

CORRELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS Y PERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN MUJERES DEL CARIBE COLOMBIANO

Álvaro Monterrosa Castro¹, Marlon Salgado Madrid², Joulen Mo Carrascal²

RESUMEN

Introducción: Estrés es el conjunto de procesos y respuestas ante situaciones que requieren mayor adaptación que lo habitual. En estrés psicológico, el individuo cree no controlar las exigencias del entorno. El objetivo fue estimar correlación entre síntomas menopáusicos y estrés psicológico percibido. **Metodología:** Estudio transversal del proyecto CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), realizado en mujeres de dos ciudades del Caribe Colombiano, edad 40-59 años, que participaron voluntariamente en sus comunidades. Se aplicó formulario de características sociodemográficas y las escalas: Perceived Stress Scale (PSS-10) y Menopause Rating Scale (MRS). A mayor puntuación de PSS-10, mayor estrés psicológico. A mayor valor MRS, mayor severidad de síntomas, deterioro de dominios y peor calidad de vida. El análisis estadístico se realizó con Epi-info 7. **Resultados:** 471 mujeres con 48,0(45,0-52,5) años. Premenopausia: 23,9%, perimenopausia: 11,7% y posmenopausia: 64,3%. El 61,9% en sobrepeso u obesidad, 7,2% diabéticas, 15,2% hipertensas, 15,7% ooforectomía bilateral y 50,3% histerectomizadas. 69,4% manifestó que las cosas le iban bien a menudo y 57,5 % que estaban seguras sobre su capacidad para manejar problemas personales. MRS 13,0(9,0-17,0) puntos, cansancio físico/mental 84,5%, oleadas de calor 84,5% y dolores musculo/articulares 84,3%. Se encontró correlación positiva entre oleadas de calor, molestias cardiacas, trastornos del sueño, molestias musculo/articulares, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico/mental, problemas sexuales, problemas de vejiga, sequedad vaginal y calidad de vida, con PSS-10 ($p < 0,005$). Calidad de vida: $\rho = 0,41$ (IC95%: 0,33-0,48) $p < 0,0001$. Urogenital: $\rho = 0,39$ (IC95%: 0,31-0,46) $p < 0,0001$. Somático: $\rho = 0,31$ (IC95%: 0,23-0,39) $p < 0,0001$. Psicológico: $\rho = 0,38$ (IC95%: 0,31-0,46) $p < 0,0001$. **Conclusión:** a mayor presencia de síntomas menopáusicos, mayor estrés psicológico percibido.

Palabras clave: Menopausia; Estrés psicológico; Calidad de vida; Climaterio.

¹ Médico Ginecólogo. Profesor. Líder. Grupo de Investigación SALUD DE LA MUJER. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

² Estudiantes. Semillero FEM-SALUD. Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Colombia. Datos preliminares de este trabajo fueron presentados dentro de la modalidad de temas libres, en el XXIX Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología. Medellín. 2014.

CORRELATION BETWEEN MENOPAUSAL SYMPTOMS AND STRESS PERCEPTION IN WOMEN FROM THE COLOMBIAN CARIBBEAN

ABSTRACT

Introduction: stress is a set of processes and answers in the face of different situations that require greater adaptation than the usual one. In the psychological stress, the individual believes not to have control of the environmental demand. The aim was to estimate correlation between menopausal symptoms and perceived psychological stress. **Methods:** cross-sectional study of the CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas) project, carried out in women from two Caribbean cities in Colombia, between 40-59 years old who voluntarily participated in their communities. A questionnaire of sociodemographic characteristics and the scales: Perceived Stress Scale (PSS-10) and Menopause Rating Scale (MRS) were applied. A higher MRS score, higher severity of the symptomatology, deterioration of the domains and higher psychological stress. The statistical analysis was done with Epi-Info 7. **Results:** 471 women with 48,0 (45,0-52,5) years were included. 23,9% women were in premenopause, 11,7% in perimenopause and 64,3% in postmenopause. 61,9% were in overweight or obesity, 7,2% had diabetes, 15,2% presented hypertension, 15,7% bilateral oophorectomy and 50,3% were hysterectomized. 69,4% reported that things often were in a good way and 57,5 % indicated that they were sure about their ability to manage personal problems. The MRS score was 13,0(9,0-17,0), 84,5% indicated physical and mental exhaustion, 84,5% hot flushes and joint and muscular discomfort 84,3%. A positive correlation between hot flushes, heart discomfort, sleep problems, joint and muscular discomfort, depressive mood, irritability, anxiety, physical and mental exhaustion, sexual problems, bladder problems, dryness of vaginal and quality of life, with PSS-10 ($p < 0,005$). Quality of life: $\rho = 0,41$ (CI95%:0,33-0,48) $p < 0,0001$. Urogenital domain: $\rho = 0,39$ (CI95%:0,31-0,46) $p < 0,0001$. Somatic domain: $\rho = 0,31$ (CI95%:0,23-0,39) $p < 0,0001$. Psychological domain: $\rho = 0,38$ (CI95%:0,31-0,46) $p < 0,0001$. **Conclusion:** To higher presence of menopausal symptoms, higher perceived psychological stress

Key words: Menopause; Psychological stress; Quality of life; Climacteric.

INTRODUCCIÓN

Estrés es un concepto complejo, vigente e interesante, difícil de definir, considerado como el conjunto de procesos y respuestas entre el individuo y el ambiente, ante situaciones que requieren adaptación mayor que lo habitual (1). Se ha considerado una reacción adaptativa fisiológica, con la participación de mecanismos físicos y psicológicos

de defensa para afrontar situaciones que se perciben como amenazantes (2). La magnitud de la respuesta depende de la percepción del individuo sobre qué tan estresante son los eventos, y está influenciada por componentes individuales, sociales y culturales (3).

No obstante, el estrés deja de ser mecanismo de defensa y se convierte en elemento desencadenante de problemas de salud, cuando la respuesta

se expresa en exceso. En esas condiciones el individuo cree no tener control sobre las exigencias del entorno (1,4).

El estrés es factor de riesgo para obesidad y sobrepeso, caída del cabello, ansiedad, depresión, disminución del deseo sexual, acné, síntomas gastrointestinales, enfermedad ácido péptica, disturbios del sueño y enfermedad cardiovascular (5).

Todos los siguientes pueden ser síntomas de estrés: sensación de compresión torácica, hormigueo y sudoración en manos, palpitaciones, dificultad para deglutir o respirar, sequedad en la mucosa oral, temblor en manos, pies fríos, cambios en el hábito intestinal, inquietud, nerviosismo, ansiedad, temor, angustia y deseos de llorar, labilidad emocional, sensación de miedo, pánico con preocupación excesiva y pensamiento catastrófico, dificultad para tomar decisiones o concentrarse, pérdida de la memoria y lentitud de pensamiento, entre otros (4).

Se ha sugerido que la presencia de manifestaciones psicológicas, somáticas y urogenitales de la menopausia pueden ser factores desencadenantes de estrés (5,6). A su vez, este último puede estar asociado a síntomas psicológicos y somáticos propios de la menopausia (7). Existen instrumentos que buscan medir la percepción del estrés y los síntomas menopáusicos (5,6,8-12); sin embargo, pocos estudios han determinado la correlación entre ambos. El objetivo fue estimar la correlación entre síntomas menopáusicos y percepción de estrés, en mujeres climatéricas del caribe colombiano.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio de corte transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), inscrito en la Universidad de Cartagena,

Colombia. Se tuvieron en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para investigación en salud, establecidas por la Resolución 008438 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, y se considera (de acuerdo con el artículo 11, numeral a), al presente estudio como investigación sin riesgos para la población estudiada. Las mujeres invitadas a participar podían negarse, suspender el diligenciamiento del formulario y dejarlo incompleto si lo consideraban pertinente.

Participantes: El estudio incluyó mujeres mestizas entre 40 y 59 años de edad, residentes en las ciudades de Cartagena y Montería en el Caribe Colombiano, que en el año 2013 fueron invitadas a participar de forma voluntaria. En sus residencias fueron visitadas por encuestadoras, profesionales del área de la salud y previamente capacitadas, quienes puerta a puerta, previa información de los propósitos de la investigación y diligenciamiento del consentimiento informado de acuerdo con la declaración de Helsinki, aplicaron un cuestionario para establecer características sociodemográficas y tomaron el peso y talla. Además aplicaron las versiones en español de la Escala de Estrés Percibido de 10 preguntas y la escala Menopause Rating Scale (MRS). Se excluyeron las mujeres embarazadas, las que no desearan participar, no comprendieran las escalas, las que tuviesen déficit mental o padecimientos físicos que les dificultasen la participación.

Cuestionario de características sociodemográficas: Se evaluaron edad, años de estudio, número de hijos, estado civil, convivencia con compañero sexual, antecedente de histerectomía, conservación o remoción de los ovarios, años de posmenopausia, uso de terapia hormonal, hábito de fumar y consumo de café. Con la determinación del peso y talla, se calculó el Índice de Masa Corporal (peso en kg entre la talla en metros al cuadrado). El Índice de Masa Corporal fue catego-

rizado como bajo (<18,5 kg/m²), normal (18,5-24,99 kg/m²), sobrepeso (25,0-29,99 kg/m²), obesidad (>30,0 kg/m²) (13).

El estado menopaúsico fue definido según los criterios establecidos por Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) (14), premenopáusicas (mujeres con menstruaciones regulares o cambios inferiores a siete días), perimenopáusicas (con irregularidades superiores a siete días en el ciclo menstrual) y posmenopausia (ausencia de menstruaciones superiores a un año). Todas las mujeres con ooforectomía bilateral fueron consideradas posmenopáusicas.

La Escala de Estrés Percibido (PSS-10): Fue propuesta por Cohen y colaboradores (8), e indica qué tan estresantes son percibidos los eventos de la vida cotidiana y el control personal sobre las cosas que pasan a diario (10). Es un cuestionario de autoaplicación, monodimensional, que mide qué tan impredecible, incontrolable, o sobrecargada se siente la vida. Es versión abreviada de una escala inicial de 14 preguntas. PSS-10, consta de seis ítems redactados de forma negativa (1-3,6,9,10) y cuatro redactados positivamente (4,5,7,8), tipo Likert, con cinco opciones de respuesta, que exploran sentimientos y pensamientos durante el último mes. Las preguntas redactadas negativamente se califican: nunca = 0; casi nunca = 1; de vez en cuando = 2; a menudo = 3; muy a menudo = 4. Las redactadas positivamente reciben puntuación invertida. La sumatoria produce la puntuación total de la escala con rango entre 0 y 40 puntos. Entre mayor puntuación se considera mayor presencia de estrés y no se ha definido la presencia de punto de corte (9,10).

Menopause Rating Scale (MRS): Es una escala diseñada específicamente para identificar presencia y severidad de síntomas menopáusicos, desarrollada a inicios de los años noventa y vali-

dada en diferentes lenguas. Escala autoaplicada y multidimensional, compuesta por once ítems y tres dominios (11,12). El dominio somático-vegetativo (oleadas de calor, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias músculo/articulares) psicológico (estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental) y urogenital (problemas sexuales, de vejiga y sequedad vaginal). Cada ítem se califica: ausente = 0, leve = 1, moderado = 2, severo = 3, muy severo = 4. A mayor puntuación mayor deterioro del síntoma, del dominio y de la calidad de vida.

Tamaño de la muestra: El último censo poblacional colombiano fue realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) en el año 2005 y contó 41.468.384 personas, siendo 21.132.384 (50.9%) mujeres y de ellas 4.347.590 (20.5%) estaban entre 40-59 años de edad. La proyección al año 2013 estimó 47.121.089 personas, de las cuales 23.857.050 (50.6%) mujeres y de ellas 5.407.639 (22.6%) estaban entre 40-59 años de edad. Se estimó que para el año 2013 en la ciudad de Cartagena de Indias residían 506.202 mujeres, estando 116.420 (22.9%) entre 40-59 años, mientras que en la ciudad de Montería residían 220.610 mujeres y 47.529 (21.5%) estaban en ese rango de edad. En sumatoria son 163.949 mujeres entre 40-59 años de edad de las dos ciudades y constituyen el universo a estudiar.

Se calculó tamaño de la muestra de 384 participantes, con nivel de heterogeneidad del 50%, margen de error del 5% y nivel de confianza del 95%. En el estudio CAVIMEC se ha observado que entre el 6-10% de las mujeres invitadas se rehúsan a participar sin que se haya identificado condición económica, social o cultural o especial (datos no publicados) por tanto se agregaron 35 mujeres. Para compensar cuestionarios incorrectamente diligenciados o incompletos se añadieron otras 83

mujeres (20%). Se planeó identificar e involucrar 500 mujeres de las dos ciudades, siendo 350 (70%) de Cartagena y 150 (30%) de Montería, proporción similar a la estimación poblacional.

Análisis estadístico: Los datos fueron digitados a Microsoft Excel. Para el análisis se utilizaron los programas estadísticos EPI INFO-7 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EEUU) y MedCalc®. Los datos se presentan en medianas con rango intercuartil y porcentajes con sus intervalos de confianza del 95%. El Test de Kolmogorov Smirnov fue utilizado para determinar la normalidad en la distribución de los datos, estableciéndose que todas las variables cuantitativas fueron no paramétricas. Coeficiente Rho Spearman (r_s) fue calculado para determinar la correlación entre las escalas y las variables numéricas. Se estableció la consistencia interna de los instrumentos (PPS-10 y MRS) calculando el coeficiente alfa de Cronbach's. Se realizó regresión logística univariada y luego multivariada para realizar ajuste de las variables: sobrepeso, obesidad, menopausia temprana, menopausia tardía, uso de terapia hormonal, diabetes, hipertensión arterial, tener pareja sexual, consumo de café, fumar, histerectomía previa, ooforectomía bilateral, más de tres hijos, pareja actualmente unida, estar en casa, seis o más años de estudio y tomar más de cinco tazas de café al día. Se creó un modelo de regresión logística siguiendo el método stepwise, incluyendo las variables sociodemográficas contempladas en el estudio, para establecer aquellas que mejor lograban predecir presencia de puntuación superior a 16 en la puntuación de la escala PSS-10, (variable dependiente). Se consideró ese valor a partir de un hallazgo que dicha puntuación es la mejor en PSS-10 para predecir deterioro de la calidad de vida en un estudio previo de CAVIMEC (in-prensa). Para todos los cálculos un valor de $<0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

De las 500 mujeres invitadas a participar, 23, (4.6%) no lo desearon o manifestaron no comprender apartes del formulario o se retiraron durante la aplicación. 483 formularios fueron aplicados, siendo anulados 12 (2.5%) por estar mal diligenciados. En total 471 mujeres fueron analizadas, con 22.6% de participantes de más del tamaño de la muestra calculada.

La edad promedio fue de 48,3 años y estaban distribuidas por rango etarios de la siguiente manera: entre 40-44 años: 23,9% (IC95%:20,2-28,1); 45-49 años: 38,8% (IC95%:34,4-43,4); 50-54 años: 19,9% (IC95%:16,5-23,9) y de 55-59 años: 17,2% (IC95%:13,9-20,9).

Más de la mitad de la población estudiada estaba en estado posmenopáusico. Un tercio de ellas tenía entre uno y cinco años sin menstruar (posmenopausia temprana), una proporción igual estaban con más de cinco años (posmenopausia tardía) y el otro tercio tenía más de diez años de la última menstruación. Todavía tenía ciclos menstruales regulares la cuarta parte de las estudiadas. También la mitad había sido sometida a histerectomía y en la tercera parte de ellas, el procedimiento se acompañó del retiro bilateral de los ovarios. El 80% de las mujeres estudiadas conservaban intactos los dos ovarios. Más del 60% estaban en sobrepeso u obesidad, el 6% tenían obesidad abdominal, el 7% informaron padecer diabetes y el 15% hipertensión arterial. La tabla 1 presenta otras características sociodemográficas.

Aproximadamente la mitad de las mujeres estudiadas informaron que a menudo o muy a menudo, se sentían afectadas por algo que había ocurrido inesperadamente, eran incapaces de controlar las cosas importantes en su vida, se consideraban nerviosas o estresadas y no podían afrontar todas

Tabla 1. Características sociodemográficas, n= 471

Edad, Me (IR)	48,0 (45,0-52,5)
Paridad, Me (IR)	3,0 (2,5-4,5)
Años de estudio, Me (IR)	11,0 (7,0-11,0)
Hábito de fumar, n (%) (IC95%)	58 (12,3) (9,5-15,7)
Estado civil soltera, n (%) (IC95%)	44 (9,3) (6,9-12,4)
Estado civil casada, n (%) (IC95%)	127 (26,9) (23,0-31,3)
Estado civil unión libre, n (%) (IC95%)	264 (56,1) (51,4-60,6)
Estado civil separada, n (%) (IC95%)	23 (4,9) (3,2-7,3)
Estado civil viuda, n (%) (IC95%)	13 (2,8) (1,6-4,8)
Estar actualmente unida, n (%) (IC95%)	391 (83,0) (79,2-86,2)
Uso de terapia hormonal, n (%) (IC95%)	86 (18,2) (14,9-22,1)
Permanecer en casa, n (%) (IC95%)	255 (54,1) (49,5-58,6)
Actualmente con pareja sexual, n (%) (IC95%)	437 (92,5) (89,7-94,7)
Sentirse satisfecha con su pareja sexual, n (%) (IC95%)	220 (46,7) (42,1-51,3)
Tener coitos en el último año, n (%) (IC95)	436 (92,5) (89,7-94,7)
Premenopausia, n (%) (IC95%)	113 (24,0) (20,2-28,1)
Perimenopausia, n (%) (IC95%)	55 (11,7) (8,9-15,0)
Postmenopausia, n (%) (IC95%)	303 (64,3) (59,8-68,6)
Edad de última menstruación en posmenopáusicas, Me (IR)	41,0 (40,5-44,5)
Años desde la última menstruación en posmenopáusicas, Me (IR)	8,0 (5,0-13,5)
Posmenopausia temprana, n (%) (IC95%)	99 (32,8) (27,6-38,5)
Posmenopausia tardía, n (%) (IC95%)	99 (32,8) (27,6-38,5)
Postmenopausia más de 10 años, n (%) (IC95)	103 (34,2) (28,9-39,9)
Índice de masa corporal, Me (IR)	26,4 (23,4-29,5)
Bajo peso, n (%) (IC95%)	10 (2,1) (1,1-4,0)
Peso normal, n (%) (IC95%)	169 (35,8) (31,6-40,4)
Sobrepeso, n (%) (IC95%)	179 (38) (33,6-42,5)
Obesidad tipo I, n (%) (IC95%)	68 (14,4) (11,4-18,0)
Obesidad tipo II, n (%) (IC95%)	42 (8,9) (6,6-12,0)
Obesidad tipo III, n (%) (IC95%)	3 (0,6) (0,2-2,0)
Medición de la cintura, Me (IR)	68,0 (62,5-79,0)
Medición de la cadera, Me (IR)	92,0 (90,5-97,0)
Índice cintura/cadera, Me (IR)	0,7 (0,6-0,8)
Obesidad abdominal, medición de cintura >88 cm, n (%) (IC95%)	28 (5,9) (4,0-8,5)
Diabetes mellitus, n (%) (IC95%)	34 (7,2) (5,1-10,0)
Hipertensión arterial, n (%) (IC95%)	72 (15,2) (12,2-18,9)
Consumo diario de café, n (%) (IC95%)	376 (79,8) (75,9-83,3)
Tazas de café por día, Me (IR)	2,0 (1,0-3,5)
Histerectomía previa, n (%) (IC95%)	237 (50,3) (45,7-54,9)
Ooforectomía bilateral, n (%) (IC95%)	74 (15,7) (12,6-19,4)
Ooforectomía unilateral, n (%) (IC95%)	12 (2,5) (1,4-4,5)
Sin ooforectomía, n (%) (IC95%)	385 (81,7) (77,9-85,0)

las cosas que tenían que hacer. También un poco más de la mitad manifestaron que a menudo o muy a menudo, estaban seguras sobre su capacidad para manejar sus problemas personales. El 25% manifestó que nunca o casi nunca podían controlar las dificultades de su vida o sentir que tenían el control de todo. La tercera parte de las mujeres evaluadas informaron que de vez en cuando sentían que las dificultades se acumulan tanto que no podían superarlas y cuatro de cada diez manifestaron que de vez en cuando se enfadaban porque las cosas que les habían ocurrido estaban fuera de su control (tabla 2).

La puntuación media y (RI) de la escala PSS-10 para las mujeres premenopáusicas: 19(16,5-21), para las perimenopáusicas: 20 (18,0-21,5), para las

postmenopáusicas: 19 (16,0-21,5) y para todas la mujeres estudiadas: 19 (17,0-21,0), sin diferencias estadísticas entre ellas.

Se observó elevada presencia de oleadas de calor, dolores músculo/articulares, cansancio físico y mental, ansiedad, irritabilidad y estado de ánimo depresivo, siendo informado por más del 80% de las estudiadas. Todas las manifestaciones psicológicas que se exploran con MRS fueron informadas como severas por aproximadamente el 10% de las participantes, duplicando la presencia de oleadas de calor severas (tabla 3).

La tabla 4 presenta el análisis descriptivo de las dos escalas utilizadas, siendo el alfa de Crombach's para MRS: 0,876 y para PPS-10: 0,513.

Tabla 2. Escala de estrés percibido. Prevalencia porcentual (n = 471)

ÍTEMS	Nunca % (IC95%)	Casi nunca % (IC95%)	De vez en cuando % (IC95%)	A menudo % (IC95%)	Muy a menudo % (IC95%)
Estar afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente	8,3 (6,0-11,2)	13,6 (10,6-17,0)	33,1 (28,9-37,6)	36,3 (31,9-40,8)	8,7 (6,3-11,7)
Sentirse incapaz de controlar las cosas importantes en su vida	9,8 (7,31-12,9)	15,9 (12,8-19,6)	33,9 (29,7-38,4)	31,6 (27,5-36,0)	8,7 (6,3-11,7)
Sentirse nervioso o estresado	6,8 (4,7-9,5)	9,1 (6,7-12,1)	37,8 (33,4-42,3)	33,5 (29,3-38,0)	12,7 (9,9-16,1)
Estar seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales	4,2 (2,6-6,5)	7,2 (5,1-10,0)	31,0 (26,8-35,4)	38,6 (34,2-43,2)	18,9 (15,5-22,7)
Sentir que las cosas le van bien	2,1 (1,0-4,0)	0,4 (0,0 – 1,7)	28,0 (24,0-32,3)	53,3 (48,6-57,8)	16,1 (12,9-19,8)
Sentir que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer	5,9 (4,0-8,5)	16,1 (12,9-19,8)	31,2 (27,0-35,6)	33,1 (28,9-37,6)	13,6 (2,5-6,3)
Poder controlar las dificultades de su vida	4,0 (2,5-6,3)	19,5 (16,1-23,4)	40,8 (36,3-45,3)	28,4 (24,4-32,8)	7,2 (5,1-10,0)
Sentirse al control de todo	3,8 (2,3-6,0)	21,2 (17,6-25,2)	40,3 (35,9-44,9)	28,4 (24,4-32,8)	6,3 (4,2-8,8)
Enfadarse porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control	6,4 (4,4-9,0)	35,9 (31,5-40,0)	38,9 (34,4-43,4)	16,5 (13,3-20,3)	2,3 (1,2-4,2)
Sentir que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas	11,7 (8,9-15,0)	41,8 (37,3-46,4)	32,5 (28,3-36,9)	12,1 (9,3-15,4)	1,9 (0,9-3,7)

La puntuación de PSS-10 correlacionó de forma débil y positiva con la puntuación de todos los síntomas, dominios y total del MRS. A mayor puntuación de síntomas, dominios y puntuación total en la MRS fue mayor la puntuación de PSS-10 ($p < 0,05$) (tabla 5).

Ninguna de las variables incluidas fue protectora para puntuación sobre 16 en la escala PSS-10, al realizar regresión logística univariada. En la valoración no ajustada o cruda fueron predictores para puntuación elevada de PSS-10: tener pareja sexual: OR: 6,19 (IC95%:3,02-12,68), pareja actualmente unida: OR: 3,75 (IC95%:2,25-6,25), estar histerectomizada: OR: 3,73 (IC95%:2,31-6,02), consumo de café: OR:

2,07 (IC95%: 1,26-3,40). Las demás variables no fueron significativas. Una regresión logística múltiple con todas las variables para cálculo ajustado permitió observar que tener más de tres hijos fue protector, OR: 0,56 (IC95%: 0,34-0,93) y estar en la posmenopausia OR: 0,33 (IC95%: 0,16-0,66). Fueron de riesgo, estar histerectomizada: OR: 5,86 (IC95%: 2,69-12,74), tener pareja sexual: OR: 2,49 (IC95%:1,05-6,88), pareja actualmente unida: OR: 2,16 (IC95%: 1,16-4,01), consumo de café: OR: 1,92 (IC95%: 1,07-3,42).

Con el método Stepwise se creó un modelo de regresión logística multivariado para intentar establecer el mejor comportamiento predictivo para puntuación superior a 16 en la escala PSS-10. La

Tabla 3. Menopause rating scale. Prevalencia porcentual (n = 471)

Síntomas menopaúsicos	Ausentes % (IC95%)	Leves % (IC95%)	Moderados % (IC95%)	Severos % (IC95%)	Muy severos % (IC95%)
Oleadas de calor	15,5 (12,4-19,1)	52,0 (47,4-56,6)	26,5 (47,4-56,6)	5,3 (3,5-7,8)	0,6 (0,1-2,0)
Molestias cardiacas	36,5 (32,1-41,0)	33,5 (29,3-38,0)	26,3 (22,4-30,5)	3,2 (1,8-5,3)	0,4 (0,0-1,7)
Trastornos del sueño	21,9 (18,2-25,9)	46,3 (41,7-50,9)	26,5 (22,6-30,8)	4,5 (2,8-6,8)	0,8 (0,2-2,7)
Estados de ánimo depresivo	15,9 (12,8-19,6)	40,1 (35,6-44,7)	35,5 (31,1-39,9)	7,6 (5,4-10,5)	0,8 (0,2-2,3)
Irritabilidad	16,3 (13,1-20,0)	37,6 (33,2-42,1)	36,7 (32,4-41,2)	8,5 (6,2- 11,4)	0,8 (0,2-2,3)
Ansiedad	19,7 (16,3-23,6)	35,7 (31,3-40,2)	34,8 (30,5-39,3)	9,3 (6,9-12,4)	0,4 (0,0-1,7)
Cansancio físico y mental	15,5 (12,4-19,1)	40,9 (36,5-45,5)	30,1 (26,0-34,5)	11,7 (8,9-15,0)	1,7 (0,7-3,4)
Problemas sexuales	24,4 (20,6-28,6)	43,9 (39,4-48,5)	26,5 (22,6-30,8)	4,7 (3,0-7,1)	0,4 (0,0-1,7)
Problemas de vejiga	40,3 (35,9-44,9)	31,8 (27,7-36,4)	23,8 (20,0-27,9)	3,6 (2,1-5,8)	0,4 (0,0-1,7)
Sequedad vaginal	28,7 (24,6-33,0)	42,0 (37,5-46,6)	24,2 (20,4-28,3)	4,7 (3,0-7,1)	0,4 (0,0-1,7)
Molestias musculares/articulares	15,7 (12,6-19,3)	42,0 (37,5-46,6)	33,9 (29,7-38,4)	7,2 (5,1-10,0)	1,0 (0,3-2,6)

Tabla 4. Puntuación de las escalas utilizadas (n = 471)

	MRS				PPS-10
	Somático (0,588)*	Psicológico (0,805)*	Urogenital (0,765)*	Total (0,876)*	Total (0,713) *
Media	4,7	5,5	3,1	13,3	18,5
Mediana	5,0	6,0	3,0	13,0	19,0
p25-p75	3,0-6,0	4,0-7,0	1,0-4,0	9,0-17,0	17,0-21,0
IQR	3,0	3,0	3,0	8,0	4,0

* Alpha de Crombach's

Tabla 5. Correlación entre MRS y PSS-10

ESCALA MRS	Rho	IC95%	R2	p
Sofocos	0,127	0,035 - 0,215	0,016	P=0,0058
Molestias cardiacas	0,215	0,127 - 0,300	0,046	P<0,0001
Trastornos del sueño	0,165	0,076 - 0,252	0,027	P=0,0003
Estado depresivo	0,260	0,174 - 0,343	0,067	P<0,0001
Irritabilidad	0,259	0,173 - 0,342	0,067	P<0,0001
Ansiedad	0,321	0,238 - 0,400	0,103	P<0,0001
Cansancio físico y mental	0,211	0,123 - 0,295	0,044	P<0,0001
problemas sexuales	0,289	0,203 - 0,369	0,083	P<0,0001
Problemas de vejiga	0,257	0,171 - 0,340	0,066	P<0,0001
sequedad vaginal	0,299	0,214 - 0,379	0,089	P<0,0001
Molestias musculares/articulares	0,254	0,167 - 0,336	0,064	P<0,0001
Dominio somático	0,265	0,179 - 0,347	0,070	P<0,0001
Dominio psicológico	0,316	0,233 - 0,396	0,099	P<0,0001
Dominio urogenital	0,331	0,248 - 0,409	0,109	P<0,0001
Calidad de Vida	0,352	0,270 - 0,429	0,123	P<0,0001

Tabla 6. Regresión logística (modelo Stepwise)*

Variable	Odds Ratio	95% CI
Posmenopausia	0,43	0,23 - 0,80
Más de 3 hijos	0,57	0,35 - 0,95
Histerectomizadas	5,89	3,09 - 11,22
Tener pareja sexual	3,01	1,32 - 6,81
Pareja Actualmente unida	2,23	1,22 - 4,07
Consumo de café	1,95	1,12 - 3,42

* Variables excluidas del modelo: sobrepeso, obesidad, posmenopausia temprana, posmenopausia tardía, diabetes, hipertensión arterial, seis o más años de estudio, más de 5 tazas de café, fumar, ooforectomía bilateral, estar en casa.

variable posmenopausia mostró ser protectora: OR: 0,43 (IC95%: 0,23-0,80) y la condición que más se asoció a la puntuación elevada fue haber sido sometida a histerectomía: OR: 5,89 (IC: 3,09-11,22) (tabla 6).

DISCUSIÓN

El climaterio y la menopausia se debiesen abordar desde una perspectiva psicosocial y médica, y no solo desde la óptica endocrinológica. Muchos factores de corte psicológico y social se han encontrado asociados a depresión durante la transición hacia la menopausia. Greene (15), basado en estudios observacionales, señaló la importancia que tienen los eventos negativos de la vida, los problemas domésticos, la percepción de pobre salud, las enfermedades, muerte de familiares y condiciones de duelo, las actitudes negativas, los problemas interpersonales, la actitud hacia el envejecimiento, los estilos de vida y la presencia de pobre entorno social, en el deterioro de la calidad de vida de la mujer en etapa de climaterio. Otros autores (16) han demostrado que eventos sencillos de la vida, la disfunción familiar y el pobre soporte social, son importantes moduladores de los síntomas climatéricos.

En el estudio se observó correlación positiva significativamente estadística entre estrés y los once síntomas menopáusicos que se valoran con MRS, siendo el síntoma ansiedad el de mayor correlación, síntoma que fue manifestado por ocho de cada diez de las mujeres estudiadas. También fue elevada la presencia de irritabilidad y estado de ánimo depresivo, observados en igual proporción. Se ha sugerido que las mujeres tienen alto riesgo de desarrollar desórdenes de ansiedad, modificación en el humor, cambios de ánimo o exacerbación de los síntomas previamente presentes en algunos instantes de su vida: pubertad, menstruación, embarazo, posparto

y menopausia. Estos periodos de elevado riesgo coinciden con las drásticas fluctuaciones hormonales que se suceden, quedando por tanto implicadas las hormonas gonadales en el inicio, permanencia o agravamiento de los síntomas de ansiedad (17,18).

Las mujeres tienen cerca de dos veces mayor riesgo de eventos relacionados con la ansiedad, que los varones. La ansiedad es el desorden mental más prevalente, estimándose del 16% en todo el mundo. Es alta la incidencia en mujeres y se puede presentar de diferentes formas clínicas y severidades, incluidas la ansiedad social, el pánico, las fobias específicas y el estrés postraumático (18). Manifestaciones severas o muy severas de ansiedad, irritabilidad o estado de ánimo depresivo fueron informadas por el 10% de las mujeres estudiadas.

En la etiología de la ansiedad y de los desórdenes relacionados con el estrés, está involucrada especialmente la sensación de miedo, cuya neurobiología ha sido extensamente estudiada (19). Las respuestas de estrés y de miedo, están mediadas por la superposición de circuitos neuronales, incluidos la corteza prefrontal ventromedial, la corteza cingulada dorsal anterior, el núcleo amigdalino y el hipocampo (20). La respuesta miedosa excesiva es característica del estrés y la ansiedad (18). Una respuesta miedosa excesiva sobre lo normal como mecanismo defensivo natural, fue observada en la mitad de las mujeres estudiadas cuando informaron que a menudo o muy a menudo estaban afectadas por ocurrencias inesperadas, eran incapaces de controlar sus cosas importantes, permanecían nerviosas o estresadas y no podían afrontar lo que debían realizar. De dichas reacciones se desencadenan manifestaciones orgánicas, biológicas y psíquicas que se caracterizan por modificaciones en patrones neuroendocrinos estrechamente relacionados, donde participan el hipotálamo como centro de emoción en el cerebro y las glándulas hipófisis y suprarrenales, como centros de reactividad (7,18).

Oleadas de calor es uno de los síntomas más prevalentes en el climaterio, y se ha señalado que están asociadas con estrés, en mujeres posmenopáusicas, OR: 7.5(IC95%:3,5-15,9). Además las mujeres en premenopausia con sangrados regulares o irregulares, tienen mayor presencia de estrés que mujeres que no experimentaban oleadas de calor (21). La relación entre estrés y oleadas de calor ha sido demostrada en estudios de correlación, tratamiento y valoraciones de laboratorio (22). El incremento en la respuesta nerviosa simpática asociada con las oleadas de calor es similar a los cambios asociados al estrés. Además, se ha propuesto que potenciales estresores pueden precipitar oleadas de calor por efecto específicamente bioquímico a nivel hipotalámico, donde está involucrada la noradrenalina (22).

Se ha postulado que la presencia de estrés y demás síntomas psicológicos están influenciados por factores psicosociales, más que por razones biológicas, y estas últimas se relacionan específicamente con síntomas vasomotores (23). Así lo señala Dennerstein (24) cuando indica que el estado de salud actual, psicosocial y el estilo de vida, están más relacionado con el bienestar. También lo apunta Olofsson (25) quien atribuye síntomas vasomotores y quejas conjuntas dentro del síndrome climatérico a los aspectos biológico y los otros síntomas a factores psicosociales y socioculturales.

De forma especial las mujeres que cursan el climaterio, presentan manifestaciones que son derivadas de los cambios hormonales que acompañan al paulatino deterioro biológico ovárico, no obstante ello no es el único factor que termina deteriorando la calidad de vida o la sensación de bienestar (15,26). En esta etapa vital se establece la necesidad de afrontar y responder a nuevas situaciones de tipo personal, familiar y social, que exigen mayor capacidad de manejo del entorno, de desenvolvimiento y de toma de decisiones. Se

ha propuesto que los síntomas psicológicos del climaterio se pueden deber tanto a la disminución en la funcionabilidad ovárica como a factores sociales y comportamentales.

Uno de esos factores, no biológico sino social, es el desconocimiento de lo que en la realidad es la menopausia, sus estados y sus manifestaciones. Conceptualizaciones erróneas van a llevar a incorrectas percepciones de lo que representa el climaterio en la vida de la mujer. La connotación social negativa del evento fisiológico menopausia, generada por mitos y condicionantes culturales infundados que están fuertemente arraigados, lleva a que condiciones naturales de la vida cotidiana se interpreten como excesivamente amenazantes y por tanto desencadenantes de estrés psicológico percibido (4).

La "percepción negativa de la menopausia", se asocia con estados de ánimo depresivos y es una de las dimensiones propuestas por Green (15) que contribuye sensiblemente a la presencia de estrés psicológico percibido, evento importantemente observado en mujeres en transición a la menopausia. La aplicación de terapia cognitiva que contribuya a erradicar pensamientos negativos acerca de la menopausia es importante herramienta a considerar al instante de brindar atención sanitaria a las mujeres en etapa de climaterio.

En el estudio no se observó diferencia significativa en la puntuación media de estrés percibido, al comparar premenopáusicas con posmenopáusicas, igual reportaron otros autores (21), quienes no obstante señalaron que las mujeres premenopáusicas con menstruaciones irregulares tuvieron mayor puntuación de estrés comparadas con mujeres con ciclos regulares. Ellos observaron que las mujeres en posmenopausia tuvieron menor puntuación de estrés, igual a lo encontrado en la presente evaluación, donde incluso en el modelo de regresión

logística se apreció que el estado posmenopáusico fue evento protector de estrés al estimarse OR: 0,43(IC95%:0,23-0,80), lo cual también ha sido señalado por varios autores (27,28). En mujeres chilenas (16), evaluadas con Cooper Questionaire, una escala diferente para valorar síntomas psico-somáticos de estrés, estimaron que las mujeres en perimenopausia tuvieron mayor presencia de estrés, con diferencia estadísticamente significativa frente a premenopáusicas y posmenopáusicas. A su vez el estrés se ha asociado con pérdida del empleo, estado de ánimo depresivo, percepción de pobre salud, todos los cuales son más prevalentes en la perimenopausia (5).

En un estudio del proyecto SWAN (29) realizado con PSS-4, diferente versión de la escala PSS-10, de cuatro preguntas y estructurada para aplicación telefónica, observaron en mujeres inmigrantes a los Estados Unidos, nacidas en Puerto Rico, República Dominicana, Cuba, otros países de América Central o Suramérica, ausencia de diferencias entre ellas en cuanto a estrés percibido ($p=0,10$) y sin diferencias de acuerdo con el nivel de aculturación experimentado ($p=0,45$). Todas las mujeres americanas tuvieron mayor puntuación o sea mayor presencia de estrés psicológico percibido, con diferencia estadísticamente significativa frente al obtenido por otro grupo de mujeres caucásicas no hispanoamericanas (chinas, europeas y japonesas) también inmigrantes a los Estados Unidos.

Se encontró correlación positiva entre estrés y calidad de vida, $\rho: 0,352$ $p<0,0001$. Cuadros (30) aseveraron haber encontrado lo mismo en mujeres españolas con edad media 52 años, ligeramente superior a las del caribe colombiano estudiadas, pero con similar proporción de mujeres posmenopáusicas y con índice de masa corporal elevado, utilizando las mismas escalas de estrés y de calidad de vida, $\rho: 0,540$ $p<0,001$. Igual suce-

dió con la correlación de los dominios somáticos, psicológicos y urogenital, en las colombianas, $\rho: 0,265$ $p<0,0001$, $0,316$ $p<0,0001$ y $0,331$ $p<0,0001$ respectivamente, mientras que es las españolas: somático $\rho: 0,421$ $p<0,0001$, psicológicos $\rho: 0,595$ $p<0,0001$ y urogenital $\rho: 0,361$ $p<0,001$.

La fuerza de correlación fue mayor entre las españolas que en las colombianas. Estas últimas tuvieron mayor deterioro somático 5,0 (IQR:3,0), psicológico 6,0 (IQR:3,0), urogenital 3,0(IQR:3,0) y calidad de vida 13,0 (IQR: 8,0), que las españolas en las cuales encontraron: somático 4,0 (IQR: 5,0), psicológico 3,0 (IQR: 5,0), urogenital 2,0 (IQR: 3,0) y calidad de vida 9,0 (IQR: 11,0). Diversos estudios señalan mayor puntuación o sea mayor deterioro en poblaciones latinoamericanas comparadas con europeas (10,21). Mientras el dominio más alterado de las españolas fue el somático, en las colombianas fue el psicológico. Otros estudios también han demostrado correlación positiva entre estrés y síntomas de la menopausia (31).

Comparados los datos de las mujeres estudiadas con los informados por Cuadros (30), también las colombianas tuvieron mayor presencia de estrés, 18,5 (IC95%:17,0-21,0) que las españolas 16,0 (IC95%:13,0-20,0). Los mismos autores (30) encontraron correlación de estrés con insomnio al valorar las mujeres con el índice de severidad de insomnio, tanto en puntuación total como en los tres subdominios, especialmente insomnio y consideraron que los disturbios del dormir, la mala calidad de vida así como componentes sicosociales son factores relacionados con la severidad del estrés. Entre estos últimos, juegan papel fundamental los educativos, la estructura familiar, fenómenos culturales propios de los países e incluso el nivel de ingresos económicos (29). Cohen (9) está de acuerdo y señala relación inversa, estadísticamente significativa entre la puntuación de estrés percibido y la edad de la mujer.

No existe un consenso en cuanto a la relación de causa-efecto que existe entre el estrés y determinados síntomas de la menopausia.

El estudio tiene como limitaciones las propias de los estudios transversales, por tanto no se pueden establecer causalidades entre síntomas menopáusicos y estrés percibido. Las mujeres incluidas son residentes en dos áreas urbanas del caribe colombiano, el cual es rico en diversidad cultural y étnica, por lo que no se pueden extrapolar los resultados a todas las mujeres caribeñas. Tiene como fortaleza ser probablemente el primer estudio en aportar información sobre la asociación existente entre estrés percibido y manifestaciones somáticas, psicológicas o urogenitales asociadas a la menopausia en mujeres colombianas.

CONCLUSIÓN

Se estimó la presencia de correlación positiva y significativa entre estrés psicológico percibido y síntomas menopáusicos, en un grupo de mujeres en etapa de climaterio residentes en el caribe colombiano.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN

Recursos propios del Grupo de Investigación Salud de la Mujer.

REFERENCIAS

1. Simpson EEA, Thompson W. Stressful life events, psychological appraisal and coping style in postmenopausal women. *Maturitas*. 2009;63:357-64.
2. Pimienta F, Leal I, Maroco J, Ramos C. Menopausal symptoms: Do life events predict severity of symptoms in peri- and post-menopause? *Maturitas*. 2012;72:324-31.
3. González MT, Landero R. Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *Span J Psychol* 2007;10:199-06.
4. De-Luca PA, Sánchez AME, Pérez-Olan G, Leija-Salas L. Medición integral del estrés crónico. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica*. 2004;25(1):60-6.
5. Woods N, Mitchell E, Percival D, Smith-DiJulio K. Is the menopausal transition stressful? Observations of perceived stress from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause*. 2009;16(1):90-7.
6. Chatel A, Fugeres P, Bissonnette F, Berube S. Psychological distress and sexuality in a group of women attending a menopause clinic: effect of hormonal replacement therapy. *Menopause*. 1996;3(3):165-71.
7. Bocchino S. Aspectos psiconeuroendócrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. *Rev Psiquiatr Urug* 2005;70(1):66-79.
8. Cohen S, Karmarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Social Behav*. 1983;24(4):385-96.
9. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. IN: S. Scapan & S. Oskamp (eds). *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury park, CA, pp: 31-67.
10. Campo-Arias A, Bustos-Leiton G, Romero-Chaparro A. Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*. 2009;9(3):271-80.
11. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004; 2:45.
12. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 30(1):28.
13. World Health Organization. Physical status, the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Serie 854. Geneva: World Health Organization. 1995.
14. Solues MR, Sherman S, Parrrot E, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril*. 2001;76:874-8.
15. Greene JG. Has Psychosocial research on the menopause any clinical relevance? *Climacteric*. 2003;6:23-30.

16. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE, Cancelo MJ, Bonilla H, Muñoz I, et al. Influence of psychosocial factors on climacteric symptoms. *Maturitas*. 2004;48:425-33.
17. Hickey M, Bryant C, Judd F. Evaluation and management of depressive and anxiety symptoms in midlife. *Climacteric*. 2012;15(1):3-9
18. Maeng LY, Mohammed M. Sex differences in anxiety disorders: interactions between fear, stress, and gonadal hormones. *Hormones and Behavior*. 2015. Doi: 10.1016/j.yhbeh.2015.04.002.
19. Bishop SJ. Neurocognitive mechanisms of anxiety: an integrative account. *Trends Cogn. Sci.* 2007;11(7):307-16.
20. Linnman C, Zeidan MA, Furtak SC, Pitman RK, Quirk GJ, Miland MR. Resting amygdala and medial prefrontal metabolism predicts functional activations of the fear extinction circuit. *Am J Psychiatry*. 2012;169(4):415-23.
21. Blümel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Córdova AT, Binfa LE, Bonilla HG, et al. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas*. 2004;49:205–10.
22. Carmody J, Crawford S, Churchill L. A pilot study of mindfulness-based stress reduction for hot flashes. *Menopause*. 2006;13(5):760-69.
23. Hardy R, Kuh D. Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Soc. Sci. Med* 2002;55:1975-88.
24. Dennerstein L, Smith AM, Morse C. Psychological well-being, mid-life and the menopause. *Maturitas* 1994;20:1-11.
25. Olofsson AS, Collins A. Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. *Climacteric* 2000;3:33–42
26. Porter M, Penney GC, Russell D, Russell E, Templeton A. A population based survey of women's experience of the menopause. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1996;103:1025-8.
27. Stewart DE, Boydell K, Derzko C, Marshall V. Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. *Int J Psych Med.* 1992;22:213-20.
28. Alexander JL, Dennerstein L, Woods NT, et al. Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2007;5(11 Supp.):S93-113.
29. Green R, Santoro NF, McGinn AP, Widman RP, Derby CA, Polotsky AJ, Weiss G. The relationship between psychosocial status, acculturation and country of origin in mid-life Hispanic women: data from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Climacteric*. 2010;13:534-43.
30. Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Cuadros-Celorrio AM, Fernández-Luzón N, Guadix-Peinado MJ, Cid-Martín Nd, et al. Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause *Maturitas*. 2012;72:367–72.
31. Yun KW, Kim SI. The influence of life stress on the severity of depression and somatic symptoms in depressive women. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association* 2010;49:304-11.

Recibido: noviembre 17, 2015

Aprobado: enero 31, 2016

Correspondencia:

Alvaro Monterrosa

alvaromonterrosa@gmail.com

www.grupodeinvestigaciónsaluddelamujer.com