

CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER EN EL TRANCURSO DEL CLIMATERIO

AUTOR

Néstor O. Siseles¹

Pamela Gutiérrez²

¹Prof. de Ginecología de la UBA

Presidente Honorario de FLASCYM

Miembro del Comité Ejecutivo de la *Internacional Society of Gynecological Endocrinology*

Secretario General del CAMS

E-mail: nsiseles@fibertel.com.ar

²Docente de Ginecología de la UBA

Especialista en Ginecología y Endocrinología Ginecológica

Consultora en Climaterio certificada por la AAPEC

Médica del Servicio de Ginecología, Unidad Asistencial Dr. César Milstein (Ex Hospital Francés)

E-mail: pamelagutierrez2005@yahoo.com.ar

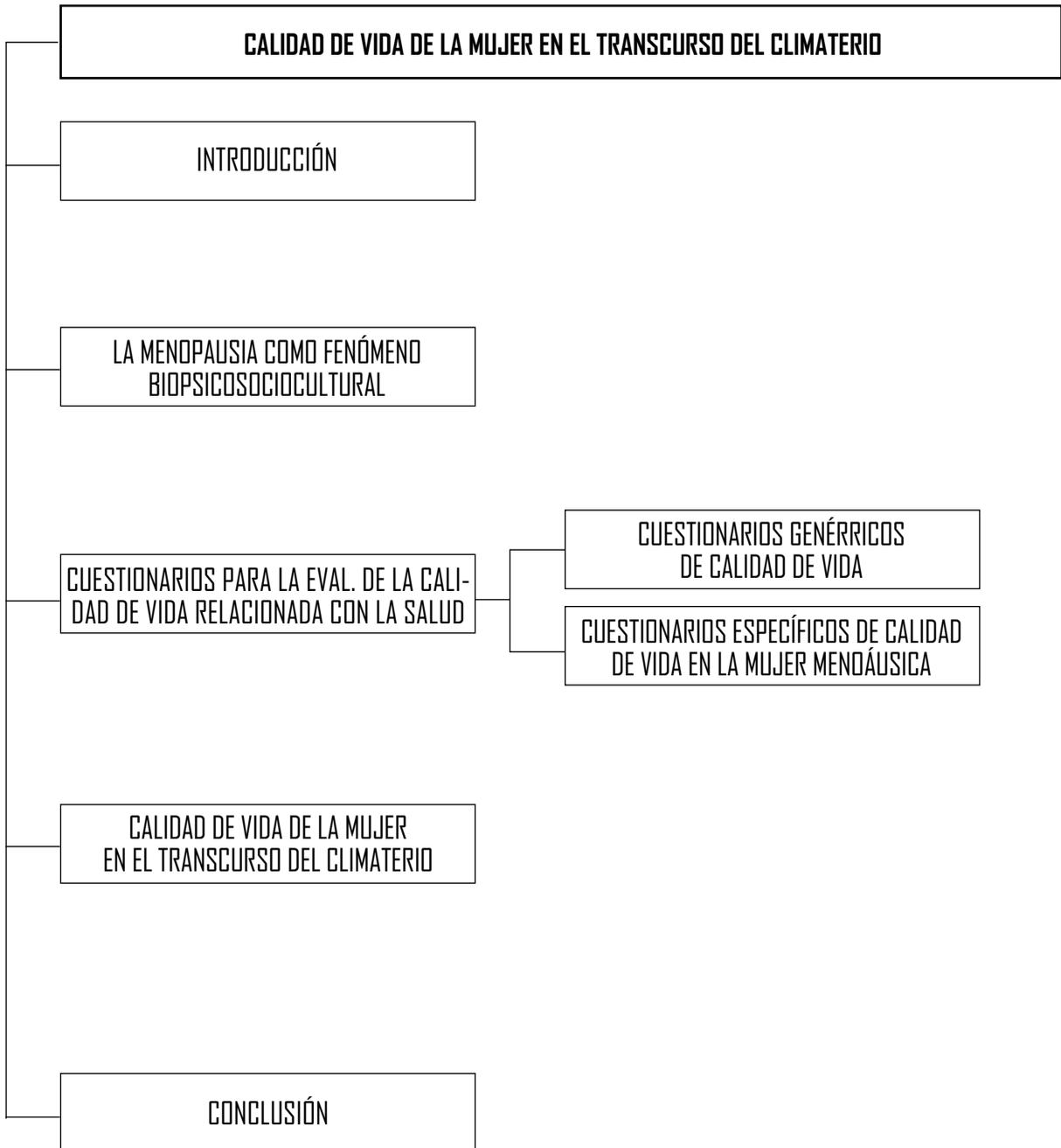
REFLEXIONES INICIALES

Dres. Néstor D. Siseles, Pamela Gutiérrez

OBJETIVOS

Al finalizar el capítulo, el profesional de salud deberá ser capaz de:

ESQUEMA DE CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define "Calidad de Vida" (CV) como la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones¹. La salud es un componente fundamental de la CV, sin embargo, tradicionalmente, la evaluación del estado de salud se ha basado en la medición de parámetros objetivos obtenidos de la clínica y de métodos complementarios de diagnóstico, cuantificables, pero no siempre relacionados con la experiencia subjetiva y personal del individuo respecto a su propio estado. Por lo tanto, es preciso añadir la percepción que la persona tiene de su condición, de su sentido de bienestar general o de su capacidad para funcionar en la vida diaria. De allí surge la importancia de generar el término "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS).

La CVRS se refiere al nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud. Este enfoque aplicado a la medicina resalta la relevancia de la práctica centrada en las necesidades del paciente^{1, 2}.

La menopausia es un evento fisiológico en el ciclo vital de la mujer, pero no es un evento aislado, sino que está acompañado por un conjunto de cambios en diversas áreas: física, psicológica, social, acorde con roles y posiciones de la mujer en el transcurso del climaterio y en función de creencias, valores y oportunidades del contexto sociocultural al cual pertenece. De lo anterior se desprende la necesidad de estudiar minuciosamente el impacto de la menopausia en la calidad de vida de la mujer en el transcurso del climaterio para ajustar las intervenciones preventivas o terapéuticas a aquellos aspectos con mayor probabilidad de repercutir positivamente.

LA MENOPAUSIA COMO FENÓMENO BIOPSIOSOCIOCULTURAL

La menopausia puede ser entendida como un fenómeno biopsicosociocultural, en donde los factores biológicos, psicológicos y socioculturales interactúan en la expresión de la vivencia del climaterio y determinan su impacto en la calidad de vida de la mujer. Cuando se compara la experiencia del climaterio en mujeres de diferentes culturas, se observa considerable variabilidad en la vivencia de éste y en la incidencia de la mayor parte de los síntomas relacionados con

esta etapa. Para algunas culturas, la menopausia confiere beneficios y las mujeres esperan con agrado su aparición; mientras que para otras es un estigma, algo que no se debe ni nombrar por la carga emocional negativa que implica. Por lo tanto, no sólo es importante identificar la presencia de alguno de los síntomas menopáusicos, sino también interesa la apreciación subjetiva de la mujer, quien determinará si se ve afectada o no su calidad de vida por estos síntomas³⁻⁶.

La percepción de los síntomas menopáusicos se relaciona con la condición sociocultural, psicológica y biológica de las mujeres. La mayor parte de la información sobre síntomas de la menopausia se ha obtenido de poblaciones de países industrializados. En Latinoamérica, el tratamiento de esta temática ha sido escaso y podríamos situar en la década de los noventa el inicio del estudio con una perspectiva sociocultural². Los escasos datos de los países latinoamericanos indican que los síntomas que se producen en las poblaciones caucásicas de los países desarrollados no son aplicables en los países de la región. La combinación de factores biológicos y culturales determina la naturaleza de la menopausia de la mujer latinoamericana.

Se necesita mayor información para apreciar la utilidad de intervenciones específicas y el tipo de éstas. Los pocos estudios realizados en distintos países de la región muestran diferentes actitudes frente a la menopausia, por lo que se observa gran heterogeneidad al respecto⁶.

Otra cuestión para considerar es que la severidad de los síntomas climatéricos, y particularmente los derivados del sistema nervioso, es muy diferente según el número de variables sociales consideradas. Por ejemplo, la mujer sin profesión que pertenece al estrato socioeconómico más alto presenta más síntomas que la profesional que encuentra sentido y pertenencia en su trabajo y no sólo centrados en el grupo familiar⁷.

Esto debe ser evaluado por el profesional que asiste este grupo etario.

El impacto que tiene el climaterio en la calidad de vida es atribuido a la sintomatología asociada, especialmente a las clásicas molestias vasomotoras y a algunos síntomas físicos, como las palpitaciones. Así se ha observado que las mujeres de mediana edad

que presentan síntomas climatéricos pueden tener severamente comprometida su calidad de vida.

La presencia repentina de la sensación displacentera de calor, que habitualmente se produce en el pecho y asciende hacia el cuello y cara, se acompaña frecuentemente de sudoración. Los sofocos provocan en algunas mujeres grandes molestias diurnas e interrumpen el sueño por las noches. Estos síntomas pueden persistir hasta 5 años en más de la mitad de las mujeres, pero a diferencia de otros trastornos, desaparecen con el tiempo⁸.

Los síntomas urogenitales son consecuencia de los cambios atróficos desencadenados por el déficit estrogénico. Su naturaleza progresiva conduce al deterioro de la calidad de vida de las mujeres de mediana edad. Estos síntomas pueden interferir con las actividades cotidianas, los eventos sociales y repercutir también en la esfera psicosexual⁹.

Muchas mujeres manifiestan alteraciones psicosomáticas durante el climaterio, sin embargo, la menopausia per se no tendría un efecto deletéreo en la salud mental; muchos de los trastornos reportados en esta etapa se vinculan más a factores psicosociales y su relación directa con la caída estrogénica es poco probable¹⁰. Estos trastornos se han descrito tanto en varones como en mujeres de mediana edad, entre los más frecuentes se encuentran los siguientes: nerviosismo, fatiga, cefalea, insomnio, depresión, irritabilidad, artralgias, mialgias y mareos¹¹.

La disminución de los esteroides ováricos influye en la patogenia de las enfermedades más invalidantes de la mujer de mediana edad como la osteoporosis, enfermedad cardiovascular y enfermedad de Alzheimer; pero estas patologías son difíciles de atribuir completamente a la deficiencia estrogénica debido a que también influyen otros factores tales como los aspectos genéticos y el envejecimiento mismo.

En verdad,

La diferenciación precisa de las consecuencias relacionadas con la menopausia de aquellas debidas al efecto del envejecimiento aún no ha sido totalmente aclarada¹².

Es importante, para no correr el riesgo de medicar innecesariamente a la mujer en el transcurso del climaterio, identificar las percepciones subjetivas y actitudes de ella hacia su salud, su ciclo reproductivo, la menstruación, la fertilidad y el envejecimiento.

CUESTIONARIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La calidad de vida introduce una nueva dimensión en la evaluación de la mujer en el transcurso del climaterio, además de la valoración de los cambios clínicos y de laboratorio tradicionales.

A partir de los últimos veinte años se vienen desarrollando gran número de instrumentos de CVRS que, en forma de cuestionarios, intentan asignar un valor a ese concepto abstracto y subjetivo. Para ello, los cuestionarios de CVRS proveen de manera sistemática una serie de preguntas que cubren posibles áreas de disfunción². Hay dos tipos de instrumentos para evaluar la CVRS:

- Cuestionarios genéricos
- Cuestionarios específicos relacionados con una enfermedad o condición determinada.

Los cuestionarios genéricos de CVRS describen la percepción del individuo respecto a su salud y bienestar general, son multidimensionales y con ellos se puede explorar un amplio abanico de factores que influyen en la CV. Estos cuestionarios permiten la comparación entre diferentes grupos, incluso con personas saludables.

Sin embargo, en ocasiones son poco sensibles para evaluar la evolución de una determinada enfermedad o el resultado de la aplicación de diferentes estrategias terapéuticas. Uno de los inconvenientes de la aplicación de estas escalas de CVRS durante la menopausia es su menor sensibilidad y especificidad.

CUESTIONARIOS GENÉRICOS DE CALIDAD DE VIDA

Los cuestionarios genéricos de calidad de vida exploran la capacidad del individuo en diferentes áreas denominadas dominios. Aunque los dominios varían de una escala a otra, de una manera general, todos los cuestionarios contienen 3 grandes bloques:

- Dominio físico
- Emocional o afectivo
- Dominio social.

En el dominio físico se evalúa la presencia de trastornos orgánicos, limitaciones ocasionadas por alguna enfermedad, etc. En el área emocional se investiga la calidad de vida en el campo psicológico: presencia de tristeza, irritabilidad, ansiedad, etc.

En el dominio social se explora su integración en la sociedad y su capacidad para el trabajo y la vida diaria¹³.

En ocasiones, algunos cuestionarios incluyen otro dominio denominado genéricamente "vitalidad", donde se explora este aspecto del psiquismo¹⁴.

Como se puede apreciar, las escalas genéricas son multidimensionales y con ellas se puede explorar un amplio abanico de factores que influyen en la calidad de vida. Las herramientas genéricas permiten la comparación entre diferentes patologías, en cuanto a calidad de vida. Sin embargo, en ocasiones son poco sensibles para evaluar la evolución de una determinada enfermedad con diferentes terapéuticas.

Uno de los inconvenientes de estas escalas como instrumento de medición de calidad de vida durante la menopausia es su menor sensibilidad y especificidad. Entre las escalas genéricas más usadas se encuentran: *Nottingham Health Profile*¹⁵, *Short Form-36 (SF-36)*¹⁶ y *Psychological General Well Being (PGWB)*¹⁷.

El estudio GAZEL¹⁸ es una investigación que se realizó en Francia con 286 mujeres de la compañía de gas y electricidad francesa. Se utilizó como instrumento el *Nottingham Health Profile*, un instrumento de calidad de vida general. Un inconveniente de este cuestionario es que las respuestas no son cuantificables por las pacientes, sino que sólo se responde "sí" o "no", lo que constituye un problema metodológico. Este estudio halló que tras corregir por edad, la mujer posmenopáusica presentaba peor calidad de vida que la premenopáusica para 4 de las 6 secciones analizadas, concretamente: aislamiento social, dolor, sueño y energía; todos ellos explicables por los trastornos propios del climaterio.

El SF-36 es el cuestionario genérico más ampliamente utilizado, contiene 36 ítems que evalúan la calidad de vida relacionada a la salud en 8 áreas o

dominios abarcando estatus funcional, bienestar y evaluación global de salud. Este instrumento de autoevaluación permite medir la percepción de salud que tiene la población general¹⁶. El SF-36 ha sido utilizado en un gran número de estudios poblacionales y en diferentes condiciones clínicas, mostrando excelentes propiedades psicométricas¹⁹. Ha sido traducido y validado en diferentes idiomas incluyendo el italiano²⁰.

En una población general londinense de mediana edad aplicando el cuestionario SF-36 se investigaron las diferencias de género en cuanto CVRS y nivel de satisfacción²¹. Un total de 103 mujeres (55%) y 86 varones participaron del estudio. De la población femenina evaluada, el 13% eran premenopáusicas, el 68% peri o posmenopáusicas y el 17% usuarias de terapia hormonal de reemplazo (THR). Se observó tanto en los varones como en las mujeres similar nivel de CVRS, satisfacción y salud general, aunque las mujeres reportaron más problemas físicos. Los factores predictivos de CVRS que resultaron significativos fueron: enfermedades serias, actividad laboral (nivel de empleo) y estatus marital, pero el uso de THR y el estatus menopáusico no se asociaron significativamente con la CVRS y el nivel de satisfacción entre las mujeres. Los autores concluyeron que las diferencias de género en salud y CVRS serían menos aparentes en la población de mediana edad, no obstante, se encontraron pequeñas diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a preocupaciones sobre la salud y razones dadas de insatisfacción o satisfacción con sus vidas²¹.

El PGWB es una escala genérica que explora la calidad de vida con un enfoque muy detallado del dominio emocional-psicológico. Contiene 22 ítems y evalúa: vitalidad, salud, bienestar, autocontrol, ansiedad y depresión¹⁷.

CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER MENOPÁUSICA

La evaluación del síndrome climatérico ha sufrido la falta de un instrumento psicométrico estandarizado válido y confiable para medir los síntomas más comúnmente experimentados por las mujeres en esta etapa de su vida. La investigación del impacto de los síntomas climatéricos sobre la mujer de mediana edad se ha realizado tradicionalmente a partir de escalas clínicas, verdaderos inventarios de síntomas sin propiedades psicométricas creíbles, para evaluar la eficacia de las intervenciones médicas.

El Índice de Blatt-Kupperman²² ha sido el referente tradicional para evaluar el impacto de la THR sobre la sintomatología climatérica. En él cada síntoma tiene asignada una constante que se multiplica por el valor otorgado a la intensidad de la sintomatología; dicha intensidad se valora en: severa [>35], moderada [$20-35$] y leve [<20]. Sin embargo, esta escala no refleja necesariamente cómo las mujeres perciben sus síntomas o responden al tratamiento y ha sido criticada recientemente en la literatura médica^{23, 24}.

Las principales críticas a esta escala que la han tornado obsoleta se refieren a:

- Puntuación arbitraria de cada síntoma.
- La suma de diversos síntomas resulta en un índice total de síntomas "menopáusicos", una maniobra estadísticamente incorrecta si antes no se ha garantizado la independencia completa de ellos.
- No existe autoevaluación de la paciente, el médico es siempre el que interpreta el nivel de padecimiento de la paciente.
- Utilización de términos confusos tales como hormigueo y parestesia.

- Alteración de la libido, un aspecto actualmente considerado de gran relevancia, no se incluye en esta escala.
- Otros síntomas que tampoco son evaluados en esta escala son: sequedad vaginal y disuria.
- "Vértigo", un síntoma inespecífico que se ubica en el sexto lugar de la escala, no es considerado actualmente en las nuevas escalas.
- El síntoma "cefalea" aparece en noveno lugar en el índice de Kupperman, pero se ha observado en estudios posteriores que es inespecífico y de poca relevancia práctica.

Debido a que el climaterio es un fenómeno multifacético, los síntomas que ocurren durante ese período pueden ser originados por diferentes aspectos, tener diferentes causas y, consecuentemente, cada uno debe clasificarse y medirse por separado, y no de una forma global que produzca un registro único como el del Índice de Kupperman. Queda claro que el concepto de calidad de vida de la mujer climatérica excede los criterios clínicos con que se define en esta escala.

Uno de los cuestionarios específicos más relevantes que se centran en la mujer es el *Women Health Questionnaire* (WHQ)²⁵. Este cuestionario, desarrollado en Inglaterra en 1992 y ampliamente aplicado en el área de la menopausia, ha sido validado (en poblaciones anglosajonas y nórdicas) y utilizado para evaluar los cambios inducidos por diferentes tratamientos. El WHQ consta de 36 ítems reunidos en 9 subescalas que describen: síntomas somáticos (7 ítems), humor depresivo (7 ítems), dificultades en memoria/concentración (3 ítems), ansiedad/miedos (4 ítems), comportamiento sexual (3 ítems), síntomas vasomotores (2

ítems), trastornos del sueño (3 ítems), trastornos menstruales (4 ítems) y interés sexual (2 ítems). A la intensidad de la sintomatología se le otorga un valor de 1 a 4 según su severidad, cuanto más alto es el puntaje, más pronunciado es el distrés y la disfunción²⁵.

Genazzani y cols. evaluaron las propiedades psicométricas en la versión italiana del WHQ para verificar si existían diferencias transculturales en la percepción de la calidad de vida de la mujer menopáusica de dicho país²⁶. Un total de 928 mujeres italianas fueron reclutadas, de las cuales 504 eran de la población general y 424 de centros de menopausia. Los autores concluyeron que este cuestionario en su versión italiana resultó válido y reproducible. En poblaciones diferentes desde el punto de vista cultural y geográfico, la percepción subjetiva de la menopausia y los trastornos vinculados con ella resultaron similares.

Hilditch y cols.²⁷ propusieron un acercamiento diferente, orientado a la calidad de vida desde su inicio. Para ello estos investigadores presentaron a 88 mujeres climatéricas un listado de 106 síntomas, a fin de que eligieran los que consideraban relacionados de manera clara con su climaterio. De esta forma, se incorporó la percepción de la paciente, un requisito básico en las valoraciones de la calidad de vida. Se identificaron 29 síntomas, agrupados en 4 áreas o dominios: vasomotor, psicosocial, físico y sexual. El resultado fue el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia - MENQOL (*MENopause Quality Of Life*), un instrumento especialmente diseñado para evaluar la calidad de vida en el climaterio, desde la perspectiva propia de las mujeres. Este cuestionario ha demostrado poseer todas las cualidades psicométricas necesarias: fiabilidad, validez y sensibilidad.

En Chile, un grupo de investigadores²⁸ evaluó el impacto del cese de la función ovárica sobre la calidad de vida utilizando el MENQOL en 481 mujeres de entre 40 y 59 años. Los autores encontraron un

considerable deterioro en la calidad de vida de las mujeres climatéricas. Al aplicar regresión logística, observaron que la pérdida de calidad de vida en estas mujeres no dependía de la edad ni de variables socio-demográficas como el estado civil, número de hijos, educación o actividad laboral, sino de su "estatus" hormonal subsiguiente a la menopausia.

Una investigación realizada en Bogotá, Colombia²⁹ utilizando también el MENQOL encontró que los síntomas vasomotores que Hilditch seleccionó como propios del climaterio en mujeres norteamericanas, aparecen también en las mujeres colombianas, pero no observó igual concordancia con los síntomas psicosociales. No se encontró que aumente durante el climaterio: la tristeza, nerviosismo, impaciencia o descontento con la vida personal, pero sí se hallaron otros síntomas como pérdida de memoria, deseo de soledad y sedentarismo. De igual modo, varias manifestaciones físicas que presentan las norteamericanas, tampoco se observaron en las mujeres colombianas, como: cefalea, sequedad de piel, aumento de peso, hirsutismo, etc. Mayor discrepancia aún se observó al evaluar la sexualidad, no se hallaron cambios significativos en las colombianas con la menopausia. Estas observaciones plantean dudas en cuanto a lo adecuado o no de usar escalas desarrolladas en un país distinto al cual se aplica dicha escala.

Otra escala que ha intentado construirse a partir de la medición de síntomas climatéricos basada en principios científicos objetivos es la Escala Climatérica de Greene³⁰. Esta escala reunió 7 estudios con análisis factorial (técnica matemática multifactorial que agrupa síntomas en áreas o dominios) y se seleccionaron 21 síntomas que se agruparon en 3 dominios: vasomotor, psicológico, somático. La medición única de los síntomas psicológicos de la escala original se dividió para formar 2 mediciones: ansiedad y depresión. Se añadió un aspecto adicional de pérdida

del "interés sexual". Se espera que la sexualidad sea un aspecto "de investigación" al que se le dé seguimiento por medio de una evaluación más apropiada y sensible de problemas en esa área³¹.

Actualmente se considera importante evaluar de manera independiente la sexualidad durante la menopausia; en la bibliografía, el cuestionario más utilizado y validado es el *McCoy Female Sexuality Questionnaire* (MFSQ)³². Este cuestionario se refiere a la función sexual del último mes. Contiene 9 ítems que se valoran de 1 a 7, la puntuación más alta indica alto grado de satisfacción sexual. Los ítems 2 y 4 exploran la libido; los 1, 3 y 5 la satisfacción y respuesta sexual. Finalmente los 6 y 7 investigan la valoración de la pareja masculina.

En 1994 un grupo de expertos de las Sociedades de Menopausia Alemana, Suiza y Austríaca³³ revisó la experiencia reportada con relación a los síntomas vinculados con la menopausia y confeccionó la *Menopause Rating Scale* (MRS) que consiste en un cuestionario estandarizado de autoevaluación integrado por 11 ítems. Esta escala fue revisada y validada en 1996 sobre la base de un estudio realizado con una muestra representativa randomizada con 683 mujeres alemanas de 45 a 60 años que completaron la escala MRS³⁴. Un seguimiento luego de 18 meses con la misma población de mujeres revalidó nuevamente la escala variando la puntuación original. Las respondedoras de MRS modificada deben elegir entre 5 grados de severidad: asintomáticas (0 puntos), leve (1 punto), moderado (2 puntos), severo (3 puntos) e intenso (4 puntos); a cada uno de los 11 síntomas se le asigna un puntaje, obteniendo un *score* total de MRS que oscila entre 0 (asintomática) y 44 (grado máximo de disturbo por síntomas menopáusicos)³⁵.

La MRS es una escala bien definida de autoevaluación de los síntomas menopáusicos que permitiría de una manera práctica y relativamente rápida eva-

luar el impacto de cualquier intervención médica con relación a diferentes aspectos de la calidad de vida.

Partiendo de la idea de que la calidad de vida debería referirse más a la "sensación de bienestar", Utian y cols. desarrollaron un cuestionario de calidad de vida en la mujer perimenopáusica, el *Utian Quality of Life Score* (UQOL) que está fuertemente basado en la percepción de la sensación de bienestar³⁶. Consiste en un instrumento de 23 ítems agrupados en 4 dominios, validado con las escalas genéricas de calidad de vida en una muestra de mujeres perimenopáusicas de diferentes ámbitos geográficos. Los diseñadores de la UQOL estudiaron 597 mujeres (edad promedio: 52,9 años) de 11 comunidades norteamericanas. La UQOL demostró propiedades psicométricas adecuadas en los 4 dominios, denominados ocupacional, salud, emocional y sexual. Esta escala resulta una herramienta útil en la valoración de la calidad de vida de la mujer menopáusica para la investigación clínica y la práctica médica.

Todas estas escalas hasta aquí descritas han surgido de la cultura anglosajona.

En España se ha diseñado una escala específica de calidad de vida para la mujer menopáusica hispana, elaborada en castellano, de fácil administración y corrección, que sirva para valorar la calidad de vida en la menopausia y, por lo tanto, evaluar en qué medida una intervención terapéutica podría mejorarla. Esta escala se ha denominado Escala Cervantes³⁷. Su estructura consta de 124 ítems divididos en 8 dominios: sintomatología menopáusica, percepción de salud/bienestar, relaciones de pareja, relaciones sexuales, depresión, ansiedad, personalidad y estilo de vida saludable.

Nuestra experiencia - Hospital de Clínicas

Nuestro grupo de trabajo interdisciplinario, integrado por antropólogos, sociólogos, psicólogos y

ginecólogos³⁸⁻⁴⁷, ha investigado intensamente el tema y se ha propuesto desarrollar un instrumento de medición de la CVRS en el transcurso del climaterio para evaluar el impacto de los cambios en la mujer, en esta etapa de la vida, en países latinoamericanos

de acuerdo con valores, expectativas y características socioculturales. La primera etapa del estudio piloto⁴⁸⁻⁵¹ se realizó principalmente en la ciudad de Buenos Aires, en el conurbano bonaerense y en localidades de la provincia de Buenos Aires y noreste del país.

Los fundamentos en la construcción del instrumento han sido los siguientes:

- Se tomó como punto de partida los antecedentes y los cuestionarios de CVRS en la menopausia diseñados en otros países, con valores establecidos de validez y confiabilidad.
- Se aplicó una metodología cualitativa para evaluar los significados y la repercusión subjetiva de la menopausia dentro de un contexto biopsicosociocultural. Para ello se realizaron entrevistas etnográficas y sesiones de *focus-group* en un contexto clínico y con un grupo de la población general.
- En consideración a los resultados del paso anterior, se elaboró un listado de ítems que fue sometido a revisión y crítica por parte de expertos para estudiar la validez del constructo.
- Se produjo una primera versión preliminar del cuestionario que fue aplicado a una muestra no probabilística de 167 mujeres.
- Como resultado del análisis estadístico de la consistencia interna del cuestionario (confiabilidad) quedaron seleccionados 56 ítems (alfa de Cronbach = 0,96). Asimismo se examinó la capacidad de discriminación de los valores extremos de cada una de las dimensiones del instrumento conformado por estos ítems.

Se presenta a continuación el listado de los 56 ítems:

1. Me siento llena de vitalidad y energía.
2. Siento molestias durante las relaciones sexuales
3. Me siento aislada
4. Evito las relaciones sexuales
5. Me cuesta concentrarme
6. Tengo grandes dificultades para dormirme por la noche
7. Me siento desvalorizada por los demás
8. Tengo miedo de orinarme al estornudar, toser o reírme
9. Me olvido de lo que iba a contar en medio del relato
10. Me siento preocupada por el cambio en la forma de mi cuerpo
11. Durante las relaciones sexuales siento sequedad vaginal
12. Sufro por los calores
13. Duermo toda la noche pero siento que no descanso bien
14. Hago menos cosas en el día de las que acostumbraba
15. Mi estado de salud es excelente

16. Me incomodan los calores
17. He notado que mi deseo sexual ha disminuido
18. Me incomoda que se note que tengo calores
19. Tengo palpitaciones sin haber hecho ejercicios
20. Me siento cansada
21. Me siento intranquila
22. Siento que estoy envejeciendo
23. Siento que tengo menor resistencia física
24. Siento que soy más lenta en el trabajo
25. He perdido interés en la actividad sexual
26. Me enoja con facilidad
27. Me cuesta mucho relajarme
28. Ya no aguanto tanto como antes para ir a orinar
29. Noto que mi memoria es pobre
30. La mujer menopáusica está socialmente desvalorizada
31. Me siento hinchada
32. Me siento nerviosa
33. Siento hormigueos en manos y pies
34. Me angustia comprobar que mi cuerpo ya no responde como antes
35. Desde que me levanto me siento cansada
36. Siento dolor en los músculos y en las articulaciones
37. Creo que mi salud ha empeorado durante el último año
38. Siento miedo sin motivos aparentes
39. Me siento débil
40. Decir menopausia es igual a decir vieja
41. Temo orinarme al hacer algún esfuerzo
42. Siento que mi vida ya no tiene sentido
43. Aprendo cosas nuevas con facilidad
44. Doy vueltas por la casa sin poder dormir
45. Me siento muy seductora
46. Transpiro mientras duermo
47. Estoy más irritable que de costumbre
48. Me duelen las piernas y los brazos
49. Creo que mi salud irá empeorando cada vez más
50. Aumenté de peso
51. Ha disminuido mi fortaleza física
52. Tengo mala memoria
53. Confío en mi inteligencia para resolver los problemas
54. He perdido la paciencia
55. Tengo ganas de estar sola
56. Escondo los síntomas de la menopausia

Con la producción de este instrumento, sobre la base de los puntos metodológicos ya mencionados, se finalizó la primera etapa del proyecto de construcción de una escala de CVRS en la menopausia para la mujer latinoamericana.

La próxima etapa aplicará la escala de CVRS en otros grupos de mujeres de otras regiones del país y luego se extrapolará a otros países de América Latina, para producir, en conjunto, una versión de consenso con pruebas de validez y confiabilidad establecidas para los diferentes países, a partir de muestras

representativas y aleatorizadas de cada población de referencia.

Contar con un instrumento de medición de estas características, válido y confiable, sensible a la percepción subjetiva y a la repercusión sociocultural de los cambios relacionados con el climaterio, contribuirá a una mejor comprensión de las necesidades de nuestras mujeres. Asimismo permitirá desarrollar a nivel nacional y latinoamericano, respuestas diferenciales que tengan como meta mejorar la CVRS sobre la base de una metodología estandarizada.

CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER EN EL TRANSCURSO DEL CLIMATERIO

Los fundamentos de la promoción de la salud están comprendidos en los principios de salud para todos de la Organización Mundial de la Salud: agregar vida a los años, no años a la vida. Hasta el momento actual, el énfasis se ha puesto en la cantidad y no en la calidad de vida⁵².

Los sistemas de salud hasta ahora implementados son básicamente asistencialistas, no consideran la contención global de la mujer de edad avanzada⁵³. Casi todos los recursos se gastan en atención hospitalaria e institucional y se presta poca atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad y discapacidad⁵⁴. Además, los servicios de salud se desvinculan de los servicios sociales cuando el objetivo final debe ser mantener en la comunidad al mayor número de la población femenina en esta etapa y que gocen de una óptima calidad de vida el mayor tiempo posible⁵².

No obstante, cada vez más profesionales de la salud son conscientes de que uno de los objetivos prin-

cipales de las intervenciones médicas y de la tecnología es mejorar la calidad de vida de sus pacientes. Intensificar la calidad de vida es tan importante como otros muchos objetivos de la salud y cuidados médicos tales como prevenir complicaciones, proporcionar atención humanística y prolongar la vida¹⁴.

Es en este contexto donde el riesgo-beneficio de la THR debe ser evaluado. La THR es una de las intervenciones médicas de mayor repercusión global para mejorar la calidad de vida y la expectativa de vida libre de incapacidades en mujeres con síntomas de deficiencia estrogénica^{12, 55-62}.

Los primeros estudios de calidad de vida y menopausia comenzaron en los inicios de la década de los 90. Numerosos autores han demostrado la mejoría de la calidad de vida con la THR, utilizando tanto cuestionarios genéricos como específicos. Incluso usando escalas únicamente psicológicas y de sueño se ha demostrado el efecto beneficioso de la THR¹⁴. En un estudio abierto y randomizado⁶⁰ realizado en 499

mujeres posmenopáusicas (edad promedio: 51 años) con síntomas moderados a severos, se investigaron los efectos del estradiol transdérmico contra tratamiento sintomático. Los autores observaron que la THR fue superior que el tratamiento sintomático y los efectos en la calidad de vida fueron más pronunciados en aquellas mujeres con mayor frecuencia de sofocos. En otro estudio randomizado⁶² se evaluó a 223 mujeres posmenopáusicas (edad promedio: 53 años) con síntomas menopáusicos a las que se les asignó estradiol transdérmico o placebo. Luego de 3 meses de seguimiento, las mujeres en THR tenían un mejoramiento significativo en el *Nottingham Health Profile* y en el PGWB, y mayor alivio de los síntomas vasomotores. En un estudio donde se utilizó el cuestionario genérico SF-36⁶³ en mujeres menopáusicas sintomáticas se observó un importante deterioro en su calidad de vida. El uso de la THR se asoció con una significativa mejoría de la calidad de vida de estas mujeres. En el estudio PEPi⁶⁴, 875 mujeres posmenopáusicas (edad promedio: 56 años) fueron randomizadas para recibir placebo o 1 de los 4 tratamientos activos con THR. Aquellas pacientes que recibieron tratamiento activo presentaron menor incidencia de síntomas vasomotores estadísticamente significativa, pero no se observaron cambios en ansiedad ni en síntomas de la esfera cognitiva y afectiva. En un reciente análisis secundario del estudio HERS⁶⁵, se evaluó el impacto de la THR en la calidad de vida de 2763 mujeres posmenopáusicas con enfermedad coronaria (edad promedio: 67 años). Los autores encontraron que en las mujeres con síntomas menopáusicos, la THR mejoraba la calidad de vida (dominio emocional) mientras que en aquellas mujeres asintomáticas, la THR afectó adversamente la CV (dominio físico).

Estos hallazgos sugieren que los síntomas que potencialmente responden a la THR podrían identificar a las mujeres que más probablemente mejoren su cali-

dad de vida a través de esta intervención terapéutica.

El uso de nuevos regímenes de THR en bajas dosis ha demostrado ser útil por su menor incidencia de efectos adversos que los observados con las dosis convencionales⁶⁶⁻⁶⁸.

En un estudio internacional⁶⁹ realizado en 3 países europeos (Francia, Alemania y Reino Unido) se investigó cuáles eran las expectativas de las mujeres en relación con la THR. Casi 2000 mujeres entre 48 y 55 años completaron un cuestionario y 100 mujeres de cada país fueron entrevistadas. Del análisis de los datos resultó que el 72% de las mujeres no utilizaba THR. La razón principal de esto fue la falta de prescripción médica, dado que los médicos de los países investigados no mencionaban ni recomendaban su uso. Se observaron algunas diferencias culturales entre los países participantes. Por ejemplo, en el Reino Unido, el 10% de las mujeres no utilizaba THR por percibir que está contraindicada, mientras que para las francesas, esta causa representaba el 20% y entre las alemanas alcanzó el 23%. El temor por los efectos adversos fue más comúnmente observado en Alemania (20%), seguido del Reino Unido (14%) y mucho menos en Francia (8%). De las entrevistas efectuadas en 100 mujeres de cada país, teniendo en cuenta el estatus menopáusico y el hecho de haber recibido THR, se halló que el motivo principal de uso de la THR fue el deseo de evitar los efectos del envejecimiento y prevenir la osteoporosis. A pesar de que las expectativas de estas mujeres estaban ampliamente alcanzadas, un tercio de las mujeres estudiadas había discontinuado la THR, principalmente debido a que no deseaban tener sangrados. Se concluyó que las mujeres que utilizaban THR generalmente lo describían como una experiencia positiva y las usuarias presentaban importantes beneficios. No obstante, el principal determinante en la decisión de utilizar o no THR fue la actitud del médico de las mujeres investigadas en este ensayo.

CONCLUSIÓN

La menopausia es un evento fisiológico en el ciclo vital femenino, acompañado por un conjunto de cambios en diferentes áreas, acorde con roles y posiciones de la mujer de mediana edad y en función de creencias, valores y oportunidades del contexto sociocultural al cual pertenece. Por lo tanto, es importante identificar las percepciones subjetivas y actitudes de la mujer hacia su salud, su ciclo reproductivo, la menstruación, la fertilidad y el envejecimiento.

Evaluar la calidad de vida de la mujer en el transcurso del climaterio desde una perspectiva biopsicosocio-cultural y el impacto de las intervenciones médicas mediante escalas específicamente diseñadas y validadas permite una mejor comprensión de la percepción de la mujer y sus necesidades a lo largo de esta etapa vital y además favorece el desarrollo de respuestas diferenciales que tengan como meta mejorar la CVRS sobre la base de una metodología estandarizada.

REFERENCIAS

1. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-1409.
2. Siseles N, Pecci C, Mir Candal L, Gutiérrez P. Impacto de la Menopausia sobre la Calidad y Expectativa de Vida de la Mujer en la Mediana Edad. En: Siseles N y cols. *Información y Formación para el Manejo Actual de la Mujer en su Climaterio* (1ª edición). Buenos Aires: Ascune Hnos. 2005:41-64.
3. Casamadrid J. Climaterio y Cultura. *Climaterio* 1999; 1(4):172-176.
4. Lock M. Ambiguities of ageing: Japanese experience and perceptions of menopause. *Cult Med Psychiatry* 1986; 10:23-46.
5. Beyene Y. Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis. *Cult Med Psychiatry* 1986; 10:47-71.
6. Siseles N, Gutiérrez P. Do different cultures really explain different attitudes to the management of the menopause? *Medicographia* 2001; 23(4):313-314.
7. Siseles NO, Gutiérrez AP, Sayegh FC. The climacteric in Latin America: Actual state and future trends. En: *The Menopause at the Millennium. The Proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause*. Yokohama, Japan. New York, London: The Parthenon Publishing Group New York. 2000:108-116.
8. Oldehave A y cols. Impact of climacteric on well-being. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 168:772-780.

9. Bachmann G, Ebert G, Burd I. Vulvovaginal complaints. En: Lobo R (ed.) *Treatment of the postmenopausal women: basic and clinical aspects* (2ª edición). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1999; 18:195-201.
10. Dennerstein L, Smith A, Morse C. Psychological well-being, mid-life and the menopause. *Maturitas* 1994; 20:1.
11. Van Hall E, Verdel M, Van Der Velden J. "Perimenopausal" complaints in women and men: a comparative study. *J Womens Health* 1994; 3:45-49.
12. Utian W. Rol de la hormonoterapia a largo plazo en el contexto de la medicina preventiva para la mujer postmenopáusicas. En: González Campos O, Arteaga Urzúa E, Contreras Castro P (ed.). *Menopausia y Patologías Asociadas*. Santiago de Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. 1998:25-33.
13. Wiklund I, Dimenas E, Wahl M. Factors of importance when evaluating quality of life in clinical trials. *Control Clin Trials* 1990; 11:169-179.
14. Ferrer Barriendos J. Tipos de escala de calidad de vida: ¿tenemos lo que necesitamos? VII Congreso de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Cádiz, 14-17 de mayo de 2002, Libro de Resúmenes 118-121.
15. McKenna S, Hunt S, Tennant A. The development of a patient completed index of distress from the Nottingham Health Profile: a new measure for use in cost-utility analysis. *Br J Med Economics* 1993; 6:13-24.
16. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form survey (SF-36). *Med Care* 1992; 30:473-483.
17. Dupuy H. The psychological general well-being index. En: Wenger N, Mattson M, Furberg C y cols. *Assessment of quality of life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York: Le Jacq. 1984:170-183.
18. Ledésert B, Ringa V, Bréart G. Menopause and perceived health status among the women of the French GAZEL cohort. *Maturitas* 1995; 20:113-120.
19. McHorney C, Ware J, Lu J y cols. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32:40-66.
20. Apolone G, Mosconi P. The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:1025-1036.
21. O'Dea L, Hunter S, Anjos S. Life satisfaction and health-related quality of life (SF-36) of middle-aged men and women. *Climacteric* 1999; 2:131-140.
22. Kupperman H, Blatt M, Wiesbaden H y cols. Comparative clinical evaluation of estrogen preparations by the menopausal and amenorrhoeal indices. *J Clin Endocrinol* 1953; 13:688-703.
23. Alder E. The Blatt Kupperman Menopausal Index: a critique. *Maturitas* 1998; 29:19-24.
24. Schneider H, Heinemann L, Rosemeier H y cols. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman Index and Quality-of-Life Scale SF-36. *Climacteric* 2000; 3:50-58.
25. Hunter M. The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol Health* 1992; 7:45-54.
26. Genazzani A, Nicolucci C, Campagnoli P y cols. Validation of Italian version of the Women's Health Questionnaire: assessment of quality of life of women from the general population and those attending menopause centers. *Climacteric* 2002; 5:70-77.
27. Hilditch JR, Lewis J, Peter A y cols. A Menopause Specific Quality of Life Questionnaire, development and psychometric properties. *Maturitas* 1996; 24:161-175.
28. Blumel J, Castelo-Branco C, Binfa L y cols. Quality of Life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000; 34:17-23.
29. Ortiz N, Mariño C y cols. Tesis de Epidemiología: Influencia del climaterio en la calidad de vida. Fac. Med. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 2000.
30. Greene J. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas* 1998; 29:25-31.
31. McCoy N. Methodological problems in the study of sexuality and the menopause. *Maturitas* 1998; 29:51-60.
32. McCoy N, Davidson J. A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas* 1985; 7:203-210.
33. Hauser G, Huber I, Keller P y cols. The Menopause Rating Scale (MRS). *Zentralbl Gynakol* 1994; 116:16-23.
34. Schneider H, Dören M. Traits for long-term acceptance of hormone replacement therapy – results of a representative German survey. *Eur Menopause J* 1996; 3:94-98.

35. Schneider H, Heinemann L, Rosemeier H y cols. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric* 2000; 3:59-64.
36. Utian W, Janata J, Kingsberg S. Components and quantification of quality of life after menopause- The Utian Quality of Life Score (UQOL) *Climacteric*, Book of Abstracts of the 10th World Congress on the Menopause, Berlin, Germany 2002; 5(1):23.
37. Palacios Gil-Antuñano S. Comunicación personal. ¿Cuál es el futuro? Introducción a la Escala Cervantes. Simposio Calidad de Vida: ¿uso y abuso de la expresión? VII Congreso de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Cádiz, 14-17 de mayo de 2002.
38. Siseles N, Gutiérrez P. ¿Realmente la THS mejora la Calidad y Expectativa de Vida? En: Libro de Ponencias, Posters y Comunicaciones del VII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) y Reunión de la Sección de Menopausia (SEM) de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), del 14 al 17 de mayo de 2002, Cádiz, España. Editores: Comino Delgado R, López García G y cols. 2002:174-176.
39. Siseles N, Gutiérrez P. Calidad y Expectativa de Vida de la Mujer en el Climaterio. *Revista Iberoamericana de Educación Médica Continuada* 2003; 22(2):49-59.
40. Siseles N, Gutiérrez P. Quality of Life and Menopause. *New Frontiers in HRT*. En: Abstracts of the XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Chile. November 7th 2003; 1.
41. Siseles N, Gutiérrez P. Quality of Life related to Health in Postmenopausal Women. *Gynecological Endocrinology*, Programme and Book of Abstracts presented at the 11th World Congress of Gynecological Endocrinology, Florence, Italy, February 26-29, 2004; 18(suppl 1):168.
42. Siseles N, Gutiérrez P. Influencia de la Calidad de Vida y Expectativa de Vida en la Mujer Climatérica. En: Actas del II Congreso Bolivariano del Climaterio y Menopausia, del 3 al 5 de junio de 2004, Lima, Perú.
43. Siseles N, Gutiérrez P. Calidad de Vida en la Mujer Climatérica: focus en enfermedad cardiovascular y THS. En: Libro de Ponencias Menopausia: Siglo XXI, THS un Gran Debate del Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) 2004; 83.
44. Siseles N, Gutiérrez P. Sociocultural Aspects in Latin American Postmenopausal Women. En: Book of Abstracts of the 11th World Congress on the Menopause. Buenos Aires, Argentina, October 18-22, 2005. *Climacteric* 2005; 8(Suppl 2):4.
45. Siseles N, Mir Candal L, Novelli J, Gutiérrez P, Pecci C. Cultural Aspects, Quality of Life and Menopause: Study Project in Latin American Women. En: Book of Abstracts of the 11th World Congress on the Menopause. Buenos Aires, Argentina, October 18-22, 2005. *Climacteric* 2005; 8 (Suppl 2):86.
46. Siseles N, Gutiérrez P, Sayegh F. El Climaterio en Latinoamérica: Estado actual y tendencias futuras. En: Siseles N y cols. (eds.) *Información y Formación para el Manejo Actual de la Mujer en su Climaterio* (1ª edición). Buenos Aires: Ascune Hnos. 2005:29-40.
47. Siseles N, Gutiérrez P. Sociocultural Aspects in Latin American Postmenopausal Women. En: Book of Abstracts of the XVIII FIGO World Congress of Gynecology & Obstetrics, November 5-10 2006, Kuala Lumpur, Malaysia.
48. Pecci C, Mir Candal L, Gutiérrez P, Siseles N. Quality of Life Scale of Latin American Woman: Focus on Socio-cultural Environment's Influence. Preliminary Report. En: Book of Abstracts of the 12th World Congress on the Gynecological Endocrinology. Florence, Italy, March 2-5, 2006.
49. Siseles N, Mir Candal L, Pecci C, Gutiérrez P, Novelli J. Perceptions of Menopause in Argentinean Woman. Poster presentation abt24. En: Book of Abstracts of the XVIII FIGO World Congress of Gynecology & Obstetrics, November 5-10 2006, Kuala Lumpur, Malaysia.
50. Pecci C, Mir Candal L, Gutiérrez P, Siseles N. Escala de Calidad de Vida para la Mujer Menopáusica Argentina. En: Libro de Resúmenes de la 3ra Reunión Iberoamericana de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Organizada por la Fundación del Hospital de Clínicas y Auspiciada por la Sociedad Internacional de Investigación en Calidad de Vida (ISOQOL). Buenos Aires, 26-27 de agosto, 2006.
51. Siseles N, Pecci C, Mir Candal L, Gutiérrez P. Calidad de Vida en la Menopausia: Construcción de un Cuestionario para su evaluación en Argentina. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat* 2008; 54(1):46-54.
52. Organización Panamericana de la Salud, Regional Office for Europe. *Targets for Health for All*. Copenhagen: Euro, 1985. En: Kalache A. ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento de la población en el futuro previsible? En:

Anzola Perez Elías. La atención de los ancianos. Un desafío para los años noventa. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 1996; 546: 453-471.

53. Villaseca P, Gutiérrez E, Ríos P. Mujer y Vida después de los sesenta: Género y salud, el despertar de una conciencia crítica. En: Organización Panamericana de la Salud. Mujer – Salud – Desarrollo. Santiago de Chile: OPS. 1995:109-137.

54. Anzola Perez E. Alternativas a la institucionalización de los ancianos en América Latina. Washington DC: OPS, Programa de Promoción de la Salud; 1991. En: Kalache A. ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento de la población en el futuro previsible? En: Anzola Perez E. La atención de los ancianos. Un desafío para los años noventa. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 1996; 546:453-471.

55. Ulrich LG, Barlow DH, Sturdee DW y cols. Quality of life and patient preference for sequential versus continuous combined HRT: the UK Kliofem multicenter study experience. UK Continuous Combined HRT Study Investigators. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 59 Suppl 1:S11-S17.

56. Reginster JY, Zartarian M; Colau JC. Influence of noregestrol acetate on the improvement of the quality of life induced by estrogen therapy in menopausal women. *Contracept Fertil Sex* 1996; 24(11):847-851.

57. Hilditch JR, Lewis J, Ross AH y cols. A comparison of the effects of oral conjugated equine estrogen and transdermal estradiol-17 beta combined with an oral progestin on quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 1996; 24 (3):177-184.

58. Derman RJ, Dawood MY, Stone S. Quality of life during sequential hormone replacement therapy - a placebo-controlled study. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995; 40(2):73.

59. Karlberg J, Mattsson LA, Wiklund I. A quality of life perspective on who benefits from estradiol replacement therapy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74(5):367-372.

60. Limouzin-Lamothe MA, Mairon N, Joyce CR y cols. Quality of life after the menopause: influence of hormonal replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(2):618-624.

61. Nathorst-Boos J, Wiklund I, Mattsson L y cols. Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? A double blind placebo controlled study in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72(8):656-660.

62. Wiklund I, Karlberg J, Mattsson LA. Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy: a double-blind placebo-controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168 (3 Pt 1):824-830.

63. Wilson D, Taylor A, Mc Lennan A. Health status of hormone replacement therapy users and non-users as determined by the SF-36 quality of life dimension. *Climacteric* 1998; 1:50-54.

64. Greendale G, Reboussin B, Hogan H y cols. Symptom relief and side effects of postmenopausal hormones. *Obstet Gynecol* 1998; 92:982-988.

65. Hatky M, Boothroyd D, Vittinghoff E y cols. Quality of life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy. Results from the HERS trial. *JAMA* 2002; 287(5):591-597.

66. Björn I, Bäckstrom T. Drug related negative side effects is a common reason for poor compliance in hormone replacement therapy. *Maturitas* 1999; 32:77-86.

67. Ettinger B. Personal perspective on low-dosage estrogen therapy for postmenopausal women. *Menopause* 1999; 6(3):273-276.

68. Lobo R, Whitehead M. Is low-dose hormone replacement therapy for postmenopausal women efficacious and desirable? *Climacteric* 2001; 4:110-119.

69. Limouzin-Lamothe M. What women want from hormone replacement therapy: results of an international survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 64(suppl 1):S21-S24.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN - CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER EN EL TRASCURSO DEL CLIMATERIO**INDIQUE LA RESPUESTA CORRECTA****PREGUNTA 1****Con relación al concepto de calidad de vida, señale la opción incorrecta:**

- a. Percepción que tiene el individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.
- b. Nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social, en relación con los problemas de salud.
- c. El concepto de calidad de vida ha evolucionado desde una concepción sociológica hacia una perspectiva psico-socio-cultural. Ambas posiciones se unen en la definición de calidad de vida sostenida por la Organización Mundial Salud.
- d. La multidimensionalidad del concepto de calidad de vida es ampliamente reconocida, abarcando aspectos físicos, afectivos, cognitivos, sociales, económicos, etc.

PREGUNTA 2**Utilidad de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud:**

- a. Conocer la problemática y repercusión real y global que causa la enfermedad.
- b. Mejorar la elección y optimización de los tratamientos.
- c. Facilitar la identificación de efectos colaterales indeseables de nuevas moléculas.
- d. a y b son correctas.

PREGUNTA 3**¿Cuáles son los factores que influyen en la calidad de vida de la mujer en el transcurso del climaterio?**

- a. Factores biológicos.
- b. Factores psicológicos.
- c. Factores socioculturales.
- d. Todas son correctas.

PREGUNTA 4

En relación con la percepción de los síntomas menopáusicos, señale la opción incorrecta:

- a. Se relaciona con la condición sociocultural, psicológica y biológica de las mujeres.
- b. La mayor parte de la información sobre síntomas de la menopausia se ha obtenido de poblaciones de países industrializados.
- c. Los escasos datos de los países latinoamericanos indican que los síntomas que se producen en las poblaciones caucásicas de los países desarrollados son aplicables en los países de la región.
- d. La combinación de factores biológicos, psicológicos y socioculturales determina la naturaleza de la menopausia de la mujer latinoamericana.

PREGUNTA 5

El sofoco se caracteriza por:

- a. La repentina sensación displacentera de calor, que habitualmente se produce en el pecho y asciende hacia el cuello y cara.
- b. Acompañarse frecuentemente de sudoración.
- c. Provocar en algunas mujeres grandes molestias diurnas e interrumpir el sueño por las noches.
- d. Desaparecer a los 5 años de posmenopausia en todas las mujeres.

PREGUNTA 6

Los Cuestionarios Genéricos de Calidad de Vida relacionada con la salud describen la percepción del individuo respecto a su salud y bienestar general. Señale la opción incorrecta:

- a. Son sensibles para evaluar la evolución de una determinada enfermedad o el resultado de la aplicación de diferentes estrategias terapéuticas.
- b. Son multidimensionales y con ellos se puede explorar un amplio abanico de factores que influyen en la Calidad de Vida.
- c. Aunque los dominios varían de una escala a otra, de una manera general, todos los cuestionarios evalúan el funcionamiento del individuo en los tres siguientes: físico, emocional o afectivo y social.
- d. Estos cuestionarios permiten la comparación entre diferentes grupos incluso con personas saludables.

PREGUNTA 7

La evaluación del estado de salud de la mujer en el transcurso del climaterio se basa en:

- a. Medición de parámetros clínicos.
- b. Métodos complementarios de diagnóstico.
- c. Cuantificación de la percepción que la persona tiene de su condición.
- d. Todas son correctas.

PREGUNTA 8

¿Cuál de las siguientes escalas no corresponde a una escala específica para evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la mujer en el transcurso del climaterio?

- a. Escala Cervantes.
- b. *Short Form-36*.
- c. *Women Health Questionnaire*.
- d. *Utian Quality of Life Score*.

PREGUNTA 9

Respecto a la Escala Climatérica de Greene, seleccione la opción incorrecta:

- a. Esta escala reunió 7 estudios con análisis factorial.
- b. Se seleccionaron 11 síntomas que se agruparon en 2 dominios: psicológico y somático.
- c. La medición única de los síntomas psicológicos de la escala original se dividió para formar 2 mediciones: ansiedad y depresión.
- d. Se añadió un aspecto adicional de pérdida del "interés sexual".

PREGUNTA 10

Menopause Rating Scale (MRS):

- a. Consiste en un cuestionario estandarizado de autoevaluación integrado por 11 ítems.
- b. Es una escala de autoevaluación de los síntomas menopáusicos.
- c. Permite de una manera práctica y relativamente rápida evaluar el impacto de cualquier intervención médica en relación con diferentes aspectos de la calidad de vida.
- d. Todas son correctas.