

Aina Reinón Vidiella

**AQUELLA ETAPA: EL DESAFIAMENT DE LA MENOPAUSA I LA FALTA DE
SUPORT**

TREBALL DE FINAL DE GRAU (TFG)

dirigit per Anna Huguet Roselló

Grau de psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2025

"Som en aquella edad de notar canvis i canviar les coses."

Campanya "Parlem de la menopausa"
Ministeri de Sanitat, 2023

AGRAÏMENTS

En primer lloc, voldria agrair a la meva tutora del TFG Anna Huguet Roselló per haver escoltat les meves propostes i confiar en el tema escollit; per la teva implicació i pels teus consells, el teu temps i la teva experiència.

A la meva mare per ser la inspiració d'aquest TFG i per ensenyar-me la passió per la Psicologia, al meu pare, per empènyer-me sempre a donar el millor de mi i, al Guillem, per sempre donar-me suport.

I, en últim lloc, però no menys important, a totes les dones que han participat en aquest estudi i han fet que fos possible.

ÍNDEX

Resum	1 pàg.
Abstract	2 pàg.
Introducció	
1. El climateri i les seves fases.....	3 pàg.
2. Simptomatologia associada al climateri.....	4 pàg.
3. Qualitat de vida durant el climateri.....	6 pàg.
4. El paper del suport social i mèdic.....	8 pàg.
5. Manca d'evidència i necessitat d'estudis contextualitzats.....	11 pàg.
Objectius i hipòtesis	12 pàg.
Mètode	
1. Participants	13 pàg.
2. Instruments.....	14 pàg.
3. Procediment.....	15 pàg.
4. Anàlisi de dades.....	17 pàg.
Resultats	
1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra.....	18 pàg.
2. Etapa i símptomes del climateri en la mostra.....	20 pàg.
3. Característiques de salut de la mostra.....	22 pàg.
4. Suport rebut durant el climateri.....	22 pàg.
Discussió	26 pàg.
Referències bibliogràfiques	31 pàg.

Annexe

1. Questionari complet 33 pàg.

RESUM

La transició del climateri continua essent una etapa invisibilitzada i poc atesa des de les polítiques públiques i la pràctica clínica, tot i el seu impacte significatiu en la salut i el benestar de les dones. A més, existeix una manca d'estudis actualitzats a nivell espanyol que abordin aquesta etapa des d'una perspectiva biopsicosocial i contextualitzada. Aquest treball pretén contribuir a omplir aquest buit, analitzant la simptomatologia, la qualitat de vida, el benestar emocional i els suports percebuts per les dones en les diferents fases del climateri: perimenopausa, menopausa i postmenopausa.

S'ha aplicat una metodologia quantitativa i transversal mitjançant un qüestionari autoaplicat en línia. La mostra ha estat composta per 488 dones d'entre 35 i 65 anys, amb domini del català i residents a Espanya, seleccionades segons criteris d'inclusió relacionats amb la fase del climateri i la capacitat de comprensió lingüística. Els instruments utilitzats han estat l'Escala Cervantes, el WHO-5 Well-Being Index i el Major Depression Inventory (MDI).

Els resultats mostren una simptomatologia moderada ($M = 36,61$; $DE = 13,83$), amb una major afectació psicològica durant la perimenopausa i la menopausa. El benestar emocional mitjà se situa per sota del llindar clínic recomanat ($M = 12,15$; $DE = 4,62$), i les correlacions indiquen una associació negativa significativa entre severitat simptomàtica i benestar ($r = -0,603$; $p < .001$), així com entre benestar i símptomes depressius ($r = -0,729$; $p < .001$). Només un 18% de les participants rep algun tipus de suport, tot i que aquest és percebut com a útil ($M = 3,86$ sobre 5).

Es destaca la necessitat d'abordar el climateri amb una mirada integral i de gènere, millorant l'accés a informació, recursos i suports adaptats a la realitat de les dones a Espanya.

ABSTRACT

The climacteric transition remains a socially invisible and under-addressed stage, despite its major impact on women's health and well-being. Moreover, there is a lack of updated studies in Spain that approach this life stage from a biopsychosocial and culturally contextualized perspective. This study seeks to address this gap by analysing symptomatology, quality of life, emotional well-being, and perceived support in women across the different phases of the climacteric: perimenopause, menopause, and postmenopause.

A cross-sectional quantitative methodology was applied using an online self-administered questionnaire. The sample consisted of 488 women aged between 35 and 65, fluent in Catalan and residing in Spain, selected based on inclusion criteria related to climacteric stage and language comprehension. The instruments used were the Cervantes Scale, the WHO-5 Well-Being Index, and the Major Depression Inventory (MDI).

Results indicated moderate symptomatology ($M = 36.61$; $SD = 13.83$), with greater psychological distress reported during perimenopause and menopause. The average emotional well-being score was below the clinical cut-off ($M = 12.15$; $SD = 4.62$), and significant negative correlations were found between symptom severity and well-being ($r = -0.603$; $p < .001$), and between well-being and depressive symptoms ($r = -0.729$; $p < .001$). Only 18% of participants reported receiving any support, although it was generally perceived as useful ($M = 3.86$ out of 5).

The discussion highlights the urgent need for a gender-sensitive and integrative approach to the climacteric stage, ensuring access to relevant support services and evidence-based information tailored to the realities of women in Spain.

INTRODUCCIÓ

1. *El climateri i les seves fases*

Sovint es fa servir el terme menopausa per referir-se a tot el procés de transició hormonal que experimenten les dones a partir d'una certa edat. No obstant, això no és del tot correcte. El terme adequat per descriure aquest període de canvis és climateri, ja que inclou totes les fases abans, durant i després de la menopausa.

La menopausa és el moment en què una dona deixa de tenir la menstruació de manera definitiva a causa del cessament de l'activitat ovàrica. Es diagnostica després de 12 mesos consecutius sense menstruació i sol ocórrer entre els 45 i 55 anys, tot i que pot variar segons factors genètics, de salut i d'estil de vida.

El climateri es divideix en tres fases (Zhou et al., 2021):

La *perimenopausa* és el període de transició que pot començar entre 4 i 10 anys abans de la menopausa i es caracteritza per cicles mensuals irregulars.

La *menopausa* és el punt concret en què es diagnostica l'absència de menstruació durant un any.

I la *postmenopausa* és la fase posterior a la menopausa, en què es mantenen els nivells hormonals baixos i es poden incrementar certs riscos de salut, com la pèrdua de densitat òssia o les malalties cardiovasculars.

A nivell psicofisiològic, els ovaris comencen a perdre la seva capacitat de respondre als estímuls hormonals provinents de la hipòfisi, que secreta les hormones FSH i LH amb la funció d'estimular la maduració dels òvuls i la producció d'estrògens i progesterona. Aquestes hormones esteroïdals són essencials per al funcionament del sistema reproductor femení i exerceixen funcions clau a nivell metabòlic, cardiovascular, ossi i neurològic.

Els estrògens regulen el cicle menstrual, afavoreixen el creixement de l'endometri, mantenen la densitat òssia i contribueixen a la salut cognitiva i

emocional, mentre que la progesterona, secretada pel cos luti i, en cas d'embaràs, per la placenta, estabilitza l'endometri, inhibeix les contraccions uterines i actua com a agent immunomodulador i neuroprotector. Amb la disminució progressiva de fol·licles, els ovaris responen cada cop menys a aquestes hormones, fet que porta la hipòfisi a incrementar la producció de FSH i LH en un intent de compensar aquesta pèrdua de funció ovàrica, característic de la perimenopausa.

Aquesta desregulació hormonal provoca alteracions en el cicle menstrual fins que, després d'un any sencer sense menstruació, s'assoleix la menopausa, moment en què la producció hormonal ovàrica pràcticament s'atura. A partir d'aquí, en la postmenopausa, els nivells d'estrògens continuen disminuint i el cos ja no respon als estímuls hormonals de la mateixa manera.

2. Simptomatologia associada al climateri

L'ús incorrecte del terme "menopausa" per referir-se a tot el procés del climateri pot portar a confusions tant en la divulgació científica com en la pràctica mèdica. Molts símptomes associats a la menopausa, com els canvis d'humor, els fogots o l'augment de pes, en realitat es produeixen durant la perimenopausa. Aquesta confusió pot dificultar una comprensió precisa dels símptomes que es manifesten en cada etapa i, per tant, complicar-ne el tractament o l'abordatge adequat.

Segons una clínica de referència en ginecologia i salut femenina (*Institut Dexeus Dona; n.d.*), els símptomes associats a cada etapa són diversos i poden variar en intensitat entre dones.

Perimenopausa: els primers canvis

Entre els símptomes més freqüents, hi trobem els fogots o sufocacions, que afecten entre un 60% i un 80% de les dones i poden durar diversos minuts. També són habituals les cefalees (mals de cap), el vertigen, i les parestèsies, que són sensacions de formigueig o adormiment a les extremitats. A nivell emocional, es poden experimentar canvis d'humor, ansietat, i fins i tot

símtomes depressius, juntament amb una disminució de la capacitat de concentració.

Menopausa: el punt d'inflexió hormonal

Durant aquesta etapa, els nivells hormonals han disminuït significativament i molts dels símptomes de la premenopausa poden persistir o accentuar-se.

Els fogots continuen sent un símptoma destacat, així com les alteracions del son, especialment insomni o despertar nocturns associats a sudoracions. També es presenten canvis en la sexualitat com la sequedat vaginal i la disminució de la libido. A més, algunes dones poden patir problemes urinaris derivats de l'atròfia de les mucoses genitourinàries, com incontinència o necessitat d'orinar amb més freqüència. L'impacte emocional pot mantenir-se, amb fluctuacions de l'estat d'ànim i una major sensibilitat.

Postmenopausa: estabilitat hormonal i nous riscos

Amb l'arribada de la postmenopausa, s'estableix un nou equilibri hormonal caracteritzat per uns nivells d'estrògens permanentment baixos. En aquest moment, alguns símptomes com els fogots poden disminuir, però apareixen altres complicacions que poden afectar la salut a llarg termini.

Una de les més preocupants és l'osteoporosi, causada per la pèrdua de densitat òssia, que incrementa el risc de fractures. També es produeix un augment del risc cardiovascular, ja que la protecció hormonal sobre el sistema circulatori disminueix. A més, l'atròfia urogenital pot persistir, amb molèsties vaginals, sequedat i predisposició a infeccions del tracte urinari.

Aquesta visió clínica es veu reforçada per *López Salas i Chacón Pizano (2021)* que van dur a terme un estudi descriptiu transversal per determinar la simptomatologia més freqüent en dones de 40 a 59 anys durant el climateri a la Unitat de Medicina Familiar 80 a Michoacán, Mèxic. Van avaluar 123 dones utilitzant el qüestionari Menopause Rating Scale (MRS), que inclou 11 ítems agrupats en tres dominis: somàtic, psicològic i urogenital. Els resultats van mostrar que els símptomes més comuns van ser: sofocos, sudoracions i calors

(74%), sequedat vaginal (68%), problemes urinaris (62%), ansietat (62%) i irritabilitat (58%). Pel que fa a la gravetat, el 80% de les participants presentaven símptomes severos i el 20% molt severos. El domini més afectat va ser el somàtic, seguit del psicològic i, finalment, l'urogenital. Aquests resultats coincideixen amb el que comenta L'Institut Dexeus Dona que indiquen que les molèsties articulars i musculars, els sofocos i les alteracions psicològiques són comuns durant el climateri posant de manifest que moltes d'aquestes manifestacions s'inicien abans de la menopausa pròpiament dita.

3. Qualitat de vida durant el climateri

Els símptomes climatèrics tenen un impacte significatiu en la vida quotidiana de les dones. Aquesta simptomatologia no només es presenta amb una alta prevalença, sinó que també incideix directament en la percepció del benestar general.

En un estudi realitzat per *Cruz Martínez et al. (2012)*, es va trobar una correlació positiva entre el puntatge total de l'índex de Kupperman, que avalua la simptomatologia climatèrica i menopàusica, i el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia (MENQOL). Aquest resultat indica que a mesura que augmenta la intensitat dels símptomes, la qualitat de vida percebuda disminueix. Les dimensions de qualitat de vida més afectades en aquest estudi van ser els aspectes vasomotor i físic, mostrant-se com els dominis amb més deteriorament funcional entre les dones en aquesta etapa.

En un estudi multicèntric realitzat a Espanya amb una mostra de 1.344 dones menopàusiques, es va analitzar l'impacte de diferents tipus de tractaments per a la simptomatologia climatèrica sobre la qualitat de vida mitjançant l'Escala Cervantes, una eina específica per avaluar la salut física, psicològica, sexual i social en dones en aquesta etapa. L'estudi va comparar tres grups: dones que no seguien cap tractament, dones que prenién teràpia hormonal substitutiva (THS) —una intervenció mèdica que consisteix a administrar hormones (estrògens amb o sense progestàgens) per compensar el dèficit hormonal propi de la menopausa— i dones que prenién isoflavones, compostos d'origen vegetal amb acció estrogènica suau.

Els resultats van mostrar que les dones tractades amb THS o isoflavones presentaven puntuacions significativament més altes en qualitat de vida, especialment pel que fa a la simptomatologia vasomotora (com els fogots), el benestar emocional i la salut general. En concret, les dones sense cap tractament van mostrar major deteriorament en les dimensions psicològiques i físiques, destacant la utilitat terapèutica d'aquestes intervencions per pal·liar els efectes del climateri (Sánchez Borrego et al., 2014).

Ara bé, l'impacte del climateri no es limita als aspectes fisiològics o clínics. La manera com les dones experimenten aquesta etapa està profundament influïda per factors socials, culturals i psicològics que condicionen la percepció i vivència de la menopausa en diferents contextos.(Vélez i Figueredo, 2021).

En l'actualitat, la percepció del climateri i la menopausia ha canviat significativament, gràcies als avenços en la recerca mèdica i a una major sensibilització social. Avui dia, es reconeix que la menopausia és una transició fisiològica natural en la vida de la dona i no una condició patològica com es veia tradicionalment. Aquest canvi de perspectiva permet veure el climateri com una etapa de la vida que pot ser gestionada amb èxit mitjançant estratègies adequades (Vélez i Figueredo, 2021).

No obstant això, malgrat els avenços científics, encara persisteixen certs mites i estereotips que associen la menopausia amb la pèrdua de joventut i de feminitat. Aquests estereotips socials tenen un gran impacte en la manera com les dones viuen aquesta etapa. Les dones poden percebre el climateri com una pèrdua o com un final de la joventut, especialment en cultures occidentals on la menopausia sovint és vista com una pèrdua de valor social i personal (Olaechea Ramírez, 2012). Aquestes percepcions negatives poden afectar seriosament la qualitat de vida de les dones en el climateri.

D'altra banda, els avenços en tractaments com la teràpia hormonal substitutiva (THS) han permès millorar la gestió dels símptomes i ofereixen opcions per millorar la qualitat de vida física i emocional durant aquesta etapa. Malgrat aquests avenços, la sensibilització social sobre la menopausia continua sent una necessitat, ja que moltes dones segueixen experimentant un augment de l'estrès

i el malestar emocional durant el climateri, en part a causa dels prejudicis culturals (Vélez i Figueredo, 2021).

A més, com apunten Vélez i Figueredo (2021), les diferències socials i econòmiques influeixen de manera determinant en com les dones viuen aquesta etapa. Les dones amb accés a millor educació i recursos mèdics tenen més probabilitats de gestionar la menopausia de manera més saludable, mentre que aquelles en contextos desfavorits poden experimentar major malestar i estrès, ja que no tenen accés a la mateixa informació ni tractaments adequats.

Olaechea Ramírez (2012) destaca també la importància de l'autoestima en com les dones afronten el climateri. Les dones amb una autoestima elevada tendeixen a percebre la menopausia com una part natural de la vida, cosa que les ajuda a afrontar els canvis físics i emocionals de manera més positiva. D'altra banda, aquelles amb autoestima més baixa poden veure aquest període com una pèrdua significativa en la seva identitat i valor social, augmentant així els efectes negatius del climateri en la seva qualitat de vida.

4. El paper del suport social

Davant d'aquest escenari, es fa evident que el suport social juga un paper fonamental en la vivència del climateri. Més enllà dels canvis fisiològics propis d'aquesta etapa, l'acompanyament adequat pot marcar una diferència significativa en la manera com les dones perceben i afronten els símptomes. Segons la classificació clàssica proposada per House (1981), el suport social es pot dividir en quatre tipus principals. El *suport emocional* es manifesta a través de l'empatia, l'escolta activa i l'afecte, ajudant a reduir l'estrès i a reforçar l'autoestima. El *suport instrumental* fa referència a l'ajuda pràctica i tangible, com ara l'acompanyament a consultes mèdiques o la col·laboració en tasques quotidianes. El *suport informatiu* consisteix en l'oferta de consells, orientació o informació rellevant per prendre decisions informades. Finalment, el *suport d'apreciació o valoració* implica el reconeixement del valor personal i social de la dona, contribuint a mantenir una imatge positiva d'una mateixa. La combinació d'aquests tipus de suport pot tenir un impacte molt positiu en la manera com les dones afronten els canvis físics, emocionals i socials propis del climateri.

Per exemple, un estudi realitzat per Ridnet et al., (2023) va examinar l'efectivitat d'una intervenció basada en educació grupal i suport individual centrat en la persona, adreçada a dones d'entre 45 i 60 anys que presentaven símptomes habitualment associats a l'estrès durant la menopausa. Es va dur a terme un assaig clínic aleatoritzat amb quatre grups paral·lels en diversos centres d'atenció primària de Suècia: un primer grup va rebre educació grupal (GE); un segon grup va combinar educació grupal i suport individual centrat en la persona (GE+PCS); el tercer grup va rebre només suport individual (PCS); i finalment, el quart grup va actuar com a control, sense rebre cap intervenció.

Els resultats van mostrar que les participants que van rebre la intervenció van experimentar millores significatives en la salut mental i la qualitat de vida, comparat amb els grups control. A més, aquests efectes beneficiosos es van mantenir almenys durant 12 mesos després de la intervenció. L'estudi mostra que integrar programes educatius i de suport emocional en l'atenció primària pot ser una estratègia eficaç per abordar els símptomes psicosocials durant la transició menopàusica.

Una altra investigació duta a terme per Santoro et al.,(2021) destaca que les dones que reben suport emocional i mèdic experimenten una millor salut mental i un menor impacte dels símptomes, com els fogots, l'insomni i l'ansietat.

Altrament, també hi ha estudis que indiquen que la manca de reconeixement d'aquesta etapa pot portar a un augment del risc depressió i altres trastorns emocionals. Per exemple Hunter i Rendall (2020) explica que quan la societat no reconeix o no parla obertament sobre els símptomes associats a aquesta fase, les dones poden sentir-se incomprendides i aïllades, la qual cosa pot portar-les a percebre la menopausa com una crisi personal. Aquesta percepció negativa pot intensificar els trastorns emocionals, ja que moltes dones la veuen com una pèrdua de la seva identitat, feminitat i joventut. A més, la manca de suport social i mèdic adequat dificulta la gestió dels canvis físics i emocionals associats amb la menopausa, agreujant els nivells d'estrès i malestar. Hunter i Rendall (2020) subratllen que la falta d'educació sobre la menopausa pot fer que les dones se sentin desorientades i insegures, empitjorant així els sentiments d'ansietat i augmentant el risc de trastorns emocionals.

The Fawcett Society (2022) revela que les dones menopàusiques al Regne Unit estan sent negligides tant pels llocs de treball com pels proveïdors de serveis sanitaris. Basat en un sondeig de més de 4.000 dones, l'estudi mostra que 8 de cada 10 dones no tenen suport bàsic a la feina, com xarxes de suport, polítiques d'absència o informació compartida. Un 44% de les dones que treballen afirmen que les seves capacitats laborals es veuen afectades pels símptomes de la menopausa, com ara insomni (84%), boira cerebral (73%) i ansietat o depressió (69%). Així mateix, moltes dones experimenten una greu manca d'orientació mèdica, amb un 45% que no ha parlat mai amb el seu metge sobre la menopausa.

Els resultats també mostren una estigmatització considerable, amb un 41% que diu que els símptomes de la menopausa es tracten com una broma a la feina. Un estudi del *British Medical Journal* (Hardy et al., 2023) afirma que un percentatge significatiu de dones considera deixar la feina o reduir la seva jornada laboral a causa de la severitat dels símptomes, la qual cosa té conseqüències econòmiques i socials importants.

El suport dins del marc familiar també té un gran pes; un estudi qualitatiu realitzat per *Llonch Comadrán (2024)* subratlla la rellevància del suport familiar en la vivència de la menopausa. A través d'entrevistes amb dones entre 45 i 60 anys, l'autora identifica diversos factors relacionats amb el suport familiar que influeixen la salut emocional de les dones durant el climateri.

Una de les troballes més destacades de l'estudi és la invisibilització de la menopausa dins de l'esfera familiar. Moltes dones descriuen la menopausa com un tema poc tractat, amb una manca d'informació i una falta de sensibilització per part dels seus familiars. Aquesta situació contribueix a una sensació d'aïllament emocional, ja que les dones se senten incompreses i desconnectades dels membres de la seva família en una etapa que implica importants canvis físics i emocionals.

L'estudi també analitza el rol de la parella en la menopausa, destacant que moltes dones experimenten dificultats en la seva relació amb la parella degut a la manca de comprensió dels efectes físics i emocionals de la menopausa. La desconexió emocional derivada d'aquest desconeixement pot generar tensions

en la relació i agreujar el sentiment de solitud. Així mateix, es posa de manifest que, en molts casos, les dones no troben el suport que necessiten en les seves parelles, el que pot comportar un augment de l'ansietat i el malestar emocional.

Les dades de l'estudi també apunten que les dones que reben un suport emocional actiu per part de la família tenen una millor capacitat per afrontar els símptomes associats a la menopausa, com l'ansietat, la depressió i els trastorns del son. Aquest suport pot provenir de la parella, els fills o altres membres de la família, i es percep com un factor protector per a la salut mental i emocional de les dones. Les participants de l'estudi que van expressar una comunicació oberta amb els seus familiars sobre els efectes de la menopausa van reportar una vivència més positiva d'aquesta etapa (Llonch Comadrán, 2024).

5. Manca d'evidència i necessitat d'estudis contextualitzats

Tot i que la literatura internacional ha documentat àmpliament la relació entre la simptomatologia climatèrica i la disminució del benestar, així com els efectes positius del suport emocional, social i mèdic (Freeman et al., 2014; Avis et al., 2015), a Espanya hi ha una manca d'estudis actualitzats i específics que abordin aquesta qüestió des d'una perspectiva contextualitzada. Les dades epidemiològiques nacionals són escasses i fragmentàries, i moltes vegades no reflecteixen la diversitat d'experiències que viuen les dones durant el climateri (Caballero-Gutiérrez et al., 2018). Aquesta absència de dades dificulta el disseny d'intervencions efectives i adaptades a la realitat sociocultural del nostre país.

A més, la recerca feta fins ara sovint se centra en l'abordatge mèdic, deixant de banda el paper clau del suport psicosocial i de l'entorn laboral. No disposem d'evidència nacional suficient que permeti afirmar de manera clara que les dones que reben suport emocional, social o institucional viuen la menopausa amb més qualitat de vida (Olaechea Ramírez, 2012; Vélez P. & Figueredo, 2021). Per tant, aquest treball contribueix a omplir un buit rellevant en el coneixement científic i pot aportar dades útils per orientar polítiques públiques i accions específiques.

Les dades obtingudes podrien tenir implicacions significatives per al sistema sanitari i la societat: podrien justificar la incorporació de protocols sensibles al

climateri dins de l'atenció primària, impulsar la formació dels professionals i afavorir la creació de recursos específics en entorns laborals. Millorar l'evidència disponible no només és una aportació acadèmica rellevant, sinó que pot generar un impacte real en la vida de milers de dones.

Visibilitzar aquesta etapa i demostrar amb dades que el suport incideix positivament pot ser clau per promoure canvis estructurals i culturals.

OBJECTIUS I HIPÒTESIS

Els objectius d'aquesta investigació es centren en analitzar la simptomatologia, la qualitat de vida, el benestar emocional i el suport rebut per les dones durant les diferents fases del climateri (perimenopausa, menopausa i postmenopausa). L'estudi s'ha dut a terme amb una mostra de dones d'entre 35 i 65 anys, residents a Espanya, que entenen el català (idioma en què es presentava el qüestionari) i que havien donat el seu consentiment informat per participar. Més concretament, es pretén:

- OE1. Determinar la severitat dels símptomes en les 3 etapes del climateri
- OE2. Avaluar la qualitat de vida i el benestar de les dones durant el climateri en relació amb la severitat dels símptomes.
- OE3. Explorar els tipus de suport més comuns que reben les dones durant el climateri
- OE4. Examinar la relació entre la qualitat de vida, el benestar i el suport rebut.

Hipòtesis específiques:

- HE.1. Les dones amb menopausa presenten una severitat simptomàtica moderada o alta en àmbits com el son, l'estat d'ànim i les molèsties vasomotores.
- HE.2. Les dones amb símptomes climatèrics més severs presenten una qualitat de vida i un benestar subjectiu més baixos.
- HE.3. El suport social informal (família i amistats) és més habitual que el suport institucional o mèdic durant la menopausa.
- HE.4. Les dones que reben més suport emocional i social presenten una millor qualitat de vida i més benestar durant la menopausa.

MÈTODE

PARTICIPANTS

Per participar en l'estudi s'havien de complir els següents criteris: (1) ser dona d'entre 35 i 65 anys que es trobés en algun dels estadis del climateri com ara la perimenopausa, la menopausa o la postmenopausa, (2) entendre l'idioma en què es presentava el qüestionari (i.e., català), i (3) donar el seu consentiment informat per participar en l'estudi.

I com a criteris d'exclusió es van establir: (1) dones amb diagnòstic de trastorns endocrins greus que poguessin interferir en la simptomatologia pròpia del climateri, (2) dones amb menopausa induïda per tractaments mèdics específics, com la quimioteràpia, i (3) dones en tractament amb teràpia hormonal substitutiva o altres tractaments hormonals que poguessin alterar la percepció dels símptomes.

INSTRUMENT

L'Escala Cervantes (Mendoza et al., 2005), en la seva versió curta validada a Espanya, és un instrument que permet quantificar la gravetat de la simptomatologia climatèrica i avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut en dones d'entre 35 i 65 anys. Aquesta versió reduïda consta de 16 ítems distribuïts en quatre dominis: salut psicològica (6 ítems) , sexualitat i relació de parella (3 ítems) , símptomes vasomotors (2 ítems) i salut/imatge corporal (5 ítems). Tot i la seva brevetat, les propietats psicomètriques de la versió reduïda han estat prèviament avaluades. Els estudis de validació han mostrat una bona consistència interna, amb valors de l'alfa de Cronbach superiors a 0,70 en la majoria de subescales. A més, s'ha confirmat la validesa de constructe mitjançant anàlisi factorial, així com una bona validesa convergent, en correlacionar-se significativament amb altres instruments de mesura del climateri com el MENQOL. Així mateix, aquesta versió manté una bona capacitat discriminant, essent útil tant en l'àmbit clínic com en la recerca per la seva facilitat i rapidesa d'administració.(7-23 ítem)

Per a mesurar el benestar emocional general, s'ha utilitzat el **WHO-5 Well-Being Index** (World Health Organization [WHO], 1998). Es tracta d'un qüestionari autoaplicat breu, compost per cinc ítems que valoren aspectes positius del benestar subjectiu en les últimes dues setmanes, amb respostes en una escala de tipus Likert de 6 punts (0 = mai, 5 = sempre). Les puntuacions totals s'expressen en percentatges (0-100), on puntuacions més altes indiquen major benestar.

El WHO-5 ha estat àmpliament validat en diversos contextos clínics i poblacionals, mostrant excel·lents propietats psicomètriques. L'instrument presenta una alta consistència interna, amb valors d'alfa de Cronbach habitualment superiors a 0,85, així com una bona sensibilitat i especificitat per detectar possibles trastorns depressius. A més, s'ha demostrat una forta validesa convergent, correlacionant-se significativament amb altres escales de salut mental i qualitat de vida, i una bona validesa discriminant entre grups clínics i no clínics.

La seva senzillesa, enfocament positiu i solidesa psicomètrica fan del WHO-5 una eina útil i eficient per a l'avaluació del benestar emocional en la pràctica clínica i la recerca. (24-28 ítem)

El **Major Depression Inventory (MDI)** (Bech et al., 2001), és un qüestionari autoinformat desenvolupat per l'Organització Mundial de la Salut amb l'objectiu d'identificar i quantificar la severitat dels símptomes depressius, basant-se en els criteris diagnòstics del CIE-10 (ICD-10) i del DSM-IV. L'escala consta de 10 ítems que cobreixen els símptomes nuclears de la depressió major, amb respostes en escala Likert de 6 punts segons la freqüència d'experimentació en les dues últimes setmanes.

El MDI ha mostrat bones propietats psicomètriques, amb una alta consistència interna (alfa de Cronbach habitualment $> 0,85$), així com bona validesa de criteri, mostrant capacitat diagnòstica similar a altres eines com la PHQ-9. A més, ha estat validat en múltiples llengües i contextos culturals, incloent-hi la població general i poblacions clíniques. (29-36 ítem)

PROCEDIMENT

Les dades es van recollir a través d'un qüestionari en línia elaborat amb l'eina Microsoft Forms. Posteriorment, les dades van ser analitzades utilitzant el programari estadístic IBM SPSS Statistics. L'estudi segueix les recomanacions ètiques proporcionades pel Comitè d'Ètica en Investigació amb Persones de la URV (CEIPSA).

El reclutament de les participants es va dur a terme mitjançant diverses estratègies: Es va difondre informació sobre l'estudi a través de xarxes socials (ex., Instagram i Twitter), dirigint les publicacions a dones dins de la franja d'edat establerta. Es va contactar amb dones amb molt seguidors a xarxes perquè compartissin l'enquesta via "Instastorys". Finalment, es va fer ús del boca-orella, animant les participants a compartir l'enllaç amb altres dones potencialment interessades.

Les persones interessades a participar se'ls dirigia mitjançant un enllaç a una pàgina web amb informació detallada sobre l'estudi. En aquesta pàgina, es presentava l'objectiu de la investigació, s'explicaven les condicions de participació, es garantia l'anonimat de les respostes i es recollia el consentiment informat. Només aquelles persones que acceptaven aquest consentiment podien continuar amb el qüestionari.

Es va utilitzar una enquesta ad hoc que incloïa 33 preguntes dividides en 6 blocs de preguntes: dades sociodemogràfiques, simptomatologia, benestar emocional i salut mental, suports rebuts i opinió personal respecte a l'acompanyament durant el climateri. L'enquesta es componia de preguntes obligatòries, que han de respondre totes les dones enquestades, i preguntes no-obligatòries.

L'enquesta incluïa diferents tipus d'ítems, entre els quals hi havia: tres preguntes de resposta curta, dues de resposta llarga, nou amb diverses opcions de selecció única, una amb diverses opcions de selecció múltiple, tres amb escala Likert de l'1 al 5 i trenta-tres amb escala Likert del 0 al 5.

En el primer bloc sobre dades sociodemogràfiques, contenia 6 ítems i recollia informació sobre l'edat, estat civil, nivell d'estudis i ocupació actual.

En el segon bloc, es va avaluar en quina fase del climateri es trobava junt amb la simptomatologia. Per a la simptomatologia es va s'utilitzar l'Escala Cervantes.

En el tercer bloc, benestar psicològic, es va utilitzar el qüestionari OMS (Cinco) Índice de Bienestar (versión 1998) i el qüestionari The Major Depression (ICD-10) Inventor .

En el quart bloc, suports rebuts, es va avaluar si les participants rebien suport i de quin tipus identificant totes aquestes opcions a partir d'una revisió literària.

Per últim, en el cinquè bloc s'avaluava la opinió personal de les participants respecte el suport rebut i la perspectiva de la seva efectivitat a partir de 4 ítems.

ANÀLISIS DE DADES

En primer lloc, es van comprovar els supòsits de normalitat mitjançant els tests de Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk, i la homogeneïtat de variàncies amb la prova de Levene. En aquells casos en què aquest supòsit no es complia, es va aplicar la prova robusta de Welch com a alternativa.

Per a la descripció inicial de la mostra, es van calcular estadístics descriptius univariats. En el cas de les variables numèriques, com ara l'edat de les participants o les puntuacions globals de les escales utilitzades, es van obtenir la mitjana, la desviació estàndard, el valor mínim i el màxim. En el cas de les variables categòriques, com el nivell d'estudis, l'estat civil, la situació laboral o la fase del climateri, es van calcular les freqüències absolutes i relatives.

A continuació, es van aplicar proves estadístiques inferencials per respondre els objectius específics del treball. Per analitzar si existien diferències significatives entre grups (per exemple, entre fases del climateri o entre dones amb i sense suport), es van utilitzar proves t de Student per a mostres independents i anàlisis de la variància (ANOVA). En aquells casos en què es van detectar diferències estadísticament significatives, es va aplicar una anàlisi post-hoc mitjançant la correcció de Bonferroni per identificar entre quins grups es trobaven aquestes diferències.

Per estudiar les associacions entre variables quantitatives, es va utilitzar el coeficient de correlació de Pearson, especialment per explorar la relació entre el benestar emocional (WHO-5), la qualitat de vida (Escala Cervantes) i la simptomatologia depressiva (MDI). A més, es van calcular tamanys de l'efecte (com la d de Cohen i la correcció de Hedges) per quantificar la magnitud de les diferències trobades i així complementar la significació estadística amb una interpretació més pràctica dels resultats.

Per a totes les anàlisis realitzades es va establir un nivell de significació estadística de $p < .05$.

Les dades recollides mitjançant una pregunta oberta que invitava les participants a expressar lliurement què millorarien del suport rebut, es van analitzar qualitativament seguint una aproximació temàtica, identificant les necessitats més freqüents i les percepcions comunes entre les dones.

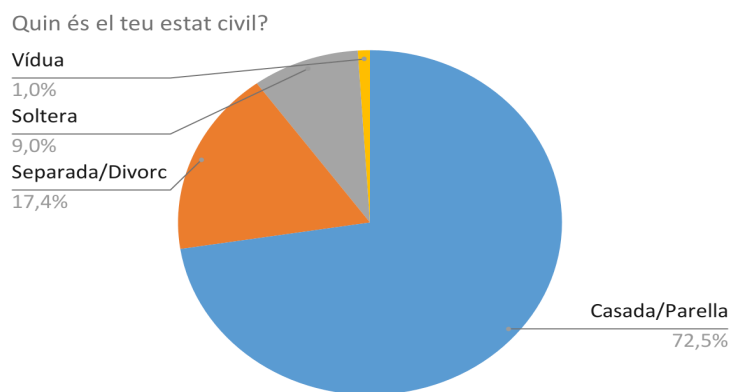
RESULTATS

1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra

Van ser enquestades 488 dones, amb edats compreses entre 35 fins a 65 que es trobaven en l'etapa del climateri, amb una mitjana d'edat de 53,28 anys (DE = 5,93)

Les participant eren majoritàriament casades o tenien parella i, només 5 persones eren viudes (veure Figura 1).

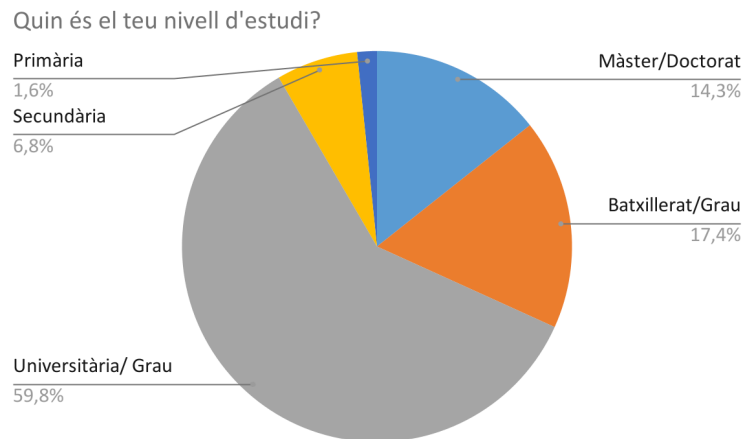
FIGURA 1: Estat civil de les participants



Font: Elaboració pròpia.

Pel que fa al nivell d'estudis, la majoria de les participants (60%) tenen estudis universitaris o superiors. També hi ha una representació destacada amb estudis de màster o doctorat (14%) i de batxillerat o grau mitjà (17%). (veure Figura 2)

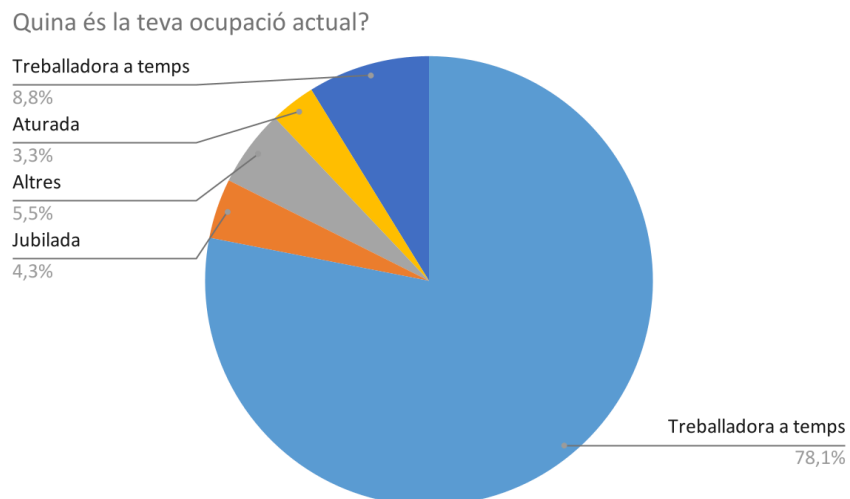
FIGURA 2: *Nivell d'estudis de les participants*



Font: *Elaboració pròpia.*

Referent a l'ocupació actual, un 78% treballa a temps complet (veure Figura 3). En el grup "Altres" (6%), s'inclouen dones autònomes, pensionistes, amb incapacitat laboral o dedicades a cures familiars.

FIGURA 3: *Ocupació actual de les participants*



Font: *Elaboració pròpia.*

2. Etapa i símptomes del climateri en la mostra

De les 488 respostes, el 57,2% (N= 275) són dones en fase postmenopàusica, el 37,7% (N= 184) són dones en fase perimenopàusica i el 5'1% (N=25) són dones en fase menopausica.

Pel que fa a la normalitat, les puntuacions globals de les escales cervantes_total, who5_total i mdi_total s'ajusten a la normalitat en les tres fases (Shapiro-Wilk: $p = .428$ per a perimenopausa, $p = .388$ per a menopausa i $p = .847$ per a postmenopausa per a cervantes_total). Tot i així, algunes subescales com cervantes_vasomotor i cervantes_sexual van mostrar desviacions en el grup de postmenopausa ($p < .001$).

Quant a la homogeneïtat de variàncies, la prova de Levene va resultar significativa en diverses variables. Davant d'aquesta manca d'homogeneïtat, es va optar per utilitzar la prova robusta de Welch, que no assumeix igualtat de variàncies i ofereix una estimació més precisa en aquests casos.

La puntuació global obtinguda a l'Escala Cervantes va ser de **M = 36,61** (DE = 13,83) sobre un màxim de 73 punts (veure Taula 1).

Taula 1: Puntuació global a l'Escala Cervantes

Sub-escala	N	Mínim	Màxim	M	Desv. estàndard
cervantes_total	392	,00	73,00	36,6071	13,83456
cervantes_vasomotor	488	,00	10,00	5,3996	3,82928
cervantes_psico	488	,00	30,00	13,5307	7,34449
cervantes_sexual	394	,00	15,00	6,5406	3,51943
cervantes_fisic	393	,00	25,00	10,5827	4,64274

Tanmateix, l'anàlisi de variància (ANOVA) no va mostrar diferències significatives entre les fases del climateri ($F(2, 389) = 2,02; p = .134$). Les comparacions post-hoc (Bonferroni) tampoc van revelar diferències significatives entre grups.

Pel que fa a les subescales de l'Escala Cervantes, en la dimensió psicològica es van detectar diferències estadísticament significatives entre fases ($F(2, 485) = 9,46; p < .001$). Les comparacions post-hoc amb la prova de Bonferroni mostren que les dones en fase de menopausa ($M = 15,3$) i perimenopausa ($M = 14,8$) obtenen puntuacions significativament més altes que les de postmenopausa ($M = 11,6$), amb diferències mitjanes de 3,65 ($p = .048$) i 2,74 ($p < .001$) respectivament. No es van observar diferències significatives entre les fases de perimenopausa i menopausa.

En la dimensió vasomotora també es van observar diferències significatives ($F(2, 485) = 9,58; p < .001$). Les dones en menopausa ($M = 6,2$) i postmenopausa ($M = 5,9$) presenten puntuacions superiors a les de perimenopausa ($M = 4,5$), segons les proves Bonferroni. Les diferències són estadísticament significatives entre perimenopausa i menopausa ($M_{diff} = -2,68; p = .003$), així com entre perimenopausa i postmenopausa ($M_{diff} = -1,30; p < .001$). No es van detectar diferències significatives entre menopausa i postmenopausa.

En la dimensió sexual, tot i que les puntuacions mitjanes van ser més altes en la fase de menopausa ($M = 7,0$), les diferències entre fases no van assolir significació estadística ($F(2, 391) = 2,80; p = .062$). Les comparacions post-hoc mitjançant la prova de Bonferroni tampoc van revelar diferències significatives entre cap de les fases, tot i que la comparació entre perimenopausa i postmenopausa va mostrar una tendència no significativa ($p = .138$).

El mateix passa amb la dimensió física que no es van observar diferències significatives ($F(2, 390) = 2,34; p = .098$). No obstant això, les mitjanes van ser lleugerament més elevades en la menopausa ($M = 11,2$) i perimenopausa ($M =$

10,8) respecte a la postmenopausa ($M = 9,9$). Les comparacions post-hoc amb correcció de Bonferroni no van revelar diferències significatives entre cap dels grups (totes les $p > .05$), tot i que es va observar una tendència propera a la significació entre la perimenopausa i la menopausa ($p = .100$).

3. Característiques de salut de la mostra

La puntuació mitjana del WHO-5 va ser de 12,15 punts sobre 25 ($DE = 4,62$).

Es va observar una correlació de Pearson negativa significativa ($r = -0,603$; $p < .001$) entre WHO-5 i la puntuació total de l'Escala Cervantes.

A més, es va aplicar una anàlisi de la variància (ANOVA) per identificar diferències en el benestar emocional segons la fase del climateri. Els resultats mostren diferències estadísticament significatives ($F(2, 485) = 17,43$; $p < .001$). Les proves post-hoc (Bonferroni) revelen que les dones en fase de postmenopausa presenten un nivell de benestar significativament superior al de les dones en perimenopausa ($p < .001$) i menopausa ($p = .042$), mentre que no s'observen diferències significatives entre les dues últimes.

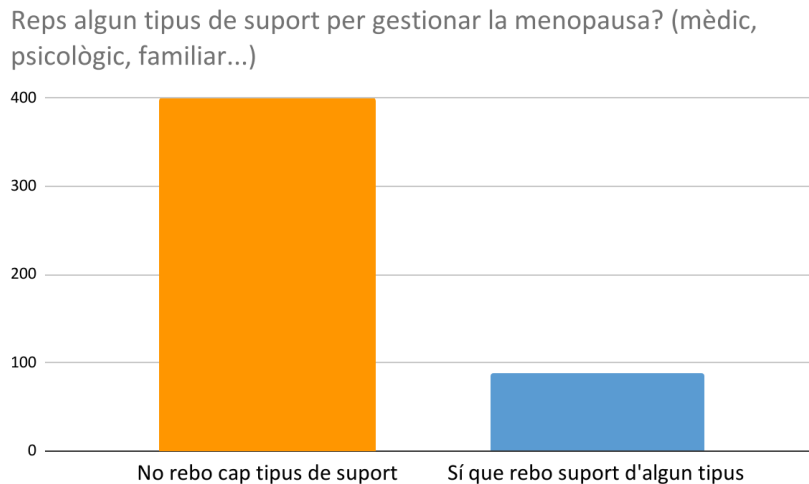
Per complementar aquestes troballes, es va utilitzar també el Major Depression Inventory (MDI). Els resultats mostren una correlació negativa alta amb el WHO-5 ($r = -0,729$; $p < .001$). L'ANOVA per al MDI mostra diferències significatives segons la fase del climateri ($F(2, 485) = 7,74$; $p < .001$), indicant una menor presència de símptomes depressius en les dones en postmenopausa comparat amb les altres dues fases.

4. Suport rebut durant el climateri

Per analitzar el suport rebut durant el climateri, es van utilitzar dues variables: una dicotòmica que indica si les participants reben o no algun tipus de suport, i una variable qualitativa que recull els tipus de suport específic rebuts.

Pel que fa a la pregunta 'Reps algun tipus de suport?', el 82% de les dones va respondre que no en rebien de cap tipus, mentre que el 18% va respondre afirmativament (veure Figura X).

FIGURA 4: Presència de suport



En relació amb la naturalesa del suport rebut, es van identificar cinc categories: atenció mèdica, suport psicològic, suport familiar o d'amistats, suport laboral i altres tipus. Els suports més freqüents van ser l'atenció mèdica, el suport psicològic, i el suport familiar o d'amistats. Els suports laborals van ser menys habituals, i en la categoria "altres" diverses participants van especificar suports alternatius, destacant opcions com suplementació natural, entrenament físic especialitzat (hipopressius, pilates, entrenadors personals), teràpies alternatives (acupuntura, naturopatia, homeopatia), lectura especialitzada, pràctiques de benestar com el ioga, i grups informals de dones.

TAULA 2: Tipus de suports

TIPUS DE SUPORT	NUM DE RESPOSTES	PERCENTATGE (%)
Atenció mèdica	41	32%
Suport familiar o d'amistats	33	26%

Suport psicològic	35	27%
Altres	16	12%
Suport a la feina	4	3%

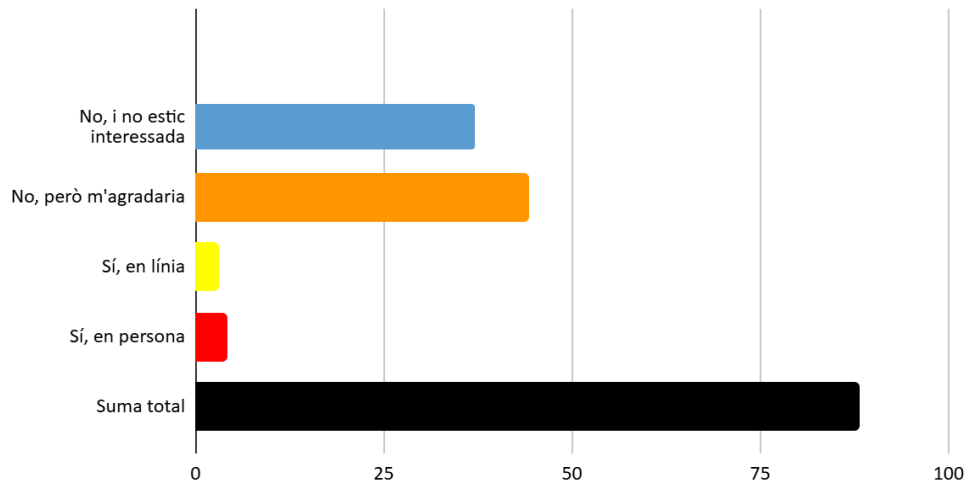
La mitjana obtinguda a la pregunta "En quina mesura creus que aquest suport t'ha resultat útil?" va ser de **3,86 sobre 5**, amb una desviació estàndard moderada (0,83).

A la pregunta "*T'agradaria tenir més informació o accés a recursos sobre la menopausa?*", els resultats mostren que una amplíssima majoria (66,2 %) va respondre afirmativament. En concret, 323 participants van expressar el seu desig de disposar de més informació o recursos. Per altra banda, 111 dones (22,7 %) van respondre "*No ho sé*" i només 54 dones (11,1 %) van respondre negativament, afirmant que no desitjaven més informació.

En la pregunta "Has participat en algun grup de suport sobre la menopausa?", els resultats mostren que pràcticament la meitat de les participants (49,2 %) no ha participat en cap grup, però afirma que li agradaria fer-ho. En canvi, un 45 % declara que no hi ha participat ni té interès a fer-ho. Només el 5,8 % ha participat realment en algun tipus de grup de suport, ja sigui de manera presencial o en línia.

FIGURA 5: Participació en grups de suports

Has participat en algun grup de suport sobre la menopausa?



A la pregunta "Per quin motiu no participa en algun grup de suport?", el motiu més recurrent és el desconeixement. Més de la meitat de les dones afirmen no saber que existeixen grups de suport, o no conèixer on trobar-los o com accedir-hi.

En segon lloc, moltes participants assenyalen la inexistència percebuda d'aquests grups en el seu entorn proper, ja sigui per ubicació geogràfica o per falta d'oferta pública o adaptada. També és freqüent la menció a la manca de temps per compatibilitzar aquests espais amb la vida quotidiana, així com el fet que ningú els ho ha proposat ni recomanat.

Altres respostes reflecteixen que els grups existents no s'ajusten a les seves preferències, especialment pel que fa a la presencialitat i el cost.

L'anàlisi de les dades mostra diferències significatives entre les dones que informen rebre suport ($M = 10,58$) i les que no en reben ($M = 12,50$), en relació amb el seu benestar emocional, qualitat de vida i simptomatologia depressiva. Aquesta diferència és estadísticament significativa ($p < .001$) i presenta una mida de l'efecte moderat (d de Cohen = $-0,42$).

Pel que fa a la qualitat de vida percebuda, les dones amb suport obtenen una mitjana de 40,49 punts, mentre que les dones sense suport presenten una mitjana més baixa de 35,73 punts.

En relació amb la simptomatologia depressiva, les dones que afirmen rebre suport presenten una mitjana de 25,51 punts, per sobre de la mitjana de 22,07 punts registrada en el grup de dones que no en reben. Aquesta diferència presenta un tamany de l'efecte petit a moderat, amb una d de Cohen de 0,323 (IC95% = 0,091 - 0,555).

A la pregunta "*Creus que rebre suport ha influït en la teva qualitat de vida durant la menopausa?*", la mitjana obtinguda en aquesta pregunta és de 2,04 punts (DT = 0,903).

DISCUSSIÓ

En relació amb el primer objectiu específic, que buscava determinar la severitat dels símptomes climatèrics segons la fase del climateri, l'Escala Cervantes va mostrar una puntuació global mitjana de 36,61 punts sobre 73, la qual cosa indica una afectació simptomàtica moderada en el conjunt de la mostra. Aquest resultat confirma que una part significativa de les dones experimenta molèsties rellevants durant el climateri. Tot i que no es van detectar diferències estadísticament significatives en la puntuació global entre les fases, les anàlisis específiques per dimensions de l'escala revelen patrons diferenciats. Les dones en fase de menopausa i perimenopausa mostren una simptomatologia psicològica més elevada en comparació amb les dones en postmenopausa, especialment en aspectes com l'ansietat, la irritabilitat i el cansament. Aquesta troballa suggereix que la transició hormonal activa es vincula a una intensificació dels símptomes emocionals, que posteriorment disminueixen un cop superada aquesta etapa. D'altra banda, la dimensió vasomotora també presenta diferències significatives, amb puntuacions més altes en les dones en menopausa i postmenopausa respecte a les de perimenopausa, la qual cosa s'alinea amb la literatura científica que assenyala la persistència d'aquests símptomes més enllà del final de la menstruació. En canvi, les dimensions sexual

i física no mostren diferències significatives entre fases, tot i que s'observen lleugeres tendències que podrien ser explorades amb mostres més grans. Aquest conjunt de resultats dona suport parcial a la hipòtesi HE1, que plantejava una major severitat simptomàtica en àmbits com el son, l'estat d'ànim i els símptomes vasomotors durant la menopausa.

Pel que fa a la qualitat de vida i el benestar emocional, l'anàlisi mostra un impacte clarament condicionat per la simptomatologia climatèrica i per la fase vital en què es troben les participants. El benestar emocional mitjà mesurat amb el WHO-5 se situa lleugerament per sota del punt de tall clínic establert per l'OMS, amb una puntuació mitjana de 12,15 punts sobre 25. Aquesta dada indica que una proporció considerable de dones es troba en situació de vulnerabilitat emocional durant el climateri. A més, la correlació negativa entre el WHO-5 i l'Escala Cervantes, amb un coeficient de $-0,603$, confirma que a mesura que augmenta la severitat dels símptomes, disminueix el benestar emocional. Aquest patró es veu reforçat per la forta correlació negativa entre el WHO-5 i l'escala MDI de depressió, la qual cosa evidencia que el malestar emocional percebut pot estar relacionat amb quadres clínicament rellevants. També es mostra diferències significatives segons la fase del climateri, sent les dones en postmenopausa les que presenten un benestar emocional més elevat que les de perimenopausa i menopausa. Això suggereix que el malestar emocional és més intens en les fases de transició hormonal activa i que tendeix a estabilitzar-se en la postmenopausa. Aquest conjunt de dades valida clarament la hipòtesi HE2, segons la qual les dones amb simptomatologia més severa presenten una qualitat de vida i un benestar més baixos.

Pel que fa al tercer objectiu específic, que pretenia explorar els tipus de suport més comuns que reben les dones durant el climateri, les dades mostren que només el 18 % de les participants afirmen haver rebut algun tipus de suport, mentre que el 82 % indiquen no haver-ne rebut de cap mena. D'entre les dones que sí que n'han rebut, els suports més habituals són l'atenció mèdica, el suport psicològic i el suport familiar o d'amistats. En canvi, el suport laboral i institucional és pràcticament inexistent. Aquesta distribució confirma la hipòtesi HE3, que anticipava una prevalença més gran del suport informal respecte al suport institucional. A més, les respostes obertes aporten informació valuosa

sobre pràctiques alternatives i d'autogestió, com ara la suplementació natural, el ioga, l'acupuntura, la lectura especialitzada o els grups informals de dones, que són percebuts com a fonts importants de benestar. Aquestes dades posen de manifest una clara tendència a l'autoresponsabilització i a la recerca activa de recursos davant la manca de referents institucionals o protocols específics per acompanyar les dones en aquesta etapa.

Pel que fa a la relació entre el suport rebut, la qualitat de vida i el benestar emocional, els resultats mostren un patró aparentment contraintuïtiu. Les dones que afirmen rebre suport presenten, de mitjana, puntuacions més baixes en benestar emocional i més altes en simptomatologia depressiva i afectació de la qualitat de vida, en comparació amb les que no en reben. Aquest patró es reflecteix tant en el WHO-5 com en l'Escala Cervantes i el MDI, i presenta diferències estadísticament significatives. No obstant això, aquest resultat pot entendre's si s'interpreta des d'una perspectiva dinàmica: és possible que el suport es mobilitzi com a resposta a situacions de major patiment o vulnerabilitat, i no com a factor preventiu. Això qüestiona la hipòtesi HE4, que plantejava que les dones amb més suport tindrien una millor qualitat de vida i benestar. En realitat, els resultats apunten que no és només la presència del suport el que determina el seu impacte, sinó la seva qualitat, intensitat i adequació a les necessitats reals de les dones. Aquesta idea es veu reforçada per la valoració subjectiva del suport, que és majoritàriament positiva. El 70,5 % de les dones que reben suport consideren que aquest ha millorat la seva qualitat de vida, mentre que només un 9,1 % afirma que no ha tingut cap efecte, i un 20,5 % manifesta que no ho sap. A més, la mitjana obtinguda a la pregunta "En quina mesura creus que aquest suport t'ha resultat útil?" és de 3,86 sobre 5, amb una desviació estàndard moderada, la qual cosa indica que, en general, el suport és percebut com a bastant útil.

Les preguntes obertes permeten aprofundir encara més en la vivència subjectiva del suport rebut. Les dones descriuen canvis positius en diversos àmbits: una millora emocional i psicològica (sentiments de comprensió, acompanyament i alleujament), una millora física (reducció de símptomes com fogots, sequedat vaginal o problemes de son), un augment del coneixement i de l'autogestió, i una valoració elevada del suport relacional rebut per part de la parella o de

l'entorn familiar. No obstant això, també s'hi detecten limitacions. Algunes dones manifesten que el suport rebut no ha estat suficient, o bé que no ha tingut cap impacte tangible en la seva qualitat de vida. Altres denuncien la banalització dels símptomes per part del personal sanitari o la manca d'informació clara i anticipada. També es reclama una atenció més integral i un reconeixement social i institucional del climateri.

Aquest conjunt de resultats evidencia que la vivència del climateri no pot ser abordada exclusivament des d'una perspectiva mèdica o hormonal. Es tracta d'un fenomen biopsicosocial que implica una forta dimensió emocional, cultural i relacional. L'impacte és desigual segons la fase del climateri, el context de vida i el suport percebut. Aquesta complexitat fa evident la necessitat d'abordatges integrals, amb perspectiva de gènere i enfocaments interseccionals, que posin en valor la diversitat d'experiències i la veu de les pròpies dones.

Tot i això, aquest estudi presenta diverses limitacions que cal tenir en compte. En primer lloc, l'ús d'un qüestionari autoaplicat en línia pot haver generat un biaix de selecció, afavorint la participació de dones amb accés a internet, competències digitals i un cert grau d'interès pel tema, la qual cosa podria limitar la representativitat de la mostra. A més, la classificació de les participants en les diferents fases del climateri es basa en l'autoinforme, i no en criteris mèdics objectius, fet que pot introduir errors en la distribució entre grups. També cal tenir present que la mostra no està equilibrada entre fases: hi ha un predomini clar del grup de dones en postmenopausa, mentre que la mostra de dones en menopausa és reduïda, cosa que podria afectar la potència estadística per detectar diferències significatives. D'altra banda, el caràcter transversal del disseny impedeix establir relacions causals, i només permet capturar una imatge estàtica de l'experiència del climateri, sense tenir en compte la seva evolució en el temps. Finalment, l'absència d'una anàlisi segmentada per variables com l'origen ètnic, el nivell socioeconòmic o el context laboral fa que no es pugui explorar en profunditat l'impacte de les desigualtats socials en aquesta etapa vital.

Malgrat aquestes limitacions, l'estudi presenta diverses fortaleses rellevants. D'una banda, s'ha aconseguit una mostra nombrosa (488 dones), que permet una anàlisi amb un nivell raonable de fiabilitat estadística. S'han utilitzat

instruments validats i específicament dissenyats per mesurar les dimensions clau del climateri (com l'Escala Cervantes, el WHO-5 i el MDI), cosa que incrementa la validesa de les conclusions. També cal destacar l'ús de tècniques estadístiques robustes, com la prova de Welch per compensar la manca d'homogeneïtat de variàncies, i el càlcul del tamany de l'efecte per valorar la magnitud dels resultats. A nivell teòric i metodològic, el fet d'haver combinat dades quantitatives i qualitatives enriqueix l'anàlisi i aporta una visió més holística i profunda del fenomen, fent visible no només els impactes mesurables sinó també les percepcions, relats i necessitats expressades per les pròpies dones.

A partir dels resultats obtinguts, es poden plantejar diverses propostes de futur. En primer lloc, seria convenient desenvolupar estudis longitudinals que permetin analitzar l'evolució dels símptomes climatèrics, del benestar emocional i del suport rebut al llarg del temps, superant així les limitacions pròpies dels dissenys transversals. També seria útil incorporar mostres més diverses i representatives, tant pel que fa a l'edat com a l'origen geogràfic, el nivell educatiu, la situació laboral o l'estat de salut. D'altra banda, caldria aprofundir en l'impacte del context sociocultural, especialment en col·lectius més vulnerables o invisibilitzats, així com explorar el paper dels estereotips, el tabú i la medicalització del climateri. Des d'un punt de vista pràctic, els resultats evidencien la necessitat d'impulsar campanyes informatives accessibles, programes de formació per a professionals de la salut amb perspectiva de gènere, i la creació d'espais col·lectius com grups de suport presencials o en línia, que permetin compartir experiències, emocions i recursos. A nivell institucional, caldria que les polítiques públiques de salut incloguessin el climateri com a etapa vital amb necessitats específiques, garantint una atenció integral, personalitzada i basada en l'evidència, que reconegui la diversitat de trajectòries i condicions de les dones en aquesta etapa de la vida.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Bech, P., Rasmussen, N. A., Olsen, L. R., Noerholm, V., & Abildgaard, W. (2001). The Major Depression Inventory (MDI). *Psychological Medicine*, 31(5), 869–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004072>
- Eberlin, H., Vélez, P., & Figueredo, L. (2016). Importancia histórica del climaterio y la menopausia. *Revista Educación en Valores*, 2(26), 48. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7021613.pdf>
- Rindner, L., Nordeman, L., Strömme, G., Hange, D., Gunnarsson, R., & Rembeck, G. (2023). Effect of group education and person-centered support in primary health care on mental health and quality of life in women aged 45–60 years with symptoms commonly associated with stress: A randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 23, 221. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02221-6>
- Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 497–515. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.001>
- Sánchez Borrego, R., García-García, P., Mendoza, N., Soler López, B., Álamo González, C., & Grupo de estudio Cervantes. (2015). Evaluación de la calidad de vida en la mujer menopaúsica mediante la escala Cervantes: impacto del tratamiento en la práctica clínica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2014.12.004>
- Schneider, H. P., Heinemann, L. A. J., Rosemeier, H. P., Potthoff, P., & Behre, H. M. (2000). The Menopause Rating Scale (MRS): scale development and validation. *Climacteric*, 3(1), 69–76. <https://doi.org/10.3109/13697130009167635>
- Zhou, H. H., Yu, Z., Luo, L., Xie, F., Wang, Y., & Wan, Z. (2021). The effect of hormone replacement therapy on cognitive function in healthy postmenopausal women: A meta-analysis of 23 randomized controlled trials. *Psychogeriatrics*, 21(6), 926–938. <https://doi.org/10.1111/psyq.12768>
- Cruz Martínez, E. A., Cruz Anguiano, V., Martínez Torres, J., & Boo Vera, D. (2012). Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. *Gaceta Médica de México*, 148(4), 361–366. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422012000400003&script=sci_arttext
- López Salas, R. G., & Chacón Pizano, W. L. (s.f.). Sintomatología más frecuente en mujeres durante su climaterio mediante Menopause Rating Scale. *Revista*

Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 60(6), 1–5.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=103015>

Olaechea Ramírez, M. S. (2012). Calidad de vida, autoestima y felicidad en mujeres durante el climaterio, de estrato socioeconómico medio-alto y bajo, en la ciudad de Lima. *Consensus*, 17, 181–195.
https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/consensus/volumen17/181_13_MARIA_SONIA_OLAECHEA.pdf

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

World Health Organization. (1998). *WHO (Five) Well-Being Index (1998 version)*.
<https://www.who-5.org>

Grupo de Estudio Cervantes. (s.f.). *Cuestionario breve de calidad de vida: Escala Cervantes-Reducida*.

Ministeri de Sanitat. (2023). *Parlem de la menopausa*.
<https://hablemosdelamenopausia.es/ca/>

Bazeley, A., Marren, C., & Shepherd, A. (2022). *Menopause and the workplace*. The Fawcett Society.
<https://www.fawcettsociety.org.uk/menopauseandtheworkplace>

The Fawcett Society. (2022). *Landmark study: Menopausal women let down by employers and healthcare providers*.
<https://www.fawcettsociety.org.uk/news/landmark-study-menopausal-women-let-down-by-employers-and-healthcare-providers>

Dexeus Dona. (s.f.). *Menopausa i climateri*. Institut Dexeus – Salut de la dona.
<https://www.dexeus.com/ginecologia/menopausia>


Cepeda Moreno, K. L., Vera Martínez, D. A., Reyes Martínez, K. E., & Reinoso Tapia, S. C. (s.f.). *Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio*.

El Nacional. (2023, 10 de març). *La menopausa dispara el risc de depressió*. ElNacional.cat.
https://www.elnacional.cat/ca/tecnologia/menopausa-dispara-risc-depressio_1295769_102.html


El Nacional. (2023, 24 de febrer). *Dos terços de les dones viuen la seva menopausa amb desig sexual però voldrien gaudir més del sexe*. ElNacional.cat.
https://www.elnacional.cat/ca/tecnologia/dos-tercos-dones-viuen-seva-menopausa-voldrien-gaudir-mes-sexe_1276677_102.html


ANNEXE


1. Qüestionari complet

3. Quina és la teva edad? ____ anys * 


Escriuiu la vostra resposta.

4. Quin és el teu estat civil? * 


Selecciona una resposta 

5. Quin és el teu nivell d'estudi? * 

- Sense estudis
- Primària
- Secundària
- Batxillerat/Grau mitjà
- Universitària/ Grau superior
- Màster/Doctorat

6. Quina és la teva ocupació actual? * 

- Treballadora a temps complet
- Treballadora a temps parcial
- Aturada
- Jubilada
- Altres

7. En quina fase et trobes actualment? * 

En aquesta enquesta, utilitzarem el terme '**menopausa**' per referir-nos al procés que inclou la perimenopausa, la menopausa i la postmenopausa. Sabem que aquest període s'anomena **climateri**, però per facilitar la comprensió, us parlarem de menopausa.

- Perimenopausa:** Cicles irregulars o absència de regla des de fa menys d'1 any.
- Menopausa:** Fa 1 any exacte que no menstruo.
- Postmenopausa:** Fa més d'1 any que no menstruo.

8. Si us plau, llegeixi atentament cadascuna de les preguntes següents.

Respon a les preguntes i marca amb una X la casella que consideris més adequada segons el que tú pensis i sentis i les respostes proposades. És a dir, si estàs totalment d'acord marca el 5 i si estàs totalment en desacord marca el 0. Si no estàs totalment d'acord o en desacord, utilitza les caselles intermèdies.

No pensis massa en les respostes ni hi dediquis molt temps a contestar-les.

Recorda que no hi ha respostes correctes o incorrectes, ni respostes amb trampa, i totes s'han de respondre amb sinceritat.

* 

	0 = Totalment en desacord	1	2	3	4	5 = Totalment d'acord
1. De sobte, noto que començo a suar sense haver fet cap esforç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Noto sufocacions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Durant el dia, noto que el cap em va fent més mal progressivament	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Noto que el cor em bateja molt de pressa i sense control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Encara que dormo, no aconsegueixo descansar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Noto formigueig a les mans i/o als peus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Em fa por fer esforç perquè se m'escapa l'orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La meua salut em causa problemes amb les tasques domèstiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. He notat que tinc la pell més seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. No puc més de tan nerviosa que estic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tot m'avorreix, fins i tot les coses que abans em divertien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Des que em llevo, em sento cansada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Estic satisfeta amb les meves relacions sexuals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. En la meua vida, el sexe és important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Respon aquestes preguntes **NOMÉS** si tens parella.



	0 = Totalment en desacord	1	2	3	4	5 = Totalment d'acord
15. Em considero feliç en la meua relació de parella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El meu paper com a esposa o parella és important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Has notat un canvi en la teua qualitat de vida des de l'inici de la menopausa? *

- Ha empitjorat significativament
- Ha empitjorat lleugerament
- No ha canviat
- Ha millorat lleugerament
- Ha millorat significativament

11. Si us plau, indica per a cadascuna de les afirmacions, quina descriu millor **com t'has sentit durant** les últimes dues setmanes.



	5= Tot el temps	4= La major part del temps	3= Més de la meitat del temps	2= Menys de la meitat del temps	1= De tant en tant	0= Mai
M'he sentit alegre i de bon humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'he sentit tranquila i relaxada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'he sentit activa i enèrgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'he despertat fresca i descansada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La meua vida quotidiana ha estat plena de coses que m'interessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'he sentit deprimida o trista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He perdut interès en les meves activitats diàries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

He sentit falta d'energia i força	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He tingut càrrecs de consciència o sentiments de culpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He sentit que la vida no mereix la pena viure-la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He tingut dificultats per a concentrar-me, per exemple, quan llegeixo o miro la tele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'he sentit molt inquieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'he sentit apagada o lenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He tingut problemes per dormir per la nit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He tingut problemes per dormir per la nit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He notat falta de gana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He notat augment de gana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. **Com valoraries la teva qualitat de vida actual?** (Escala de 1 a 5, on 1 = molt dolenta i 5 = excel·lent)

*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. **Reps algun tipus de suport per gestionar la menopausa? (mèdic, psicològic, familiar...)** *

Sí que rebo suport d'algun tipus

No rebo cap tipus de suport

14. **Quin tipus de suport/s reps? (Pots marcar més d'una opció)**

*

Atenció mèdica (tractaments hormonals, teràpia, medicaments)

Suport psicològic (teràpia, grups de suport emocional)

Suport de la família o amics

Suport a la feina (mesures d'adaptació, flexibilitat horària, etc.)

Altres (especifiqui):

15. En cas d'haver seleccionat "Altres", especifica quin/s suport/s. 

Escriviu la vostra resposta.

16. En quina mesura creus que aquest suport t'ha resultat útil? (Escala de 1 a 5, on 1 = gens i 5 = molt)



1

2

3

4

5

17. Com descriuria el suport que ha rebut per part de professionals mèdics?


* 

- Molt satisfactori
- Molt insatisfactori
- Insatisfactori
- No he rebut atenció mèdica
- Regular
- Satisfactori

18. Has participat en algun grup de suport sobre la menopausa?

- Sí, en persona
- Sí, en línia
- No, però m'agradaria
- No, i no estic interessada

19. Per quin motiu no participa en algun grup de suport? 

Escriviu la vostra resposta.

20. En què t'ha ajudat rebre suport durant la menopausa? Quins canvis has notat en el teu dia a dia?



Escriviu la vostra resposta.

21. **Creus que rebre suport ha influït en la teva qualitat de vida durant la menopausa?**



- Sí, ha millorat significativament
- Sí, ha millorat una mica
- No ha tingut cap efecte
- No ho sé

22. **T'agradaria tenir més informació o accés a recursos sobre la menopausa?**



- Sí
- No
- No ho sé

23. **Què t'agradaria millorar en l'acompanyament a la menopausa?**



Escriuiu la vostra resposta.