(¿conoce alguien que haya tenido una mala experiencia o alguien que no haya tenido problemas en este periodo?)

(Madre; amigas, españolas.)

---

**94.** ¿consiguió información de alguna otra fuente?

0. No

1. Si, ¿Cuál?

---

**95.** Si fue así ¿le resultó útil la información conseguida?

0. No

1. Si

---

**96.** ¿Qué factores cree que son más importantes para vivir mejor o peor esta etapa?

---

**97.** ¿Qué la influyó en su experiencia con la menopausia?

---

**98.** Cree que la experiencia hubiera sido diferente en su país de origen

---

**99.** ¿Cómo se ve la menopausia en su país? ¿cree que hay diferencias con España?

---

**100.** Como cree que la ven los demás: en su trabajo, su familia, su pareja

---

**101.** ¿Cuáles son sus planes futuros en relación con la menopausia?

