

Impacto de la Menopausia sobre Calidad y Expectativa de Vida de la Mujer en la mediana edad

Prof. Dr. Néstor O. Siseles

Profesor Adjunto de Ginecología, Facultad de Medicina, UBA.

Presidente Honorario de FLASCYM.

Miembro del Comité Ejecutivo de la International Menopause Society.

Miembro de la Carrera del Investigador Clínico del CONICET.

Director del Curso de Postgrado de Extension Universitaria Informativo y Formativo en Climaterio, Universidad Favaloro.

Consultor en Climaterio del Servicio de Ginecología del Hospital Francés.

Dra. Cristina Pecci

Socióloga. Doctorada en Psicología. División Atención Primaria. Departamento de Salud

Mental del Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Lic. Leila Mir Candal

Antropóloga, Especialista en salud y ética en investigación. Secretaria de la Sociedad

Argentina de Medicina Antropológica. Asociación Médica Argentina.

Dra. A. Pamela Gutiérrez

Docente Adscripta de Ginecología. Facultad de Medicina, UBA.

Coordinadora Docente del Curso de Postgrado de Extension Universitaria Informativo y Formativo en Climaterio, Universidad Favaloro.

Médica de la Sección Climaterio del Servicio de Ginecología del Hospital Francés.

INTRODUCCION

La población mundial crece a un ritmo acelerado y esto ha llevado al incremento en el número de mujeres mayores de 50 años (1-2) (Fig.1). En las sociedades latinoamericanas también se ha acelerado el cambio poblacional. En las décadas pasadas ha crecido apreciablemente la proporción de personas mayores de 60 años y, en este grupo, es mayor la cantidad de mujeres (3). El resultado general de este proceso es la conformación de una población fundamentalmente adulta con los efectos que ello tiene en la modificación de las necesidades sociales y el consecuente cambio en los roles y funciones de la mujer. Por otro lado, la mayor longevidad femenina conlleva el riesgo de asociarse a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas. La discapacidad puede representar una tragedia a escala personal y un desafío para la sociedad que debe proveer servicios de salud y de previsión adecuados en

ambientes económicos difíciles (4,5). En este contexto, se destaca la importancia del estudio del impacto que tienen estas transformaciones en la calidad de vida (CV) de la mujer de mediana edad. La salud es un componente importante de la CV.

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 de la paciente 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 (6). De lo anterior se desprende la necesidad de considerar el impacto de la menopausia en la calidad de vida en la mujer de mediana edad para ajustar las intervenciones preventivas o terapéuticas a aquellos aspectos con mayor probabilidad de repercutir positivamente.

CALIDAD DE VIDA (CV): ASPECTOS CONCEPTUALES

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 CV sostenida por la Organización Mundial Salud (7) 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 preocupaciones (8) (Fig. 2). La CV se valora en función de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos. La autodeterminación tiene un lugar principal en este concepto.

La multidimensionalidad del concepto de CV es ampliamente reconocida. La OMS definió 6 extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la CV: la física, la psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Cuando una enfermedad afecta a un individuo el deterioro no sólo lo compromete física o emocionalmente sino que también puede modificar su capacidad económica, las relaciones con su entorno, sus valores religiosos o políticos. Así surgió la necesidad de componer el término de “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS), que ha sido definido como “el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud “(9) (Fig. 3). Mediante él se evalúa el impacto de la enfermedad, condición o trastorno en la vida de la persona. Para comprender qué repercusión tiene y cuáles son los aspectos involucrados, las evaluaciones físicas son insuficientes. Este enfoque aplicado en la medicina, resalta la relevancia de la práctica centrada en las necesidades del paciente(10).

La utilidad de la valoración de la CVRS se resume a continuación (6,11):

- ❑ Contribuye al conocimiento más preciso del impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes.
- ❑ Contribuye a mejorar el diagnóstico clínico y a individualizar y priorizar los tratamientos
- ❑ Es un indicador de resultado útil para evaluar la eficacia de un tratamiento determinado. Son instrumentos de monitoreo de tratamientos.
- ❑ Puede contribuir a mejorar la relación médico-paciente.
- ❑ Pueden contribuir a la mejoría de la adhesión al tratamiento.
- ❑ Los beneficios obtenidos como consecuencia de las intervenciones sanitarias se valoran teniendo en cuenta la mejoría de la CVRS.
- ❑ La valoración de la CVRS es en la actualidad un análisis casi obligado para el desarrollo y comercialización de nuevas moléculas o de nuevas indicaciones para moléculas antiguas.

A partir de los últimos veinte años se han hecho notables esfuerzos para medir y objetivar la CVRS en la mujer (30); para que esa apreciación subjetiva respecto al estado físico, mental, social y cultural pueda ser valorado objetivamente por el equipo de salud.

Específicamente durante el climaterio se sabe que las consecuencias del hipoestrogenismo por el cese de la función ovárica pueden influir en grado variable sobre la calidad de vida de la mujer menopáusica y esto debe ser valorado. Por lo tanto, es importante responder a los siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son los factores que influyen en la calidad de vida de la mujer menopáusica?
2. ¿Cómo evaluar la calidad de vida en el climaterio?
3. ¿Cómo mejorar la calidad de vida durante el climaterio?

1. ¿CUALES SON LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y BIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER MENOPAUSICA?

La menopausia es un fenómeno bio-socio-cultural: en la expresión de su vivencia interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan su impacto en la CV de la mujer. Cuando se compara la experiencia del climaterio en mujeres de diferentes ambientes, se observa considerable variabilidad en la manifestación de su experiencia y en la incidencia de la mayor parte de los trastornos 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 identificar la apreciación subjetiva de la mujer, quien determinará si se ve afectada o no su CV por ellos (12-15) (Fig. 4).

Se ha considerado a la menopausia un tiempo de cambios fisiológicos, intrapsíquicos, sociales y culturales para la mujer de mediana edad (16,60). En los últimos años algunos estudios biomédicos comenzaron a

mostrar cómo se manifiesta la mujer en esta etapa de su ciclo vital de acuerdo a la estructura y significado de las distintas culturas. Se concibe a la menopausia como un proceso, una fase vital femenina de transición, entre la edad media de la vida y la vejez. En ella, las modificaciones adquieren sentido sólo acorde a un contexto social y cultural determinado, en un momento histórico dado (17-18). Esta visión destaca los cambios en relación con la valoración de la fertilidad, los roles reproductivos, los patrones familiares y de parentesco, la valoración diferencial de género, entre otros, sin descuidar la variabilidad que existe al interior mismo de cada grupo(18,19,21-23). Otros factores a tener en cuenta, para comprender el amplio rango de conductas y expresiones de síntomas de una cultura a otra, son: la dieta, el clima, el patrón de menstruaciones mensuales, la historia del ciclo reproductivo, incluyendo el embarazo y la lactancia. No hay que perder de vista la importancia del impacto de la menopausia en el cambio de roles sociales de la mujer que se pueden asociar a cambios de posición social (18).

En la literatura antropológica clásica, son escasas las referencias a este umbral de transición. Las investigaciones han resaltado fundamentalmente, la etapa fértil o la vejez, aunque aparecen algunas menciones genéricas en relación con la capacidad de concebir o el rol de la mujer dentro del grupo. Por ejemplo, hay descripciones referidas a los iroqueses, pueblo de linaje matrilineal, donde las "matronas", mujeres de edad madura, presumiblemente menopáusicas, disponen de poderes considerables, con relación a las mujeres más jóvenes, aún cuando, no lleguen al ejercicio del poder político ni a la igualdad con los hombres en el proceso de decisión. (23,24). Asimismo, en las sociedades árabes las familias conforman un grupo fuertemente jerarquizado, cuya autoridad reposa en el hombre. La mujer cumple un rol subordinado y limitado a las tareas domésticas y a la procreación hasta que finaliza su ciclo fértil. Es el momento en el cual, adquiere poder y predominio frente a las otras mujeres, más jóvenes de su familia, que quedan a partir de ese momento subordinadas a sus decisiones. (25)

En otras culturas, priman las concepciones sobre regulación y equilibrio de fluidos corporales, o ideas de contaminación y pureza que demuestran la presencia de tabúes menstruales que colocan a la mujer en situación de "peligrosidad" e impureza. Tal es el caso de las mujeres amenorréicas Samo del África negra, que en virtud de una concepción humoral hipocrática ligada a la teoría frío-calor, que -hace referencia al carácter esencial del elemento- se las ubica en una posición escandalosa al asociar su comportamiento al de los hombres, dado que las mujeres sin sangre menstrual no producen por ellas mismas calor, condición del ser femenino. Entre las Ashanti, de Ghana, no sólo son consideradas neutras, sino sin defensa y en peligro permanente de muerte (23) llegando al extremo entre las Nuer, pueblo pastor del Sudán, de ser consideradas hombres y tener esposas (26) En Taiwán las mujeres hacían referencia al sentimiento de exposición al que se enfrentaban mientras tenían su período, a partir del cual se generaban ritos de pureza e impureza. Era incorrecto permanecer frente a los dioses o concurrir a los casamientos mientras la mujer menstruaba, dado que el cuerpo se consideraba sucio y contaminante (27) Por el contrario, en el pueblo Hazda, del norte de Tanzania, se atribuye a las abuelas la supervivencia del grupo, ya que al no estar sometidas a las exigencias energéticas y nutricionales del embarazo y amamantamiento, son ellas quienes se dedican a la recolección de frutos y la alimentación de los pequeños en la aldea (23, 21). Para aquellos en los que la fertilidad está asociada a la sexualidad, la actividad y deseo sexual cesan con la finalización de la fertilidad. La actividad sexual es vista como inapropiada para las mujeres mayores y reconocida como

una marca biológica de vejez donde se espera que la energía decline y la salud se deteriore(28). En la literatura médica del siglo XIX también podemos encontrar concepciones semejantes. En un tratado popular que data de 1849, el médico Antonin Bossu señalaba que la mujer menopáusica que ya no perdía mas sangre, debía abstenerse de tener relaciones sexuales porque podía padecer "congestión de la matriz" (23).Hacia mediados de la década de 1970, la medicina buscaba demostrar el carácter universal del llamado síndrome menopáusico y sus manifestaciones sintomatológicas. En este modelo los datos provenían de poblaciones occidentales que concurrían a la atención clínica. Los primeros trabajos interculturales, con una perspectiva opuesta, planteaban la diversidad de síntomas y su correlación con las influencias individuales y culturales en un contexto socio-económico-político determinado (4). Los trabajos de Beyene entre las mujeres mayas y griegas, de Lock y Zeserson con las japonesas, de Davis en Canadá, reconocen la variabilidad y dispersión en la percepción y experiencia de la menopausia con relación a los significados socioculturales adscriptos a la misma. (13,14,17,19,20,21,22). Llamam la atención respecto al lugar que ocupa el cuerpo en este proceso, que no es siempre central ni prioritario para la mujer. (18,17,21) Estas primeras investigaciones que focalizaban en las diferencias, a través del estudio de listas de síntomas e índices de actitud comienzan a plantear la inexistencia de manifestaciones sintomáticas en algunos grupos (22,29,21). La antropóloga Margaret Lock especula que los síntomas asociados con la menopausia pueden estar contruidos culturalmente o basados en la genética. Es decir, pueden ser biológicamente experimentados pero no percibidos o elaborados culturalmente, o pueden no estar físicamente presentes, incluso ni ser reconocidos ni experimentados (20,21). Por ejemplo, la cesación de la menstruación no es para algunas culturas el momento a partir del cual la mujer considera que ha entrado en la menopausia. En Japón es vista como un complejo conjunto de cambios fisiológicos ligados al envejecimiento, entre los que puede encontrarse la amenorrea, pero la mujer japonesa puede no haber menstruado por mas de 12 meses y no percibir el proceso menopáusico (21).

Estos estudios interculturales desafiaron también, la afirmación médica de la existencia universal de una historia "natural de la menopausia", al destacar que las mujeres de países no industrializados o de sociedades tradicionales tienen distintos patrones de fertilidad que los expone a diferentes niveles hormonales (22) pero señalan que la falta de sintomatología no es atribuible a diferencias endocrinológicas. Beyene destaca que la mujer maya postmenopáusica tiene niveles bajos de estrógenos y una desmineralización ósea que no se corresponde con una alta incidencia de fracturas (21,29).

Otros estudios analizaron los cambios ocurridos en las creencias y prácticas a partir del proceso de transición, en el pasaje de la sociedad tradicional a la moderna con la incorporación de conceptualizaciones del modelo biomédico (19) y la relación con los cambios socioeconómicos, la modernización, la educación (31,19). Hace 50 años, en Taiwan, era común encontrar mujeres pobres manchadas de sangre dado que no usaban ningún tipo de protección frente a las pérdidas. A través de los tabúes, enfrentaban los peligros de permanecer manchadas en los ámbitos públicos. Todavía el tabú de concurrencia al templo y el sentimiento de vergüenza y suciedad permanecen vigentes entre las mujeres mayores y pobres, a pesar de la influencia de la modernización. Es por ello que la decencia simbólica y literal recaía fuertemente en las mujeres ancianas menopáusicas. (27) Dona Davis en Newfoundland, un poblado de pescadores de Canadá, analiza la dinámica de un concepto tradicional folk "nervios" y los cambios que devienen a partir de su reemplazado por conceptualizaciones del modelo médico. Focaliza en las modificaciones de la menopausia

en términos de relaciones interpersonales que constituyen una clave primaria para entender el discurso de los nervios en la vida diaria de la comunidad inglesa anglicana (19).

Estos estudios, en la última década, reorientaron la investigación en menopausia, hacia aspectos cualitativos que posibilitaran entender y profundizar la comprensión de las diferencias y a la vez demostrar, con datos etnográficos, que la experiencia de la mujer menopáusica era captada de manera parcial por los modelos médicos o sus métodos de comprensión.

El proceso menopáusico, entendido como un evento significativo, puede hacer referencia al impacto negativo y problemático ligado a la severidad de la sintomatología en algunas mujeres. (17,18,21,29,32).

Pero, contrariamente al estereotipo social y médico de una mirada negativa hacia esta etapa vital, en algunos estudios y para muchas mujeres, no parece ser un hecho que marque un cambio significativo en sus vidas (18,22). O no produce modificaciones importantes en la vida cotidiana o es una etapa ventajosa que produce alivio y beneficios ligados a la doble liberación: de cuidados higiénicos y de cuidados y temores frente a posibles embarazos. En algunas aldeas tailandesas las mujeres dan la bienvenida a esta etapa ya que es vista como sinónimo de libertad respecto de la menstruación, embarazos y nacimientos. Hecho que les hace sentir liberadas de los tabúes menstruales que restringen su movilidad, otorgándoles gran independencia (28).

Mas aún, hay estudios cuantitativos que desafían este estereotipo negativo destacando que es pequeña la experiencia de otros síntomas físicos con excepción de los vasomotores y plantean que el proceso menopáusico no afectaría a la salud en general ni a los comportamientos relacionados con las visitas al médico (32). Dona Davis, ha llegado a sugerir que nombrar la menopausia como una crisis de la mujer, puede ser un fenómeno médico devenido de la representación de la menopausia como una enfermedad o condición deficiente (19).

Las investigaciones continúan desarrollándose actualmente, como el estudio SWAN (*Study of Women's Health across the Nation*) en el cual se incluyeron 14.906 mujeres de distintos grupos étnicos de los Estados Unidos, encontrando mayor sintomatología psicósomática entre las mujeres caucásicas mientras que los grupos afro-americanos manifestaron mayores síntomas vasomotores. (33) El estudio denominado *Melbourne Women's Midlife Health Project*, que incluyó en la primera etapa 2001 mujeres con edades entre los 45 y 55 años y 438 en la etapa de seguimiento que duró 9 años, encontró entre los síntomas más específicamente relacionados a los cambios hormonales de la menopausia, a los vasomotores, el insomnio y la sequedad vaginal. La respuesta sexual también se vio afectada negativamente por la edad y la menopausia. El estado de ánimo, la auto-evaluación del estado de salud y los sentimientos de satisfacción con la vida no estuvieron directamente asociados a la menopausia sino indirectamente amplificando el efecto de las variables psicosociales, del estilo de vida y de actitudes previas (34), es decir, la influencia del contexto sociocultural, a nuestro entender.

En América Latina el tratamiento de esta temática ha sido escasa y podríamos situar en la década del '90 el inicio del estudio con una perspectiva sociocultural (35). Los reducidos datos de los países latinoamericanos no permiten hacer muchas inferencias y queda planteada la

cuestión referida a la similitud de los síntomas, creencias y actitudes que se producen en las poblaciones caucásicas de los países desarrollados con respecto a los países de la región. Recientemente un estudio realizado en Ecuador, en un grupo de mujeres de bajo nivel socioeconómico, encontró como indicadores más frecuentes la dificultad para concentrarse, sentimientos de infelicidad o malestar, dolor de cabeza y síntomas vasomotores (36).

En Argentina son insuficientes las investigaciones empíricas acerca del desarrollo adulto femenino (37, 38,35, 39). López plantea a través de una exploración cualitativa los atributos, circunstancias y características de la estructura de vida de mujeres de sectores populares de la Ciudad de Buenos Aires. Considera contrariamente al estereotipo negativo que la menopausia no parece ser un hecho que marque un cambio relevante, planteándolo como un hecho beneficioso ligado una vez más a la liberación de cuidados higiénicos y de posibles embarazos. Como cualidades valoradas en la mujer "vieja" se destaca el ser madre, esposa, deseable sexualmente, y con capacidad de brindar compañía atractiva. Y hace hincapié en marcar las diferencias en relación con circunstancias de clase social. Por ejemplo, las preocupaciones estéticas en la transformación de la forma corporal y del peso son características que están presentes en los sectores medios mientras que en los sectores populares aparece con mayor relevancia la relación con el cansancio, el agotamiento y la disminución de fuerzas. El mismo estudio plantea que las desventajas se relacionan con el hecho de asociar la menopausia con la vejez, y con el temor a la edad o al paso del tiempo, que es en realidad la entrada a otra etapa vital, con el sentimiento de vergüenza como un momento de la vida de la mujer que debe ser ocultado y silenciado. (37,35).

Otra cuestión a considerar es que la severidad de los síntomas climatéricos, y particularmente los derivados del sistema nervioso, también pueden ser muy diferentes en relación con otras variables sociales. Por ejemplo, un estudio reporta que la mujer sin profesión que pertenece al estrato socioeconómico más alto, presenta, por ejemplo, más síntomas que la profesional que encuentra sentido y pertenencia en su trabajo y no sólo centrados en el grupo familiar (4).

El impacto que tiene el climaterio en la CV puede ser atribuida a la sintomatología asociada, especialmente a las clásicas molestias vasomotoras y a algunos síntomas físicos, como las palpitaciones. La presencia repentina de la sensación displacentera de calor, que habitualmente se produce en el pecho ascendiendo 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 tiempo (40, 34).

Los síntomas urogenitales son consecuencia de los cambios atróficos desencadenados por el déficit estrógeno. Su naturaleza progresiva puede deteriorar la calidad de vida de las mujeres

de mediana edad producen problemas e interfieren con las actividades cotidianas, los eventos sociales y repercuten también en la esfera psicosexual (41).

Muchas mujeres manifiestan alteraciones psicosomáticas durante el climaterio, sin embargo la menopausia “per se” no tendría un efecto 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 probable (42). Estos trastornos han sido descritos 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 mareos (43).

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 aclarada (5).

2. ¿CÓMO EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS) EN LA MUJER CLIMATERICA?

La CVRS introduce una nueva dimensión en la evaluación de la mujer climatérica, además de la valoración de los cambios clínicos y de laboratorio tradicionales. Como vimos previamente, cualquier medida de CV va a reflejar las influencias de la sociedad y de la cultura en la que viva la persona que está siendo evaluada. Para la Organización Mundial de la Salud el término “sexo” se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a los hombres y a las mujeres; el término “género” se refiere a los roles socialmente construidos, conductas, actividades y atributos que una sociedad considera apropiados para los varones y mujeres (44). Así, los aspectos relacionados a las características sexuales no varían sustancialmente entre las distintas sociedades mientras que los aspectos relacionados al género sí pueden variar mucho. Las diferencias psicológicas entre ambos sexos plantean consideraciones diversas con relación al género. En este campo específico, la definición del papel de la mujer, la manera de entender y actuar los diferentes roles femeninos, las maneras de entender y aceptar las diferentes etapas del ciclo vital están condicionados y definidos socialmente. Es conveniente que las escalas de calidad de vida sean sensibles al marco sociocultural e histórico que corresponda al ambiente donde vivan y proyecten sus vidas estas mujeres y, naturalmente, en el caso de instrumentos originados en otros contextos, tienen que ser conceptualmente equivalentes no sólo en términos lingüísticos, sino en idiosincrasia.

Hace 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 (8). Las medidas de CVRS tienden a enfocarse en las disfunciones de los individuos para medir sus efectos. Para ello, los cuestionarios de CVRS proveen de manera sistemática una serie de preguntas que cubren posibles áreas de disfunción. Se evalúa la frecuencia y la importancia de cada ítem para establecer en qué medida es un problema; se aplican escalas de tipo Lickert para registrar las respuestas. Las preguntas son específicas en relación con el tiempo. Estos instrumentos miden el cambio percibido por los pacientes en el tiempo (46). La medida tiene un sentido subjetivo: el grado de cambio para dos personas puede ser el mismo pero los efectos comparables pueden tener diferencias significativas. Se valora en estos cuestionarios de CVRS la habilidad para detectar cambios clínicamente importantes aún si son cambios pequeños.

Cuestionarios genéricos:

Hay dos tipos de instrumentos para evaluar la CVRS: los cuestionarios genéricos y los específicos relacionados a una enfermedad o condición determinada (47).

Los cuestionarios genéricos de CVRS describen la percepción del individuo respecto a su salud y bienestar general en las amplias áreas del funcionamiento. Cada uno de éstas puede contribuir de forma independiente a la CVRS. 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. El primero incluye la presencia de trastornos orgánicos y limitaciones ocasionadas por alguna enfermedad o condición. En el área emocional se investiga la presencia de tristeza, irritabilidad, ansiedad y otros. En el dominio social se explora su integración en la sociedad y su capacidad para el trabajo y la vida diaria (47) (Fig 5). En ocasiones algunos cuestionarios incluyen otro dominio denominado genéricamente "vitalidad", donde se explora este aspecto del psiquismo (48).

Como se puede apreciar las escalas genéricas son multidimensionales y con ellas se puede explorar un amplio abanico de factores que influyen en la CV. Los cuestionarios genéricos de CVRS 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. Entre las escalas genéricas más usadas se encuentran: Nottingham Health Profile (49), Short Form-36 (SF-36) (50) y Psychological General Well Being (PGWB) (51).

El estudio GAZEL (52) 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 postmenopáusica 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 general (50). El SF-36 ha sido utilizado en un gran número de estudios poblacionales y en diferentes condiciones clínicas, mostrando excelentes propiedades psicométricas (53). Ha sido traducido y validado en diferentes idiomas, incluyendo el italiano (54), cumpliendo procedimientos estandarizados para asegurar la equivalencia conceptual y la validez cultural del instrumento (55). Son dos los requisitos necesarios para el uso transcultural de instrumentos de medición del estado de salud, la adecuación cultural y la comparabilidad del contenido (56). Asimismo se probó, mediante investigaciones realizadas en países de diferentes idiomas y culturas, la calidad de los datos, la equivalencia conceptual en la traducción del instrumento, la validez y comparabilidad de las interpretaciones de las escalas e índices contenidos en el SF-36 como medida de componentes de la salud física y mental de poblaciones diferentes (57,58)

En una población general londinense de mediana edad aplicando el cuestionario SF-36 se investigó las diferencias de género en cuanto CVRS y nivel de satisfacción (59). Un total de 103 mujeres (55%) y 86 varones participaron del estudio. De la población femenina evaluada, el 13% eran premenopáusicas, 68% peri o postmenopáusicas y el 17% usuarias de terapia de reemplazo hormonal (TRH). 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 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 vidas (59).

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 depresión (51).

Cuestionarios específicos de CV 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 probadas, para evaluar la eficacia de las intervenciones médicas.

El Índice de Blatt-Kupperman (60) ha sido el referente tradicional para evaluar el impacto de la THR sobre la sintomatología climatérica. En él cada síntoma tiene asignado 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 (61,62).

Las principales críticas a esta escala que la han tornado obsoleta se refieren a la puntuación arbitraria de cada síntoma, la ausencia de autoevaluación de la paciente, el médico es siempre el que interpreta el nivel de padecimiento de la paciente, la utilización de términos confusos tales como hormigueo y parestesia, la inclusión de síntomas inespecíficos como la cefalea o el vértigo y la ausencia de síntomas importantes como la alteración de la libido, la sequedad vaginal y la disuria. Queda claro que el concepto de CV de la mujer climatérica excede los criterios clínicos con que se define en esta escala. El climaterio es un fenómeno multifacético, los síntomas que ocurren durante ese periodo pueden ser originados por diferentes aspectos, tener diferentes causas y, consecuentemente, deben clasificarse y medirse de manera separada cada uno de los demás, y no de una forma global que resulte en un registro único como el del Índice de Kupperman que fue diseñado en la década de 1950.

Uno de los cuestionarios específicos más relevantes que se centra en la mujer es el *Women Health Questionnaire* (WHQ) (63). Este cuestionario, desarrollado en Inglaterra en 1992 y ampliamente aplicado para evaluar la menopausia. Ha sido validado (en poblaciones anglosajonas y nórdicas) y utilizado para estudiar 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 atracción (2 ítems). A la intensidad de la sintomatología se le otorga un valor de 1 a 4 según la severidad de la misma, cuanto más alto es el puntaje, más pronunciado es el malestar y la disfunción (63).

Genazzani y col. evaluaron las propiedades psicométricas en la versión italiana del WHQ para verificar si existen diferencias transculturales en la percepción de la calidad de vida de la mujer menopáusica de dicho país (64). 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 la misma resultaron similares.

Hilditch y col. (16) propusieron un acercamiento diferente, orientado a la CVRS 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 CVRS 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, Blumel y col. (65) evaluaron el impacto del cese de la función ovárica sobre la CV utilizando el MENQOL en 481 mujeres de entre 40 y 59 años. Los autores encontraron un considerable deterioro en la CV de las mujeres climatéricas. Al aplicar regresión logística, observaron que la pérdida de CV en estas mujeres no dependía de la edad ni de otras variables sociodemográficas como el estado civil, número de hijos, educación o actividad laboral, sino de su "estatus" hormonal subsecuente a la menopausia.

Una investigación realizada en Bogotá, Colombia (66) 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, el nerviosismo, la impaciencia o descontento con la vida personal, pero sí se halló 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 hallándose cambios significativos en las colombianas con la menopausia. Estas observaciones plantean dudas en cuanto a lo adecuado o no de usar escalas desarrollados en un país distinto al cual se aplica dicha escala.

Otra escala que se ha construido a partir de la medición de síntomas climatéricos basada en principios científicos objetivos es la Escala Climatérica de Greene (67). Mediante el análisis factorial (técnica matemática multivariante que agrupa síntomas en áreas) a partir de 7 estudios, se seleccionaron 21 síntomas que se agruparon en los siguientes dominios:

vasomotor, psicológico, somático. La medición única de los síntomas psicológicos de la escala original se dividió para formar dos mediciones: ansiedad y depresión. Se añadió un aspecto adicional de pérdida del "interés sexual". Se espera que la sexualidad sea un aspecto al que se le de seguimiento por medio de una evaluación más apropiada y sensible de los problemas que pueden manifestarse en esa área (68).

Actualmente se considera importante evaluar de manera independiente la sexualidad durante la menopausia. Uno de los cuestionarios más citados en la bibliografía, utilizado y validado, es el Mc Coy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) (69). Este cuestionario se refiere a la función sexual durante el 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 Austríaca (70) 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 validada en 1996 en un estudio realizado con una muestra representativa randomizada de 683 mujeres alemanas de 45 a 60 años que completaron la escala MRS (71). Un seguimiento luego de 18 meses con la misma población de mujeres revalidó nuevamente la escala variando la puntuación original. La MRS modificada contiene cinco opciones de respuesta que representan cinco grados de severidad: asintomático (0 puntos), leve (1 punto), moderado (2 puntos), severo (3 puntos) e intenso (4 puntos). El puntaje total de MRS que oscila entre 0 (asintomática) y 44 (grado máximo de disturbio por síntomas menopáusicos) (72). La MRS es una escala bien definida de autoevaluación de los síntomas menopáusicos que permitiría de una manera práctica y relativamente rápida evaluar el impacto de cualquier intervención médica con relación a diferentes aspectos de la CVRS. La representación cognitiva de la menopausia también ha sido objeto de estudio. El cuestionario denominado *Menopause Representation Questionnaire* (MRQ) (73, 74) ha sido utilizado para evaluar el efecto de una intervención educativa en mujeres en el período de la menopausia.

Partiendo de la idea de que la calidad de vida debería referirse más a la "sensación de bienestar", Utian y col. desarrollaron un cuestionario de calidad de vida en la mujer perimenopáusica, *Utian Quality of Life Score* (UQOL) que está fuertemente basado en la percepción de la sensación de bienestar (75). Consiste en un instrumento de 23 ítems agrupados en 4 dominios, validado con las escalas genéricas de CVRS en una muestra de mujeres perimenopáusicas de diferentes ámbitos geográficos. Los diseñadores de la UQOL estudiaron 597 mujeres (edad media: 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.

Recientemente se ha presentado la Escala Cervantes (76,77,78,79) que es un cuestionario específico para mujeres en la menopausia, en versión original española, que consta de 31 ítems y está constituido por cuatro subescalas: menopausia y salud; dominio psíquico; dominio de sexualidad y dominio de pareja. Tiene como complemento una Escala de la Personalidad, que consta de 20 ítems y mide tres dominios: el de introversión; el de inestabilidad emocional y el de sinceridad. La Escala Cervantes se creó basándose en la idea de que para valorar los cambios en la calidad de vida debidos a la menopausia había que considerar otros aspectos, entre ellos, la personalidad (79).

3. ¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD Y EXPECTATIVA DE VIDA EN EL 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 de vida y no en una preocupación por la calidad de la misma (80).

Los sistemas de salud hasta ahora implementados son básicamente asistencialistas no consideran la contención global de la mujer de edad avanzada (81). 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 discapacidad (82). 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 que gocen de una óptima calidad de vida el mayor tiempo posible (80).

No obstante, cada vez más profesionales de la salud son conscientes de que uno de los objetivos principales de las intervenciones médicas y de la tecnología es mejorar la calidad de vida de los 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 vida (48).

La calidad del tratamiento tiene que considerar no solo aspectos relacionados al estado clínico de los pacientes sino otros como la capacidad de funcionar con autonomía y realizar actividades con independencia. La evaluación de los cambios en la capacidad funcional

generalmente se realiza a mediano y largo plazo ya que es cuando se esperan mejorías posteriores al tratamiento (83,84)

Es en este contexto donde el riesgo-beneficio de la THR a largo plazo 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 limitaciones en mujeres con síntomas de deficiencia estrogénica (5, 85-94) (FIG. 6).

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 THR (48). En un estudio abierto y randomizado (90) se investigó en 499 mujeres postmenopáusicas (edad media: 51 años) con síntomas moderado a severos, 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 randomizado (92) se evaluó 223 mujeres postmenopáusicas (edad media: 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-36 (95) en mujeres menopáusicas sintomáticas se observó un importante deterioro en la calidad de vida de las mismas. El uso de la THR se asoció con una significativa mejoría de la calidad de vida de estas mujeres. En el PEPI trial (96) 875 mujeres postmenopáusicas (edad media: 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 HERS (97), se evaluó el impacto de la THR en la calidad de vida de 2763 mujeres postmenopáusicas con enfermedad coronaria (edad media: 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 misma (dominio físico).

Estos hallazgos sugieren que los síntomas que potencialmente responden a la THR podrían identificar a las mujeres que más probablemente mejoren su calidad de vida a través de esta intervención terapéutica.

El uso de TRH puede resultar en beneficios en la salud de manera significativa pero el beneficio total solo se alcanza si la mujer se adhiere al tratamiento a largo plazo; por lo tanto,

es importante la individualización terapéutica en cada mujer en particular. La adhesión a la TRH se incrementa si el tratamiento es bien tolerado, fácil de administrar, efectivo, de bajo riesgo y no produce sangrados o los mismos son escasos. EL sangrado es la principal causa de abandono de la TRH y logrando un mejor control del patrón de sangrado se puede generalmente mejorar la continuidad del tratamiento (98).

Los nuevos regímenes de TRH en bajas dosis han demostrado ser útiles para su uso a largo plazo debido a la menor incidencia de efectos adversos que los observados con las dosis convencionales y su eficacia comprobada (99,100).

En un estudio internacional (101) realizado en 3 países europeos (Francia, Alemania y Reino Unido) se investigó cuáles eran las expectativas de las mujeres con relación a 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 el uso de la misma. Se observaron algunas diferencias culturales entre los países participantes. Por ejemplo, en el Reino Unido 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.

CONSIDERACIONES FINALES

- La menopausia es una fase normal del ciclo vital femenino, un fenómeno fisiológico , no patológico.
- Esta fase no está conformada por un evento aislado sino por un conjunto de cambios en diversos dominios: físico, psicológico, social, acorde a roles y posiciones de la mujer de mediana edad y en función de creencias, valores y oportunidades del contexto sociocultural al cual pertenece.

- Es importante, para no correr el riesgo de medicalizar innecesariamente la menopausia, identificar las percepciones subjetivas y actitudes de la mujer hacia su salud, su ciclo reproductivo, la menstruación, la fertilidad y el envejecimiento.
- Las evaluaciones de calidad de vida representan la perspectiva y experiencia de la mujer en la menopausia, son útiles para comprender y precisar las necesidades de acuerdo a los aspectos afectados.
- Las terapias de reemplazo hormonal son una alternativa para mejorar la calidad de vida de mujeres con síntomas que interfieren su vida cotidiana.
- Los “predicadores del estrógeno” ven a la TRH como el programa de medicina preventiva más significativo; los que “niegan los estrógenos”, por el contrario, relacionan la THR a largo plazo como la medicalización de la menopausia. Considerando que estas situaciones son demasiado rígidas, es oportuno considerar alternativas que se encuentren en el medio de ambas posturas.
- Hay fuertes evidencias bibliográficas que la THR mejora la calidad de vida de la mujer climatérica sintomática no obstante su utilización mantiene aspectos controversiales.
- Evaluar la calidad de vida de la mujer climatérica desde una perspectiva bio-psico-socio-cultural y el impacto de la THR en la misma mediante escalas específicamente diseñadas y validadas que permitirán una mejor comprensión de la percepción de la mujer y sus necesidades a lo largo de esta etapa vital para mejorar la eficiencia de los tratamientos dirigidos a aliviar la sintomatología.
- El tratamiento hormonal, cuando esté indicado, tiene que formar parte de una asistencia integral que contemple la influencia de los factores psicológicos, sociales y culturales en esta etapa de transición del ciclo vital y aporte estrategias de afrontamiento adecuadas y oportunas que mejore la capacidad de las mujeres para el desarrollo de sus vidas.
- Las futuras investigaciones tienen que incluir sistemáticamente los distintos dominios que pueden verse afectados en la vida de la mujer de mediana edad en nuestras sociedades.

BIBLIOGRAFIA

1. Diczfaluzi E. La humanidad que envejece: ¿estaremos adelantándonos a nuestro futuro?. *Ginecol Reprod*, 1998; 6: 122-133.
2. Castro Santoro R. El Climaterio como problema de la salud pública. La visión del Ministerio de la Salud. En: Gonzalez Campos O, Arteaga Urzúa E., Contreras Castro P. *Menopausia y Patologías Asociadas*. Santiago de Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio; 1998: 93-105.
3. CEPAL America Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 1950-2050. *Boletín Demográfico*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Santiago de Chile. 2003.
4. Siseles N.O., Gutiérrez A.P., Sayegh F.C. The climacteric in Latin America: Actual state and future trends. *The Menopause at the Millennium. The Proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause*. Yokohama, Japan. The Parthenon Publishing Group New York, London; 2000, 108-116.
5. Utian W. Rol de la hormonoterapia a largo plazo en el contexto de la medicina preventiva para la mujer postmenopáusica. En Gonzalez Campos O, Arteaga Urzúa, Contreras Castro P. *Menopausia y Patologías Asociadas*. Santiago de Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio; 1998: 25-33.
6. Parrilla Paricio J. Comunicación personal. ¿Qué es la calidad de vida? y ¿para qué sirve medirla? VII Congreso de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Cadiz, 14-17 de mayo de 2002.
7. Organización Mundial de la Salud. *Quality of life assessment: International Perspectives*. Berlin, Spinger-Verlag, 1994.
8. 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.
9. Bullinger M, Anderson R, Cella D et al. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1993; 2 (6): 451-459.
10. Carr A.J., Higginson I.J. Measuring quality of life. Are quality of life measures patient centred? *BMJ*, 2001; 322: 1357-60.
11. Ferrer J, Valdes D. Utilidad de la medición de la calidad de vida en el climaterio. *Rev Iberoam Menop* 2005; 7 (1): 4-8.
12. Casamadrid J. Climaterio y Cultura. *Climaterio*. 1999; 1(4): 172-176.
13. Lock M. Ambiguities of ageing: Japanese experience and perceptions of menopause. *Cult Med Psychiatry*. 1986; 10: 23-46.
14. Beyene Y. Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis. *Cult Med Psychiatry*. 1986; 10: 47-71.
15. Siseles N, Gutiérrez P. Do different cultures really explain different attitudes to the management of the menopause? *Medicographia* 2001; 23 (4): 313-314.
16. Hilditch J,R; Lewis J; Peter A. et al. A Menopause Specific Quality of Life Questionnaire, development and psychometric properties. *Maturitas* 1996; 24: 161- 175.
17. Bell, S. Changing ideas: The medicalization of Menopause. *Soc Sci & Med*, 1987; 24:535-542,.
18. Kaufert, P. The social and cultural context of menopause, *Maturitas* 1996; 23: 169-180.
19. Davis, D. Blood and nerves revisited: Menopause and the privatization of the body in a Newfoundland Postindustrial Fishery, *Medical Anthropological Quarterly* 1997;11 (1): 3-20.
20. Zeserson,J. Chi no michi as metaphor: conversations with Japanese women about menopause, *Anthropology and Medicine*, 2001, 8, 1.
21. Lock, M. Menopause Research: The Korpilampi Workshop, *Soc. Sci. & Med*, 1986; 22,:11
22. Beyene Y, Martin M. Menopausal Experiences and bone density of Mayan Women in Yucatan, Mexico, *American Journal of Human Biology* 2001; 13:505-511
23. Heritier F. *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Paris, Editions Odile Jacob, 1996.
24. Brown J. Economic organization and the position of women among the Iroquois, *Ethnohistory* 1970;17:3-4.
25. Mir Candal L. Historia de vida de una mujer melquita, Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Tesis. Documento mimeografiado. 1986.
26. Flint, M. Menarche and menopause in Rajput women, PHD dissertation, Department of Anthropology, City University of New York, 1974.

27. Furth C. Chén Shu-Yueh, Chinese Medicine and the anthropology of menstruation in contemporary Taiwan, *Medical Anthropology Quarterly*, 1992; 6 (1) 27-48.
28. Chirawatkul S., Maderson L. Perceptions of menopause in Northeast Thailand: contested meaning and practice, *Soc. Sci. & Med.* 1994; 39, 11
29. Beyene Y., Martín, M. Menopause without symptoms: The endocrinology of menopause among rural Mayan indians, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1993; 168: 1839-1845.
30. Pecci C. Catri J. Provenzano S. L. Calidad de Vida. Opciones en Ginecología y Obstetricia. *Gynakologie und Geburtshilfe.* 2004; 5:127-133.
31. Martin E. *The Women in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press, 1992.
32. Hunter, M. *La menopausia*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1994.
33. Avis N. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups, *Soc. Sci. & Med.* 2001; 52:345-356.
34. Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG The menopausal transition: a 9 year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. *Climacteric.* 2004; 7:375-389.
35. Lopez N. La familia, el trabajo y el cuerpo en la "edad crítica"; En *Mujer y sociedad en América Latina*, Buenos Aires, Clacso, 1991.
36. Sierra B, Hidalgo LA, Chedraui PA. Measuring climacteric symptoms in an Ecuadorian population with the Greene Climacteric Scale. *Maturitas* 2005 16; 51:236-45.
37. Losoviz A. *Menopausia ¿Qué me está pasando?. Mitos y realidades del climaterio*, Buenos Aires, Catálogos, 2000.
38. Videla M. *Otoño de mujer, Menopausia y después*, Buenos Aires, Ediciones Cinco, 1997.
39. Losoviz A. Menopausia, ética y psicoanálisis o sobre el arte de la conciencia en el acto médico, En: *El guardián de los vientos. Reflexiones interdisciplinarias sobre ética en Medicina*, Buenos Aires, Catálogos, 1998.
40. Oldehave A. et al. Impact of climacteric on well-being. *Am J Obstet Gynecol*, 1996; 168: 772-780.
41. Bachmann G, Ebert G, Burd I. Vulvovaginal complaints In: *Treatment of the postmenopausal women: basic and clinical aspects*, 2ed Lobo R, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999; 18: 195-201.
42. Dennerstein L, Smith A, Morse C. Psychological well-being, mid-life and the menopause. *Maturitas* 1994; 20:1
43. 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.
44. <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>
45. Castelo-Branco Flores C. Creación de una escala de calidad de vida en la menopausia. VII Congreso de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Cádiz, 14-17 de mayo de 2002, Libro de Resúmenes 114-117.
46. Guyat G., Bombardier C. Tugwell, P. Measuring disease-specific quality of life in clinical trials *CMAJ*, 1986;134:889-894.
47. Wiklund I, Dimenas E, Wahl M. Factors of importance when evaluating quality of life in clinical trials. *Control Clin Trials* 1990; 11: 169-179.
48. 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.
49. 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.
50. Ware I, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form survey (SF-36). *Med Care*, 1992; 30: 473-483.
51. Dupuy H. The psychological general well-being index. In: Wenger N, Mattson M, Furberg C et al. *Assesment of quality of life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies.* USA. Le Jacq, 1984; 170-183.
52. Ledésert B, Ringa V, Bréart G. Menopause and perceived health status among the women of the french GAZEL cohort. *Maturitas*, 1995; 20: 113-120.
53. McHorney C, Ware J, Lu J et al. 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.

54. Apolone G, Mosconi P. The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1025-1036.
55. Bullinger M, Alonso J, Apolone G., Lep  ge A., Sullivan M, Wood-Dauphinee S, Gandek B, Wagner A, Aaronson N, Bech P, Fukuhara S, Kaasa S, Ware J. Translating Health Status Questionnaires and Evaluating their Quality: The IQOLA Project Approach. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11) 913-923.
56. Wagner A, Gandek B, Aaronson N, Acquadro C, Alonso J., Apolone G, Bullinger M, Bjorner J, Fukuhara S, Kaasa S, Leplege A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, Ware J. Cross-Cultural Comparisons of the content of SF-36 Translations across 10 countries : results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51 (11): 925-932,.
57. Gandek B, Ware J.E, Aaronson N.K., Alonso J., Apolone G., Bjorner J., Brazier J. , Bullinger M, Fukuhara S, Kaasa S, Leplege A, Sullivan M. Test of data quality, scaling assumptions and reliability of the SF-36 in eleven countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11):1149-1158,.
58. Ware JE, Kosinski M, Gandek B, Aaronson N, Apolone G, Bech P, Brazier J, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Prieto L, Sullivan M. The Factor Structure of the SF-36 Health Survey in 10 Countries: Results from the IQLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11): 1159-1165.
59. 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.
60. Kupperman H, Blatt M, Wiesbaden H et al. Comparative clinical evaluation of estrogen preparations by the menopausal and amenorrhoeal indices. *J Clin Endocrinol*, 1953; 13: 688-703.
61. Alder E. The Blatt Kupperman Menopausal Index: a critique. *Maturitas* 1998; 29: 19-24.
62. Schneider H, Heinemann L, Rosemeier H et al. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman Index and Quality-of-Life Scale SF-36. *Climacteric*, 2000; 3: 50-58.
63. 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.
64. Genazzani A, Nicolucci C, Campagnoli P , Crosignani C, Nappi G, Serra GB, Bottiglioni A., Cianci A, De Aloysio D, Donati Sarti C, Gambacciani M, Monteleone P, Ciaponi M, Genazzani AD, Guaschino S, Palumbo G., Petraglia F, Schonauer S, Volpe A, Coronel GA, Di Paolantonio T, Nagni M, Tempesta A. Validation of italian version of the Women's Health Questionnaire: assesment of quality of life of women from the general population and those attending menopause centers. *Climacteric* 2002; 5: 70-77.
65. Blumel J, Castelo-Branco C, Binfa L et al. Quality of Life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000; 34: 17-23.
66. Ortiz N, Mariño C y col.: Influencia del climaterio en la calidad de vida. Facultad de Medicina. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Santa Fe de Bogotá, Colombia, Tesis de Epidemiología. 2000.
67. Greene J. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas* 1998; 29: 25-31.
68. McCoy N. Methodological problems in the study of sexuality and the menopause. *Maturitas* 1998; 29: 51-60.
69. Mc Coy N, Davidson J. A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas* 1985; 7: 203-210.
70. Hauser G, Huber I, Keller P et al. The Menopause Rating Scale (MRS). *Zentralbl Gynakol* 1994; 116: 16-23.
71. Schneider H, D  ren M. Traits for long-term acceptance of hormone replacement therapy – results of a representative German survey. *Eur Menopause J*, 1996; 3: 94-98.
72. Schneider H, Heinemann L, Rosemeier et al. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*, 2000; 3: 59-64.
73. Hunter M, O'dea I. Cognitive appraisal of the menopause: the Menopause Representations Questionnaire (MRQ). *Psychology Health & Medicine* 2001; 6(1):65-76.
74. Hunter M., O'Dea I. An evaluation of health education intervention for mid-aged women: five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Education & Counselling* 1999;38:249-255
75. Utian W, Janata J, Kingsberg S. Components and quatification 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.
76. Palacios Gil-Antuñano S. Comunicación personal.   Cu  l es el futuro? Introducción a la Escala Cervantes. Simposio Calidad de Vida:   uso y abuso de la expresión? VII Congreso

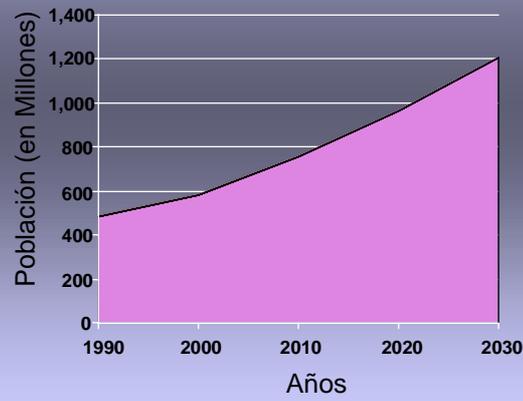
de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Cádiz, 14-17 de mayo de 2002.

77. Escala Cervantes: www.escalacervantes.com
78. Palacios S. Qué escalas de calidad de vida tenemos: Escala Cervantes. Rev Iberoam Menop 2005; 7(1):9-15.
79. Grupo Cervantes (2004), Escala Cervantes, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM):6-7
80. 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.
81. Villaseca P, Gutiérrez E, Ríos P. Mujer y Vida después de los sesenta: Género y salud, el despertar de una conciencia crítica. In: Organización Panamericana de la Salud. Mujer – Salud – Desarrollo. Santiago de Chile: OPS; 1995. 109-137.
82. Anzola Pérez 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 Pérez E. La atención de los ancianos. Un desafío para los años noventa. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1996; 546: 453-471.
83. World Health Organization, Assessment of subjective well-being, Who Regional Health Paper, 1992, SEADRO,24.
84. Schipper H, Clinch,J., Powell V. Definitions and conceptual issues, en Spilker, B. Quality of life in clinical trials, RavenPress, NY, 1990: 11-24
85. Ulrich LG, Barlow DH, Sturdee DW et al. Quality of life and patient preference for sequential versus continuous combined HRT: the UK Klioferm multicenter study experience. UK Continuous Combined HRT Study Investigators. Int J Gynaecol Obstet 1997;59 Suppl 1: S11-S17.
86. 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.
87. Hilditch JR; Lewis J; Ross AH et al. 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.
88. 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.
89. 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.
90. Limouzin-Lamothe MA; Mairon N; Joyce CR et al. Quality of life after the menopause: influence of hormonal replacement therapy. Am J Obstet Gynecol 1994; 170 (2): 618-624.
91. Nathorst-Boos J; Wiklund I; Mattsson L. et al. 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.
92. 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): 824-830.
93. Thunell L, Stadberg E, Milsom I, Mattson A. A longitudinal population study of climacteric symptoms and their treatment in a random sample of Swedish women. Climacteric 2004; 7:357-365.
94. Bennasar Sans, Castelo Branco Flores C, Peralta Flores S. Menopausia, calidad de vida y tratamiento hormonal. Rev Iberoam Menop 2005; 7(1):16-20.
95. 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.
96. Greendale G, Reboussin B, Hogan H et al. Symptom relief and side effects of postmenopausal hormones. Obstet Gynecol, 1998; 92: 982-988.
97. Hatky M, Boothroyd D, Vittinghoff E **et al.** Quality of life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy. Results from the HERS trial. JAMA 2002; 287 (5): 591-597.
98. 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.

99. Ettinger B. Personal perspective on low-dosage estrogen therapy for postmenopausal women. *Menopause* 1999; 6 (3): 273-276.
100. Lobo R, Whitehead M. Is low-dose hormone replacement therapy for postmenopausal women efficacious and desirable? *Climacteric* 2001; 4: 110-119.
101. Limouzin-Lamothe M. What women want from hormone replacement therapy: results of an international survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 64: S21-S24.

Crecimiento en la población femenina de edad avanzada en todo el mundo

- Crecimiento real y proyectado en la población Edad 50



Hill K. *Maturitas*. 1996;23:115.

FIG. 1

FIG. 2: CALIDAD DE VIDA: CONCEPTO DINAMICO



Modificado de Cano A, 2001

FIG. 3: MULTIDIMENSIONALIDAD DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA



FIG. 4



FIG 5

