



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18

**ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS
SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA SALUD
MENTAL EN EL CLIMATERIO**

Alumna: Celia Gómez Montero

Tutora: Rosa María Cárdaba García

RESUMEN

Introducción: El climaterio constituye una etapa de cambios fisiológicos que, sin embargo, pueden producir un equilibrio funcional inestable que lleve a desviaciones patológicas. Estas variaciones son esencialmente neuroendocrinas, pero ellas por sí solas no pueden explicar las alteraciones en el nivel de bienestar psicológico de estas mujeres.

Objetivo: Analizar la salud mental de las mujeres en la etapa climatérica.

Metodología: Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, transversal y correlacional. Se estudiaron variables sociodemográficas y de salud mental autopercebida (mediante el cuestionario GHQ-12) en mujeres de 45 a 64 años del Área de salud Valladolid Oeste. La captación se llevó a cabo en las consultas de enfermería y matrona del Centro de Salud Arturo Eyries y mediante cuestionario online durante el mes de abril de 2018.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 62 registros evaluables. Un 12.9% de las mujeres presentó puntajes elevados, asociados a una peor salud psíquica. Se observó una media ligeramente mayor en mujeres perimenopáusicas de 45 a 54 años ($M=3.231$) que en el grupo de mayores de 55 ($M=2.934$), así como cierta relación entre el nivel de estudios y la prevalencia de síntomas ansioso-depresivos.

Conclusión: No se observó una presencia significativa de alteraciones en la salud mental de estas mujeres. Por su parte, los factores sociales tampoco mostraron correlaciones relevantes, a excepción de una ligera tendencia a desarrollar síntomas ansioso-depresivos en aquellas mujeres con menos nivel académico.

Palabras clave: Climaterio, mujeres, condiciones sociales, trastornos mentales.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	1
1.1	Conceptualización de climaterio	1
1.2	Fisiología de la menopausia y consecuencias del cambio hormonal	3
1.3	Salud mental en el climaterio	3
2.	JUSTIFICACIÓN	6
3.	OBJETIVOS	7
4.	MATERIAL Y MÉTODOS	8
4.1	Tipo de estudio.....	8
4.2	Variables.....	8
4.3	Población y muestra	8
4.4	Criterios inclusión y exclusión.....	9
4.5	Trabajo de campo.....	9
4.6	Recursos.....	9
4.7	Instrumentos.....	9
4.8	Lugar de intervención.....	10
4.9	Técnicas de análisis y procesamiento de información	11
4.10	Consideraciones éticas	11
5.	RESULTADOS	12
5.1	Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.....	12
5.2	Análisis descriptivo de las subescalas del cuestionario GHQ-12	13
5.3	Análisis correlacional	16
6.	DISCUSIÓN.....	19
	Limitaciones	20
	Fortalezas	20
7.	CONCLUSIONES	21
8.	BIBLIOGRAFÍA	22
9.	ANEXOS.....	26

1. INTRODUCCIÓN

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE CLIMATERIO

Aunque se emplean de manera indistinta las palabras menopausia y climaterio no significan lo mismo. La primera hace referencia al último periodo, que marca el cese (espontáneo o artificial) de la función normal y cíclica del ovario por un espacio mayor de un año. Se correlaciona con la disminución de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular. El momento de su presentación está determinado genéticamente y ocurre, en promedio, entre los 45 y 55 años, no se vincula con la raza ni el estado de nutrición, sin embargo, ocurre antes en la mujer nulípara, fumadora, y en aquellas que han sido sometidas a histerectomía (1,2).

La menopausia es sólo una manifestación más dentro del conjunto de fenómenos que definen el climaterio (Figura 1):

- **Premenopausia:** abarca un período de 2 a 8 años en el que se objetivan síntomas que reflejan el inicio del cese de la función ovárica (acortamiento o irregularidades del ciclo menstrual y aumento de las cifras de hormona foliculoestimulante [FSH]).
- **Perimenopausia:** incluye el período inmediatamente anterior a la menopausia y, como mínimo, el año siguiente a la misma. Se caracteriza por la aparición de ciclos anovulatorios o episodios de metrorragias, junto con cifras de FSH y hormona luteinizante (LH) aumentadas.
- **Postmenopausia:** se prolonga entre 1 y 6 años tras la menopausia con una *fase temprana* los 2 primeros años y una *fase tardía* a partir del segundo año. Persiste el déficit estrogénico y se acompaña de un incremento de los trastornos médicos relacionados a la edad (osteoporosis y enfermedades cardiovasculares) y a la deficiencia hormonal (2,3).

El climaterio es la etapa de transición que ocurre entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica, que puede iniciarse de 2 a 8 años antes de la fecha de la menopausia y finalizarse entre 2 y 6 años después (3). Esta etapa incluye el comienzo de

las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia. Supone una fase de cambio para la mujer, el organismo se torna más frágil como consecuencia de las variaciones fisiológicas naturales y la repercusión del contexto social sobre la persona, cuya sobrecarga física y mental favorece la aparición de procesos que deterioran la salud femenina y hacen más crítico el cuadro sintomático (4).

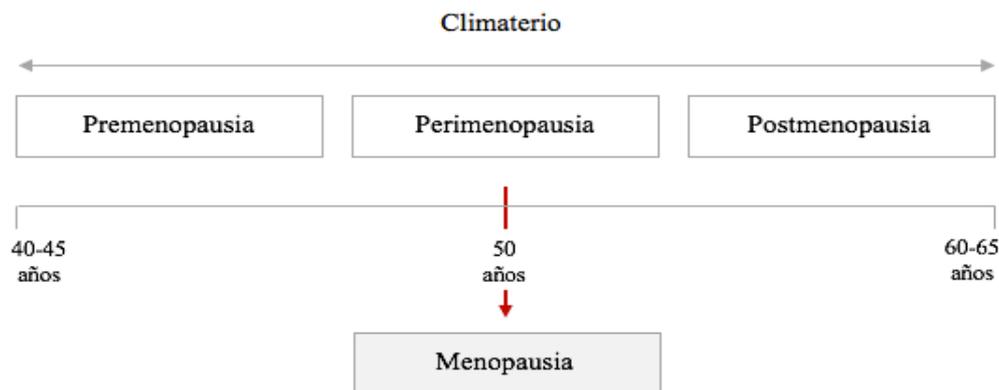


Fig. 1: Fases del climaterio. Elaboración propia basado en González Merlo, J (3)

Tipos de climaterio

Atendiendo a la naturaleza del proceso que lo determina, se distinguen tres tipos de climaterio (5,6):

- a) **Climaterio natural o fisiológico.** Es la claudicación funcional ovárica de la gónada. Dependiendo de la edad a la que se retira definitivamente la menstruación se clasifica en:
 - Precoz. Si la desaparición de las hemorragias cíclicas sucede antes de los 35 años.
 - Prematuro. Cuando la actividad ovárica cesa entre los 35 y los 45 años.
 - Tardío. Cuando la actividad ovárica se mantiene más allá de los 55 años.

- b) **Climaterio artificial.** Es aquel provocado por factores extrínsecos:

- Quirúrgico: Provocado por la exéresis quirúrgica de los ovarios, asociada o no a histerectomía. El climaterio se instaura de manera brusca causando importantes repercusiones físicas y psicológicas.
 - Radioterápico o quimioterápico: Originado por la aplicación de agentes químicos o radioactivos. Es menos frecuente.
- c) **Climaterio transitorio.** Ocasionado por la utilización de ciertos fármacos, como los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o ciertos quimioterápicos. La función ovárica se restablece tras la supresión del fármaco.

1.2 FISIOLÓGÍA DE LA MENOPAUSIA Y CONSECUENCIAS DEL CAMBIO HORMONAL

El origen del proceso está estrechamente relacionado con el envejecimiento ovárico y su repercusión sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovario (Anexo 1).

Entre los síntomas más clásicos de la alteración hormonal se encuentran los siguientes (2,7):

- Síntomas vasomotores: Sofocos, sudoración.
- Síntomas genitourinarios: Hemorragia anormal, alteración menstrual, sangrado postmenopáusico, sequedad vaginal, dispareunia, molestias urinarias, distopia genital, infertilidad.
- Síntomas cardiovasculares: Palpitaciones, dolor precordial, disnea, enfermedad coronaria.
- Síntomas osteomusculares: Dolor osteomuscular, lumbalgia, osteoporosis.
- Modificaciones en la piel: Adelgazamiento, sequedad, arrugas.
- Otros: disminución de la libido, insomnio, incremento de peso.

1.3 SALUD MENTAL EN EL CLIMATERIO

Además de la sintomatología mencionada, se ha reportado que el climaterio se acompaña de cambios psicológicos y sociales, donde existen importantes pérdidas, como su

capacidad reproductiva y juventud, aspectos que han sido sobrevalorados por los estereotipos culturales que describen a esta etapa de la vida como negativa (8). Es importante por ello, diferenciar qué síntomas y problemas de salud están asociados con el cese de la función estrogénica y cuáles no.

Este condicionamiento de género, histórico y económico, en el cual concommitan responsabilidades biológicas y sociales, pueden producir una sobrecarga física y mental que favorezca el curso de los procesos psicobiológicos hacia estados no saludables (4). Estos síntomas se vinculan, por un lado, con las variaciones en el equilibrio de las hormonas y, por otro, con la coincidencia durante esta etapa de vida de cambios drásticos en varios de los roles sociales de la mujer directamente relacionados con su sensación de valor productivo, ya sea este familiar, laboral o comunitario, con su autoimagen corporal y, en consecuencia, con una sensación de inestabilidad o confusión acerca de la calidad de vida futura que puede esperar tener.

Ambos aspectos o cambios, tanto hormonales como psicológicos, van a combinarse en la población femenina, para ocasionar en este grupo especialmente proclive, un deterioro importante en el grado de bienestar integral subjetivo y el funcionamiento psicológico saludable (9).

En un estudio llevado a cabo por Bromberger et al. (10) se observó que durante la perimenopausia temprana se producía un incremento en la irritabilidad y nerviosismo. En otro estudio de cohorte con una muestra de 2956 mujeres llevado a cabo por la misma autora durante 10 años, se observó que las participantes que presentaban síntomas leves de ansiedad antes de la menopausia incrementaron sus niveles de ansiedad durante la transición a la misma, mientras que las que presentaban síntomas elevados de ansiedad previos, se mantuvieron constantes. Lo encontrado en el estudio nos hace pensar que las mujeres que presentan poca ansiedad basal tienen mayor riesgo de aumentar sus niveles durante la perimenopausia, y aquellas cuyos niveles de ansiedad basal son más elevados, tienden a permanecer alto (11).

Un estudio prospectivo sobre la influencia de la menopausia en la salud mental que se prolongó durante 30 años (12), muestra que los cambios no estaban relacionados con el curso de los cuadros depresivos mayores o los trastornos de ansiedad entre los de 41 y 50 años de edad, sino con la vulnerabilidad psicopatológica antes de los 41 años, así como con los problemas psicosociales concurrentes. Este hallazgo enfatiza la importancia de

ajustarse para estas covariables cuando se estudia el efecto de la menopausia en la salud mental.

Por otro lado, los resultados obtenidos en una investigación llevada a cabo por Freeman et al. (13) en la que se analizaba la relación entre los cambios hormonales y la depresión en mujeres climatéricas sin historia depresiva previa, proporcionan evidencia de que la aparición de nuevos síntomas y la aparición de un trastorno depresivo tienen una probabilidad significativamente mayor cuando una mujer está en transición menopáusica que en el periodo previo. Los efectos desestabilizadores de las fluctuaciones cíclicas del estradiol, que pueden aumentar con el envejecimiento ovárico, pueden ser un factor asociado. Se observó también, que otros factores de salud y demográficos, como sofocos, Índice de Masa Corporal (IMC), tabaquismo, síndrome premenstrual, empleo y estado civil, son factores de riesgo significativos para los puntajes altos en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), lo que confirma y corrobora la naturaleza multifactorial de los síntomas depresivos.

2. JUSTIFICACIÓN

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que en pocos años la disminución de la natalidad y mortalidad y el aumento de la esperanza de vida prolonga la longevidad actual de la mujer posmenopáusica constituyendo más del 33% de la vida de la población femenina (1).

Según el Censo anual de 2017 del Instituto Nacional de Estadística (INE) se estima que el número de mujeres comprendidas entre los 45 y 65 años corresponde a más de 6,5 millones, representando un 27.7% de la población femenina española y un 14.12% de la población española total (14).

Si valoramos ambos datos, podemos obtener la visión de una sociedad envejecida, donde la mujer menopáusica adquiere una notable representación.

Respecto a la tasa de síntomas depresivos en este grupo de edad, oscila entre el 8 y 40%, llegando a ser casi el doble a la de sus coetáneos masculinos (15). Tradicionalmente se asume que la transición a la menopausia es una etapa de mayor vulnerabilidad, que parece asociarse a la aparición tanto de síntomas como de trastornos depresivos, particularmente si existen antecedentes personales o familiares (16).

Los crecientes estudios epidemiológicos y clínicos respaldan esta noción de que algunas mujeres tienen mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica (síntomas del estado de ánimo y de ansiedad o quejas cognitivas) durante períodos de la vida asociados a eventos del ciclo reproductivo, como el período posparto o la transición menopáusica (17). Sin embargo, las investigaciones se han enfocado principalmente en la esfera biológica, y muy poco se han abordado los aspectos psicosociales. La transición menopáusica deberá ser entendida como un proceso condicionado biológico, social y culturalmente.

Entendiendo el modo de vivir en el climaterio se da la a oportunidad de promover su calidad de vida, romper tabúes y acabar con prejuicios principalmente de carácter social presentes en nuestra sociedad (18). Conocer la naturaleza multifactorial de este problema será fundamental para establecer una atención sanitaria de calidad, donde enfermería pueda realizar un abordaje integral de las necesidades que presenten estas mujeres y de esa manera ofrecer unos cuidados adecuados a ellas.

3. OBJETIVOS

➤ **General:**

- Analizar la salud mental de las mujeres en la etapa climatérica.

➤ **Específicos:**

- Analizar la influencia de factores sociodemográficos en la salud mental de mujeres climatéricas.
- Describir la prevalencia de alteraciones en la salud mental en las mujeres climatéricas.
- Determinar la aplicabilidad de los resultados a los cuidados de enfermería.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo de tipo transversal, descriptivo y correlacional.

4.2 VARIABLES

- **Independientes:** Factores sociodemográficos
 - Edad
 - Nivel económico
 - Estado civil
 - Nivel de estudios
 - Situación laboral
 - Orientación sexual
- **Dependiente:** Salud mental
 - Puntuación GHQ-12 y subescalas

La edad (mujeres de 45 a 54 y de 55 a 64 años) y nivel económico (bajo, medio y alto) han sido transformadas a escala ordinal, por lo que son tratadas como variables cualitativas, al igual que el resto de factores sociodemográficos.

La salud mental, expresada numéricamente mediante el cuestionario GHQ-12, ha sido analizada como variable cuantitativa.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de referencia la conforman las mujeres del Área de salud Valladolid Oeste, cuyas edades están comprendidas entre los 45 y 64 años, ambos inclusive. La captación se ha realizado en las consultas de enfermería y matrona del Centro de Salud Arturo Eyries y mediante cuestionario online en formato Google Forms.

La elección de sujetos fue realizada por voluntariado mediante muestreo no probabilístico de conveniencia y muestreo por bola de nieve. Previamente a la cumplimentación del cuestionario, se informa de las intenciones de la investigación y de las repercusiones que puede tener en ellas su participación, para obtener de modo explícito su consentimiento (Anexo 3). Además, se resuelven las dudas que puedan surgir al respecto.

Para asegurar que la muestra del cuestionario online cumple los criterios de inclusión, éstos se incluyen en un primer apartado junto a la carta de presentación e invitación a la colaboración en el proyecto.

4.4 CRITERIOS INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Mujeres en edades comprendidas entre los 45 y 64 años, ambos inclusive
- Mujeres hispanohablantes
- Mujeres que sepan leer y escribir

Criterios de exclusión:

- Varones
- Mujeres transgénero
- Mujeres con historial de patología mental grave
- Mujeres con patología grave, que las incapacite físicamente
- Mujeres con menopausia precoz o quirúrgica

4.5 TRABAJO DE CAMPO

El período de cumplimentación de encuestas se corresponde con al mes de abril de 2018. Previamente, se solicitó el correspondiente permiso a el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del área Valladolid Oeste, obteniendo un informe provisional con sugerencias de mejora.

Tras las modificaciones pertinentes, se obtuvo un segundo informe favorable en el mes de mayo de 2018 (Anexo 2).

4.6 RECURSOS

- **Humanos:** Responsable del proyecto, tutora, personal de enfermería y matrona del Centro de Salud Arturo Eyries.
- **Materiales:** Ordenador, material de papelería y consultas de enfermería.

4.7 INSTRUMENTOS

Se empleó un único cuestionario anónimo sobre factores sociodemográficos y de salud mental (Anexo 4).

Para la elaboración de la encuesta se seleccionaron los factores sociodemográficos que se consideraron de interés en base a la bibliografía revisada (8,9,18).

Los aspectos psicológicos son evaluados mediante el cuestionario validado y no modificado GHQ-12, que es un cuestionario autoadministrado formado por 12 ítems, 6 formulados en positivo y 6 en negativo, y que se emplea como instrumento de cribado para detectar morbilidad psicológica de modo que detecta problemas psiquiátricos no psicóticos (19). Se centra en el deterioro del funcionamiento normal, más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida, por lo que no detecta trastornos crónicos. Evalúa dos dimensiones, la incapacidad para seguir realizando las funciones saludables normales o disfunción social (ítems 3,4,7,8 y 12) y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico, a través de una exploración de síntomas emocionales de tipo ansioso y depresivo (ítems 1,2,5,6,9,10 y 11).

El cuestionario en su versión abreviada realiza 12 preguntas referentes al último mes, midiéndose las respuestas por medio de una escala Likert de cuatro puntos que pondera la intensidad o gravedad de los problemas mentales del siguiente modo:

0 = mejor que lo habitual o no en absoluto, 1 = igual que lo habitual o no más que lo habitual, 2 = menos que lo habitual o algo más que lo habitual, 3 = mucho menos que lo habitual o mucho más que lo habitual.

La puntuación total del cuestionario se obtiene sumando las puntuaciones de los 12 ítems, de forma que, a mayor puntuación total, peor salud y bienestar psicológico. La interpretación del cuestionario se lleva a cabo por la ponderación en rangos. De 0 a 4: *ausencia de psicopatología*, de 5 a 6: *sospecha de psicopatología subumbral* y de 7 a 12: *indicios de psicopatología*. El rango de puntuación del cuestionario oscila de 0 a 36, siendo los valores mayores o iguales a 16 los que se relacionan con una peor salud psíquica (20–22). El GHQ-12 tiene una fiabilidad de acuerdo con diferentes estudios realizados con alfa de Cronbach que varía entre .82 y .86, siendo en población general el alfa de Cronbach estandarizada de .78 y en mayores de 65 años .90 (19,20).

Para la elaboración del cuestionario en formato online, se usó la aplicación de Google Drive, en su modalidad Google Forms.

4.8 LUGAR DE INTERVENCIÓN

- Centro de Salud Arturo Eyries
- Red/Web: cuestionario online

4.9 TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Las variables numéricas se resumieron con medias \pm desviaciones típicas y las variables cualitativas con porcentajes y frecuencias absolutas. Se obtuvieron intervalos de confianza al 95% (IC95%) para los correspondientes valores poblacionales. Se chequeó la posible desviación de la distribución normal en las variables numéricas medidas. Con reglas empíricas basadas en los cuartiles se determinó la presencia de atípicos en la muestra. Para estudiar relaciones entre variables se utilizaron el test chi-cuadrado, la t de Student, el análisis de la varianza o el coeficiente de correlación de Pearson según la naturaleza de las variables implicadas. También se aplicaron las versiones no paramétricas de algunos de estos contrastes, como el test de Wilcoxon, el de Kruskal-Wallis y el coeficiente de correlación de Spearman. Estos contrastes que son menos potentes, pero más resistentes a la posible presencia de datos atípicos en la muestra. Se consideraron como estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0.05.

Los datos se guardaron en la hoja de cálculo Excel incluida en el paquete Microsoft Office2017 y se analizaron con el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 23.0.

4.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Ante la necesidad de acceder a datos personales de la muestra de estudio, se solita por escrito la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Valladolid Oeste, siendo este favorable.

Con el fin de cumplir los principios de bioética y la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, se realiza una hoja informativa para las participantes en la que se les garantiza su anonimato y se les informa del destino final de los datos obtenidos con las encuestas cumplimentadas, que se entrega previamente al inicio de la encuesta.

El anonimato de las participantes está en todo momento garantizado, tanto en soporte papel como online, de forma que no se pueda identificar en ningún caso a quién pertenece los datos ni pueda hacerse asociación entre la encuestada y sus respuestas.

Las únicas personas con acceso a los datos son la titular y tutora del presente estudio, y ha sido exclusivamente limitado a la realización de este TFG, cuya base de datos será destruida posteriormente.

Con todo ello, se considera que la posibilidad de generar efectos adversos es mínima.

5. RESULTADOS

Tras el periodo de recolección de datos se obtuvieron 64 registros: 45 en consulta y 19 online. Del total, se excluyeron 2 cuestionarios en formato papel por omisión de respuestas, obteniéndose una suma de 62 registros evaluables.

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas del conjunto de mujeres encuestadas. Se observa una distribución en la muestra bastante homogénea en los dos grupos de edades, respecto al estado civil es notoriamente mayoritario el porcentaje de mujeres casadas (75,81%), componiendo el 80,65% del total de la muestra junto con aquellas que referían tener pareja de hecho (4,84%). Un 66,13% de las encuestadas contaba con un empleo remunerado, y más de la mitad (53,23%) con estudios universitarios. La orientación sexual fue predominantemente heterosexual (95,16%) así como el nivel de ingresos medio (82,26%).

Tabla 1. Análisis descriptivo de variables sociodemográficas

Variable		Fa	Porcentaje	
Edad	Entre 45 y 54	30	48%	
	Entre 55 y 64	32	52%	
Estado civil	Con pareja	Pareja de hecho	3	4,84%
		Casada	47	75,81%
		Total	50	80,65%
	Sin pareja	Soltera	7	11,29%
		Separada/divorciada	5	8,06%
		Viuda	0	0,00%
		Total	12	19,35%
Situación laboral	Trabajo remunerado (+ tareas domésticas)	41	66,13%	

	Trabajo no remunerado	Tareas domésticas	9	14,52%
		Parada	7	11,29%
		Jubilada/pensionista	4	6,45%
		Estudiante	0	0,00%
		Total	20	32,26%
	Otra situación o más de una de las anteriores	1	1,61%	
Nivel de estudios	Sin estudios	0	0,00%	
	Estudios primarios	7	11,29%	
	Estudios medios, FP o similar	22	35,48%	
	Estudios universitarios	33	53,23%	
Orientación sexual	Heterosexual	59	95,16%	
	Homosexual	0	0,00%	
	Bisexual	3	4,84%	
	Otro	0	0,00%	
Nivel económico	Bajo	< 360	1	1,61%
		361-600	3	4,84%
		601-900	1	1,61%
		Total	5	8,06%
	Medio	901 a 1200	7	11,29%
		1201 a 1800	17	27,42%
		1801 a 3600	27	43,55%
		Total	51	82,26%
	Alto	3601 a 6000	3	4,84%
		más de 6000	3	4,84%
		Total	6	9,68%

5.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO GHQ-12

Al analizar los datos se observó que un 12.9% de las mujeres presentaba puntajes elevados (superiores a 16 sobre 36), asociados a una peor salud psíquica.

La puntuación se situó en torno a 11.11 ± 3.89 , lo que corresponde en escala decimal a 3.09 y 1.08 respectivamente, siendo según el método de corrección de esta herramienta, valores asociados a indicios de psicopatología. El máximo obtenido fue de 24 lo que

equivale a 6.67 en una escala de 0 a 10 y el mínimo de 2, equivalente a 0.56 en dicha escala.

La puntuación relativa a las subescalas se expresa en el Anexo 5. La distribución de la puntuación en los ítems que indicaban síntomas ansioso-depresivos (6.16 ± 3.00) fue significativamente más elevada ($p=0.004$) que la de los ítems correspondientes a disfunción social (4.95 ± 1.35).

En la Tabla 2 se muestra el porcentaje de mujeres cuyas respuestas puntuaron 2 o 3 sobre la escala Likert en cada una de las 12 preguntas con intervalos de confianza del 95% para los correspondientes porcentajes poblacionales. Aquellas cuestiones en las que se obtuvo un puntaje más elevado corresponden a la dimensión psíquica que expresa la presencia de síntomas ansioso-depresivos: P5=notarse constantemente agobiada o en tensión (37.1%), seguido por P2=haber perdido sueño debido a sus preocupaciones (32.26%) y P9=sentirse poco feliz o deprimida (25.8%).

Tabla 2. Porcentaje de mujeres respondiendo 2 o 3 en cada pregunta e intervalos de confianza al 95% (IC95%)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
%	12.9	32.26	6.45	3.23	37.1	19.35	24.19	4.84	25.8	4.84	0	8.06
IC95%	5.74	20.94	1.79	0.39	25.16	10.42	14.22	1.01	15.53	1.01	0	2.67
IC95%	23.85	45.34	15.7	11.17	50.31	31.37	36.74	13.5	38.5	13.5	5.78	17.83

La distribución de la puntuación total y de las puntuaciones parciales en ansiedad/depresión (AnsDep) y función social (FuncSoc) en escalas de 0 a 10 se muestra en la Figura 2.

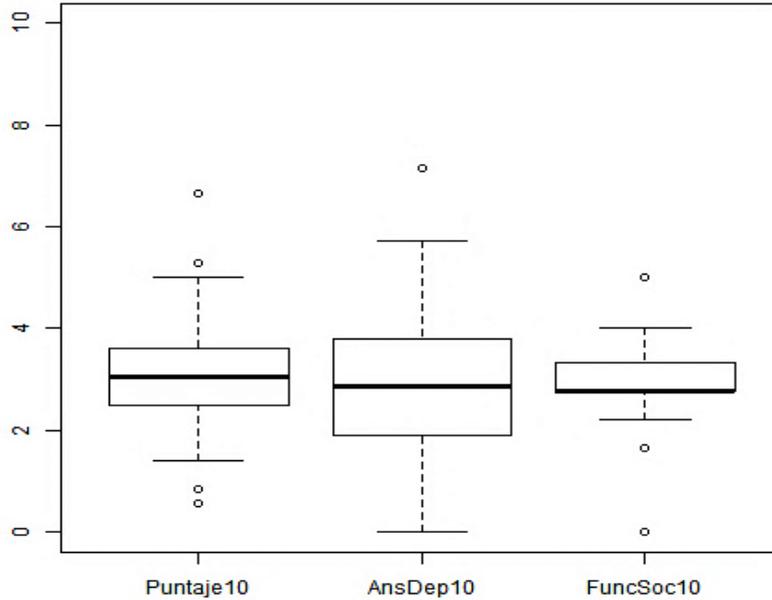


Fig. 2. Gráfico de cajas y bigotes sobre puntuación GHQ-12

El siguiente diagrama de barras muestra la prevalencia de las puntuaciones en una distribución categorizada de 5 niveles (Figura 3). Se observa una clara dominancia del factor *I*: puntuaciones entre 7 y 12 asociados a indicios de psicopatología. Existe además una prevalencia de los puntajes altos (*P*, *PP*) frente a valores que expresan mejor salud (*A*, *S*).

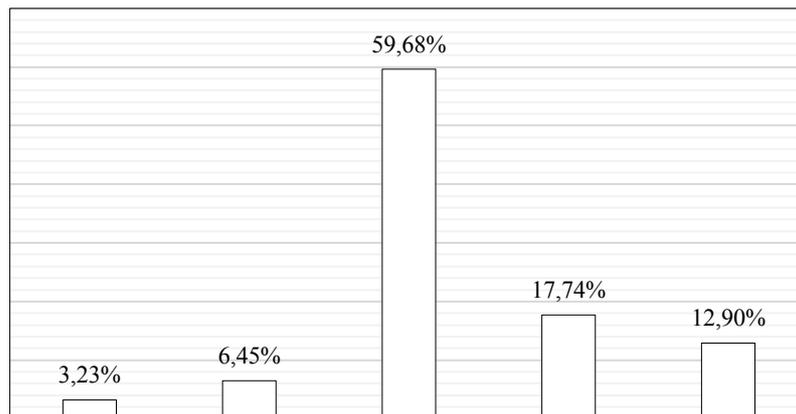


Fig. 3. Distribución categorizada de las puntuaciones totales

Leyenda: *A*=Ausencia de psicopatología (0 a 4); *S*= Patología subumbral (5 a 6); *I*= Indicios de patología (7 a 12); *P*= Psicopatología no claramente definida (13 a 15); *PP*= Peor salud mental (16 a 36)

5.3 ANÁLISIS CORRELACIONAL

Las medias de la puntuación total y de las puntuaciones parciales en ansiedad/depresión y función social en escalas de 0 a 10 en los grupos definidos por las variables sociodemográficas se muestran en la Tabla 3.

Al intentar relacionar las puntuaciones con las variables sociodemográficas vimos que el tamaño muestral en algunos niveles era bastante reducido, por lo que decidimos trabajar con agrupaciones de las mismas para el estado civil (Con pareja/sin pareja), la situación laboral (trabajo remunerado/ no remunerado) y el nivel económico (Alto/medio/bajo).

Tabla 3. Puntuaciones totales y parciales medias de cada variable

Variables		Puntaje10	AnsDep10	FuncSoc10
Estado civil	Sin pareja	3.032	2.738	2.87
	Pareja	3.089	2.99	2.736
Edad	Menor55	3.231	3.095	2.852
	Mayor55	2.934	2.798	2.677
Situación laboral	Trabajo remunerado No	3.125	3.095	2.756
	Trabajo remunerado Si	3.096	2.915	2.791
Nivel de estudios	Estudios Primarios	3.532	3.878	2.873
	Estudios Secundarios	2.98	2.814	2.677
	Estudios Universitarios	3.047	2.828	2.795
Orientación sexual	Bisexual	3.611	3.968	2.593
	Heterosexual	3.051	2.889	2.77
Nivel económico	Bajo	2.778	2.667	2.578
	Medio	3.186	3.091	2.8
	Alto	2.407	1.905	2.593

No aparecieron relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y las puntuaciones (Global, Ans/dep y FuncSoc), ni al utilizar contrastes paramétricos ni al utilizar contrastes no paramétricos. Eliminando el efecto de 3 mujeres que aparecieron identificadas por procedimientos estadísticos ligados al diagrama de cajas con un comportamiento extremo, la relación entre el nivel de estudios y la escala de ansiedad/depresión estuvo muy cerca de la significación estadística ($p=0.05$) (Figura 4).

Se observó una ligera tendencia a valores más elevados en mujeres perimenopáusicas de 45 a 54 años ($M= 3.231$), que en el grupo de mayores de 55 ($M=2.934$), aunque no apareció como estadísticamente significativa ($p=0.28$).

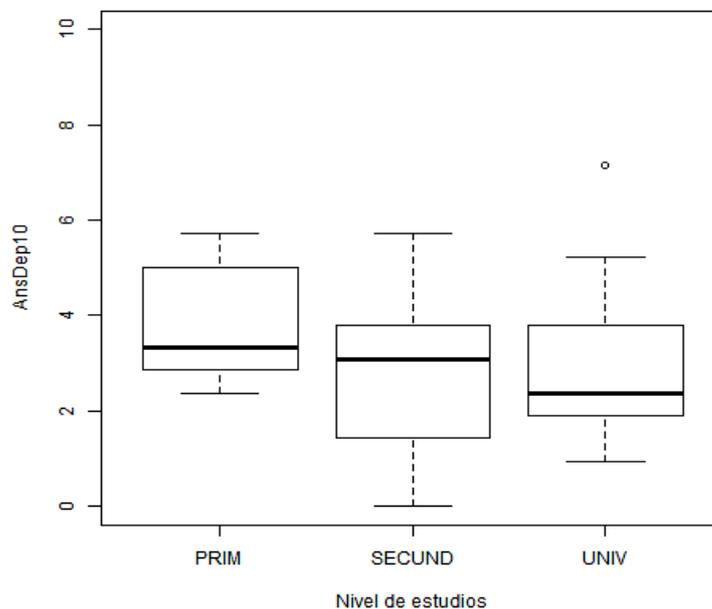


Fig. 4. Relación entre el nivel de estudios y la escala ansiedad/depresión (*AnsDep10*) realizada con todos los individuos

Leyenda: *PRIM*: Estudios primarios; *SECUND*: Estudios secundarios; *UNIV*: Estudios universitarios

Apareció una correlación estadísticamente significativa entre la escala de ansiedad/depresión y la función social ($r=0.54$, $p<0.001$). La siguiente gráfica (Figura 5) corresponde a un diagrama de dispersión para la relación entre las dos variables.

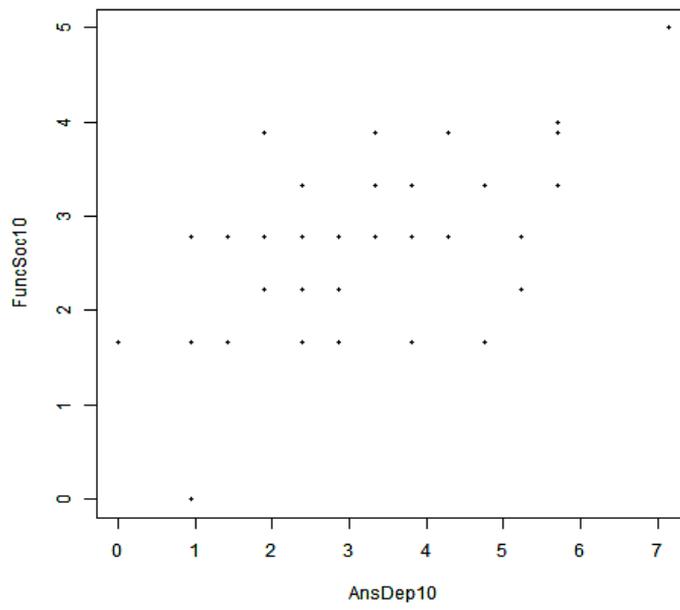


Fig. 5. Diagrama de dispersión para las variables Función social (*FuncSoc10*) y nivel de ansiedad/depresión (*AnsDep10*)

6. DISCUSIÓN

Algunos estudios transversales que examinaron la relación entre la menopausia y los síntomas depresivos mostraron un aumento de la depresión entre las mujeres en la transición menopáusica (23,24). En un estudio prospectivo a largo plazo se observó que las mujeres premenopáusicas sin historial vitalicio de depresión mayor que iniciaron la transición menopáusica, tenían el doble de probabilidades de desarrollar síntomas depresivos significativos que aquellas que permanecieron premenopáusicas (25).

Los resultados de este estudio no presentaron una clara prevalencia de alteraciones en la salud mental, sin embargo, la media obtenida en el total de la escala GHQ-12 es más elevada respecto a la encontrada en la adaptación a población general española en mujeres por Sánchez-López y colaboradores (20).

Aunque no se apreciaron notables diferencias para los dos grupos de edad, los puntajes sí fueron ligeramente más elevados en las mujeres menores de 55 años.

Por otro lado, la única variable sociodemográfica estudiada que mostró una correlación socio-psicopatológica fue el nivel de estudios. Las mujeres que contaban con estudios primarios obtuvieron puntuaciones GHQ-12 mayores para los niveles de ansiedad y depresión, que aquellas con estudios secundarios o universitarios. Tener un nivel de estudios más bajo está asociado con una mayor prevalencia de problemas mentales en mujeres, pero no en los hombres, confirmando lo descrito en la literatura (26,27). Además, resultados similares fueron encontrados por Giménez Páez (28), según el cual, el nivel de las mujeres con estudios de Formación Profesional o equivalente, hace que puntúen más alto en el factor de autoestima, indicando mayor afectación o disminución en la autoestima que las mujeres con estudios de postgrado (Máster y/o Doctorado).

Por último, respecto al análisis de la estructura factorial del Cuestionario de Salud General, se obtuvo una correlación positiva para las dos dimensiones analizadas: síntomas emocionales de tipo ansioso-depresivo y deterioro de la función social, de tal forma, que las mujeres con mayor tendencia a la ansiedad/depresión, también lo son para desarrollar una disfunción social.

Limitaciones

Una primera fuente de limitaciones proviene del tamaño muestral, que es relativamente pequeño, y del tipo de muestreo empleado (Bola de nieve) que pudiera generar estimadores sesgados, lo que afectaría a la representatividad de la muestra y resultados, no pudiéndose extrapolar los resultados a la población general.

Por su parte, la naturaleza transversal del estudio, que permite acceder únicamente a información puntual en un momento determinado sobre las manifestaciones de los fenómenos observados, impide establecer relaciones funcionales o causales entre las variables estudiadas. Además, se añade una dificultad de índole teórica, como es la accesibilidad a experiencias negativas interpersonales que afectarían a la percepción subjetiva de estrés y salud psicológica autopercebida, lo que podría sesgar los resultados.

Fortalezas

Una de las fortalezas del estudio se encuentra en la accesibilidad a la población de estudio a través del Centro de salud, que a su vez promueve la participación gracias a la confianza profesional preestablecida. La muestra, por tanto, se conforma de mujeres con alto grado de motivación.

Por otro lado, el cuestionario utilizado se muestra sencillo y asequible. El hecho de poder optar a rellenarlo en varios formatos (Papel y online), facilita su cumplimentación.

Al tratarse de un estudio transversal es fácilmente reproducible, permitiendo la comparabilidad.

En el estudio también se ha pretendido aplicar de forma transversal la perspectiva de género, aportando una investigación a ese campo de estudio.

7. CONCLUSIONES

A continuación, se exponen las conclusiones obtenidas vinculadas a tres aspectos:

7.1 RELATIVO A LA MUJER

- Aunque la transición a la menopausia se corresponde con un periodo de mayor fragilidad mental en la mujer, no se obtuvo una clara prevalencia de alteraciones psicopatológicas.
- Los cambios neuroendocrinos que propician estos estados deben entenderse como predictores de salud asociados de manera conjunta a otras variables.
- El nivel de estudios de las mujeres climatéricas influye sobre su salud mental, siendo aquellas con un nivel de estudios más bajo las más predisponentes a desarrollar ansiedad y depresión.

7.2 RELATIVO A ENFERMERÍA

- El conocimiento de factores que predisponen el desarrollo de alteraciones en la salud mental durante el climaterio contribuirá a que la enfermera pueda realizar intervenciones en cuidados preventivos en la población femenina por medio de programas de educación para la salud, dirigidos a potenciar los conocimientos y habilidades relativos a esta etapa del ciclo vital, intentando minimizar las alteraciones psicosociales.

7.3 RELATIVO A FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Profundizar en el estudio de factores que predispongan alteraciones de la salud mental en la etapa del climaterio con otros estudios de investigación exploratorios.
- Focalizar el estudio desde una visión que incluya el determinante cultural.
- Continuar con una línea de investigación en el climaterio con perspectiva de género y su influencia sobre los componentes del estado de bienestar bio-psico-social de la salud de las mujeres.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Salvador J. Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* [Internet]. 2008 [consultado 18 Feb 2018]; 54(2):71–8. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428188003>
2. Pellicer Martínez A, Fernando B-M. *Obstetricia y Ginecología para el grado de medicina.* 2ª ed. Madrid: Médica-Panamericana; 2014.
3. González Merlo J, González Bosquet E, González Bosquet J. *Ginecología.* 9ª ed. Barcelona, España: Elsevier España, Oxford; 2014.
4. Couto D, Nápoles D. Aspectos sociológicos del climaterio y menopausia. *MEDISAN* [Internet]. 2014 [consultado 18 Feb 2018];18(10):1409–18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Moratalla Cecilia N. *Salud integral en mujeres peri y menopáusicas integradas en un estudio multidisciplinar* [Tesis doctoral]. Granada: Repositorio Institucional de la Universidad de Granada; 2017.
6. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. *Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia.* Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
7. Capote Bueno MI, Segredo Pérez M, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 [consultado 29 Marzo 2018]; 27(4): 543-557. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es.
8. Martínez MD, González-Arratia López Fuent NI, Oudhof van Barneveld J, Domínguez-Espinosa A, Olivos-Rubio M. Factores psicosociales predictores de la satisfacción con la vida en la perimenopausia y posmenopausia. *Aquichan* [Internet] 2012 [consultado 2 Feb 2018];12 (3). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2359>
9. Legorreta D. La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. *Av en Psicol Latinoam.* 2007;25(1):44–51.

10. Bromberger JT, Assmann SF, Avis NE, Schocken M, Kravitz HM, Córdal A. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre-and perimenopausal women. *Am J Epidemiol*. 2003;158(4):347–56.
11. Carvajal-Lohr A, Flores-Ramos M, Marin Montejo SI, Morales Vidal CG. Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatol y Reprod Humana* [Internet]. 2016 [consultado 18 Feb 2018]; 30(1):39–45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S018753371600011X?via%3Dihub>
12. Rössler W, Ajdacic-Gross V, Riecher-Rössler A, Angst J, Hengartner MP. Does menopausal transition really influence mental health? Findings from the prospective long-term Zurich study. *World Psychiatry* [Internet]. 2016 [consultado 26 Feb 2018];15(2):146–54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911775/>
13. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(4):375–82.
14. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Población (españoles/extranjeros) por edad (grupos quinquenales), sexo y año. 2017 [consultado 10 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=02002.px>
15. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Prevalencia de cuadros depresivos activos según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. 2017 [consultado 18 Abril 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2014/p01/10/&file=12007.px&L=0>
16. Sesma Pardo E, Finkle J, Gonzalez Torres MÁ, Gaviria M. Depresión perimenopáusica: una revisión. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 2013 [consultado 18 Feb 2018];33(120):681–91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
17. Soares C. Can depression be a menopause-associated risk? *BMC Med* [Internet]. 2010 [consultado 18 Feb 2018];8:79. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3003619/>
18. Riguete de Souza SG, Faria Simoes SM, Silveira Fazoli KL, Halász Coutinho F,

- Antunes Cortez E. El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura. *Enferm glob* [Internet]. 2012 [consultado 20 Mar 2018]; 11(25): 440-450. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100025>.
19. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 2011 [consultado 20 Mar 2018];11(1):125–139. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33715423008>
 20. Sánchez López MP, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. 2008; 20 (4): 839-843.
 21. Bravate A. El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Rev Iberoam Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*. 2014;1(37):11–29.
 22. García Viniegras C. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 1999 [consultado 28 Feb 2018]; 15(1): 88–97. Disponible en: <http://ref.scielo.org/w22d2f>
 23. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, Sommer B, Cordal A, Powell L, et al. Psychologic Distress and Natural Menopause: A Multiethnic Community Study. *Am J Public Health* [Internet]. 2001 [consultado 16 Mar 2018];91(9):1435–42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446800/>
 24. Freeman E. Associations of depression with the transition to menopause. *Menopause* [Internet] 2010 [consultado 16 Mar 2018];17(4):823–7. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20531231>
 25. Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: The Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2006 [consultado 18 Abril 2018]; 63(4):385–390. Disponible en: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.63.4.385>
 26. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de

- problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema* [Internet]. 2010 [consultado 20 Abril 2018]; 22(3):389–95. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714400006>
27. Honjo K, Kawakami N, Takeshima T, Tachimori H, Ono Y, Uda H, et al. Social class inequalities in self-rated health and their gender and age group differences in Japan. *J Epidemiol*. 2006;16(6).
 28. Giménez Páez MA. Influencias de género en factores de vulnerabilidad cognitiva y salud psicológica en mujeres adultas [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2017.

9. ANEXOS

ANEXO 1. Cronología del envejecimiento reproductivo

		Menarca				Final de periodo menstrual (0)					
Etapa		-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminología		Reproductiva				Transición a la menopausia		Posmenopausia			
		Temprana	Pico	Tardía		Temprana	Tardía	Temprana		Tardía	
Duración		Variable				Variable	1-3 años	2 años (1+1)		3-6 años	Vida restante
Criterios principales											
Ciclos menstruales	Regulares e irregulares	Regular	Regular	Cambios	Duración variable del ciclo > 7 días diferente de lo normal	Periodos amenorrea (> 60 días)					
Criterios de soporte											
Endocrino FSH AMH Inhibina B			Baja Baja Baja	Variable Baja Baja	Variable Baja Baja	Variable > 25 UIL Baja Baja	Variable Baja Baja		Estable Muy baja Muy baja		
Cuenta folicular antral			Baja	Baja	Baja	Baja	Muy baja	Muy baja			
Características descriptivas											
Síntomas						Probablemente síntomas vasomotores	Muy probablemente síntomas vasomotores			Aumento de síntomas de atrofia urogenital	

Fuente: Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia SEGO, 2004

ANEXO 2. Informe Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)



A/A D. Jesús Redondo Acebes
C.S. Arturo Eyries

Adjunto acompaño Informe del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm), correspondiente al Proyecto de Investigación, Trabajo Fin de Grado (TFG), titulado: "**Análisis de aspectos psicológicos y sociodemográficos en el climaterio**", Ref. CEIm: PI039-18, de la alumna: **D^a. Celia Gómez Montero**, de la cual es usted tutor. Rogamos sea tan amable de hacérselo llegar.

No obstante, a pesar de Dictamen Favorable, este Comité les realiza las siguientes indicaciones:

- Por lo que respecta a la Hoja de Información, deberían especificarse las distintas formas de participar en la encuesta, completando la misma con información respecto al procedimiento a seguir en cada caso.
- Si se trata de un estudio anónimo, en el que no se recogerá ningún tipo de información personal que permita la identificación del participante, no es necesario documento de Consentimiento Informado.

Un saludo:

Valladolid, 02 de Mayo de 2018



Fdo. ROSA CONDE VICENTE
SECRETARIO CEIm

Área de Salud de Valladolid Oeste



ANEXO 3. Carta de presentación e invitación a la participación

Carta de presentación proyecto de investigación



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

En colaboración con la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid, estamos realizando un estudio con objeto de conocer mejor la situación de las mujeres en la etapa climatérica, así como su estado de salud.

Su participación es voluntaria. Si decide colaborar se le pedirá que cumplimente un cuestionario. Podrá hacerlo en papel u online, en el siguiente enlace:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSei6dE5zMJleaqWOrYGfw7OM-QFLPOGqR31OogBLkxNhruMOA/viewform?usp=sf_link

Los datos que usted nos aporte son confidenciales, y siempre se mantendrá su anonimato. Si usted decide no participar, le agradecemos igualmente el tiempo que nos ha dedicado.

Los resultados obtenidos formarán parte de un Trabajo de Fin de Grado de Enfermería.

Si tiene alguna duda o comentario, puede consultarla poniéndose en contacto con la responsable de este trabajo:

Celia Gómez Montero: celiagomez96@hotmail.com

AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN.

ANEXO 4. Encuesta de factores sociodemográficos y de salud mental

N°:	
CUESTIONARIO DE SALUD EN EL CLIMATERIO	
Señale la opción que corresponda en cada apartado.	
Estado civil	
<input type="radio"/> Soltera	
<input type="radio"/> Pareja de hecho	
<input type="radio"/> Casada	
<input type="radio"/> Separada/divorciada	
<input type="radio"/> Viuda	
Edad en años	
<input type="radio"/> Entre 45 y 54 años	
<input type="radio"/> Entre 55 y 64 años	
Nivel de estudios	
<input type="radio"/> Sin estudios	
<input type="radio"/> Estudios primarios	
<input type="radio"/> Estudios medios, FP o similar	
<input type="radio"/> Estudios universitarios	
Situación laboral actual	
<input type="radio"/> Trabajo remunerado además de las tareas domésticas compartidas o no	
<input type="radio"/> Tareas domésticas	
<input type="radio"/> Parada	
<input type="radio"/> Jubilada o pensionista	
<input type="radio"/> Estudiante	
<input type="radio"/> Otra situación diferente	
Nivel económico	
<i>Ingresos mensuales totales, sumando todos los componentes del hogar</i>	
<input type="radio"/> Menos de 360 euros	
<input type="radio"/> 361 a 600 euros	
<input type="radio"/> 601 a 900	
<input type="radio"/> 901 a 1200 euros	
<input type="radio"/> 1201 a 1800 euros	
<input type="radio"/> 1801 a 3600 euros	
<input type="radio"/> 3601 a 6000 euros	
<input type="radio"/> Más de 6000 euros	

Orientación sexual

- Heterossexual
- Homossexual
- Bisexual
- Otro

Nos gustaría saber cómo ha estado de salud en general durante las últimas semanas:

Indique la respuesta que se adapte a su situación reciente y no a problemas pasados

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más de lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Ha sentido que desempeña un papel útil en la vida?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más de lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Algo más de lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales del día?

Más que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Algo más de lo habitual

Mucho más que lo habitual

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

Más que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

12. ¿Se siente razonable feliz considerando todas las circunstancias?

Más que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Algo más de lo habitual

Mucho más que lo habitual

10. ¿Ha perdido confianza en sí misma?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Algo más de lo habitual

Mucho más que lo habitual

ANEXO 5. Análisis descriptivo de las subescalas del cuestionario GHQ-12

		0	1	2	3	M	DT
<i>Síntomas ansioso-depresivos</i>	1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	3.23	83.87	11,29	1,61	1,11	0,45
	2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	8.06	59.68	9.03	3,23	1,27	0,66
	5. ¿Se ha notado constantemente agobiado o en tensión?	14.52	48.39	33.87	3.23	1,26	0,75
	6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	33.87	46.77	19.35	0	0,85	0,72
	9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimida?	35.48	38.71	24.19	1.61	0,92	0,82
	10. ¿Ha perdido confianza en sí misma?	51.61	43.55	4.84	0	0,52	0,57
	11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	77.42	22.58	0	0	0,23	0,42
							6,16
<i>Disfunción social</i>	3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	11.29	82.26	6.45	0	0,95	0,42
	4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	12.9	83.87	3.23	0	0,90	0,39
	7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	6.45	69.35	24.19	0	1,18	0,53
	8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	6.45	88.71	4.84	0	0,98	0,34
	12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	16.13	75.81	6.45	1.61	0,94	0,54
						4,95	1,35