



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CALIDAD DE VIDA EN LA MENOPAUSIA

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
JENNIFFER SAUCEDO LÓPEZ

ASESORES

Mtro. JORGE LUIS SALINAS RODRÍGUEZ

Mtro. HÉCTOR EDUARDO GONZÁLEZ DÍAZ

Lic. JUANA OLVERA MÉNDEZ



TLALNEPANTLA EDO DE MEX.

Octubre 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Para mi **mamá**, por hacerle frente a LA AUSENCIA, mantenerse y sobrellevar la idealización.

Por sobrevivir a la cotidianeidad, esforzándose por darnos siempre lo que se permite y más allá.

Por preocuparse y estar pendiente de nosotros, sin importar nuestra edad o situación.

Porque a través de todo ello nos da su amor.

A mi **papá**, porque en su ausencia, su presencia se manifiesta.

Por no esperar el recibir, sino construir.

Por regalarnos su imagen, en nuestra compañía.

Porque sé que te fuiste sin quererlo.

A **Carmen**, por ser ejemplo de mujer independiente emocional y económicamente en un momento histórico difícil. Simplemente viviéndolo así, sin más, porque debía de ser, sin que fuera una carga, sino un modo de vida por elección.

Por finalmente cuidarnos hasta donde sus fuerzas le permitieron.

A **Llely** por algunas veces sustituir y otras completar las faltas que la vida nos iba generando.

Porque se interesa por nuestro bienestar y futuro.

Principalmente por escucharme y apoyarme.

A **Nayan**, por demostrar que el ingenio no se aprende en ninguna Institución.

Por enseñar que la paciencia es una valiosa cualidad.

Por ser una persona fuerte y exteriorizar su paz interior.

Por silenciar los demonios.

A **Gustavo**, porque al verlo compruebo que es un muchacho noble y luchador.

Por su afán de constante descubrimiento.

Por tus expresiones espontáneas de amor.

Por tu semblante que manifiesta ternura.

Porque cuando la vida le regala, no le importa darlo todo.

Por demostrar que los errores se pueden corregir.

A **Giovanni**, por hacerle frente a una figura ambivalente y seguir adelante con su destino.

Porque cada vez que te vas te despides con un beso y me haces sentir que me quieres.

Por demostrar que los esfuerzos rinden sus recompensas.

Por interesarse en el mundo de la creación.

A **Michelle** por existir, por enseñar que lo maravilloso es sencillo, que el amor preexiste a la presencia "real", se transforma a su realización y se establece en el ser deseado.

Por regalarme tus abrazos, tus besos, tus sonrisas.

Por alegrarte al verme.

Por darme la satisfacción de corresponderte.

Por obsequiarme la fantasía de completud.

A **Ismael**, por mantenerse a mi lado ante todo.

Por interesarse en mí y ayudarme.

Por ser partícipe de la creación del ser más hermoso que he de tener conmigo por siempre.

Por tu mirada que se encuentra con la mía desde hace diez años.

A **Cobi** que día a día demuestra que el amor sí es incondicional.

Por darme una razón de vida y esperanza en mis ayeres más tristes.

A **Dios**, porque se refleja tu mano en cada decisión.

AGRADECIMIENTOS

A Jorge Luis, por apoyar mi proyecto y mantenerse pendiente de él a pesar del tiempo transcurrido.

Por sus horas de trabajo dedicadas al mismo.

Al Mtro. Héctor González Díaz y a la Profesora Juana Olvera Méndez, por asesorarme.

A todos aquellos profesores para los que mi palabra oral o escrita ha tenido valor y me ayudaron a concebir el mundo de un modo diferente.

A todas aquellas mujeres que aceptaron obsequiarme algunas unos minutos, otras su confianza.

A la Jefatura de Enseñanza e Investigación del Hospital General de Naucalpan, por otorgar la autorización para la realización del presente trabajo, así como al personal.

A Karla por estos quince años de amistad.

Por todos los instantes que hemos vivido juntas.

A la familia Ortiz Haase, por recibirme en su casa con amabilidad y afecto.

Por inspirar confianza y transmitir calidez en su trato.

Por ayudarme en momentos difíciles.

A Leonor por tus palabras.

A la familia González Serna, en especial a Esperanza Serna Delgadillo y a Héctor Rupitt por su interés en Michelle aún antes de conocerla y a la fecha.

Por hacer presente que las personas buenas prevalecen.

Al Lic. Sergio Aguilar Torres, por el apoyo brindado para la realización de la presente investigación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. LA MENOPAUSIA.....	4
1.1 Definición de menopausia.....	4
1.2 Signos y síntomas fisiológicos en la menopausia.....	7
1.3 Cambios psicológicos en la menopausia.....	12
1.4 Trastornos de la sexualidad en la menopausia.....	17
1.5 Factores socioculturales en la menopausia.....	18
1.6 Intervenciones terapéuticas durante la menopausia.....	20
1.6.1 Terapias hormonales.....	20
1.6.2 Terapias no hormonales.....	23
1.6.3 Tratamiento psicosexual.....	25
1.6.4 Técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento de los problemas psicológicos asociados a la menopausia.....	28
1.7 Programas de prevención en la menopausia.....	33
CAPÍTULO 2. EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA.....	35
2.1 Áreas de evaluación en la Calidad de Vida.....	39
2.2 Medición de la Calidad de Vida.....	42
2.3 Instrumentos de Medición.....	43
2.4 Investigaciones sobre Calidad de Vida.....	52
2.5 Construcción de escalas para la evaluación de la Calidad de Vida.....	67
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	74
3.1 Participantes.....	74
3.2 Materiales.....	76
3.3 Instrumentos.....	76
3.4 Situación.....	79
3.5 Procedimiento.....	79
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	81
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	90

CAPÍTULO 6. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	103
REFERENCIAS.....	109
ANEXOS.....	115

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida comienza a recibir atención en sus inicios por la comunidad médica debido a diferentes razones, entre las que una especialmente cobra importancia y es que a partir de que la esperanza de vida de las personas se alarga cada vez más, las personas ya no se encuentran satisfechas simplemente con sobrevivir, sino que desean vivir en las mejores condiciones posibles. Es así que, el interés médico en su afán por cumplir dicha demanda empieza a explorar el concepto de calidad de vida, así como a sus dimensiones.

Es entonces que las ciencias sociales se unen a esta labor aportando su ayuda desde sus particulares puntos de vista, por lo que la tarea de su definición comienza a complejizarse para darle paso a un concepto integrador que incluya todas las áreas de la vida, en donde las condiciones tanto objetivas como subjetivas cobran valor.

Es a partir de este momento que surge la necesidad de medir la calidad de vida, por lo que los instrumentos para llevar a cabo esta labor proliferan y pretenden hacerlo ya sea de forma genérica o específica, algunos desde una perspectiva cuantitativa, mientras otros apuestan por la vía cualitativa.

Asimismo, las investigaciones incluyen diferentes poblaciones como la tercera edad, adultos y adolescentes o se llevan a cabo desde una lógica que incluya la manera en que diferentes variables ejercen su influencia, como son las enfermedades crónicas, los trastornos de alimentación, la drogadicción o el impacto que tiene la llegada a una etapa más de la vida como es la menopausia, entre otras.

En este sentido, planteamos que la menopausia trae consigo una serie de cambios tanto fisiológicos como psicológicos, los cuales inciden en un deterioro en la calidad de vida las mujeres que se encuentran en dicha etapa, por lo que el objetivo general del presente trabajo es el de determinar la relación existente entre la sintomatología física y psicológica de la menopausia con la calidad de vida en mujeres premenopáusicas,

perimenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas. Mientras que los objetivos específicos en primer lugar son determinar las áreas de la calidad de vida que se ven más afectadas debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales en mujeres que se encuentran en la premenopausia, perimenopausia, menopausia y postmenopausia. En segundo lugar se elaboró un instrumento para evaluar la sintomatología física y psicológica y la calidad de vida en la premenopausia, perimenopausia, menopausia y postmenopausia, así como la determinación de su confiabilidad y validez. Este último objetivo obedece a la ausencia de un instrumento en español que cumpla con las características mínimas necesarias para una adecuada evaluación de la población mexicana.

Con el propósito de cumplir los objetivos anteriormente expuestos, podemos encontrar en el Capítulo 1 las diferentes definiciones que se la han dado a la menopausia y la exposición de sus signos y síntomas fisiológicos más representativos, entre los que podemos hallar los anatomofuncionales y neuroendocrinos. Del mismo modo, se abordan los cambios psicológicos, en donde la depresión, ansiedad, tensión y nerviosismo principalmente, son los trastornos psicológicos más frecuentes en la menopausia. Sin dejar de lado los trastornos de la sexualidad en la menopausia y sobre todo la mención de aquellos factores socioculturales que de manera importante están tomando un papel en la vida de las mujeres.

Dentro del mismo apartado señalamos que se han realizado varios intentos por incidir en dichos problemas desde varias aproximaciones que van desde las biomédicas, en donde se pueden incluir las terapias hormonales y no hormonales, las cuales tienen el objetivo principal de disminuir la queja somática, hasta las psicológicas y sociales, en donde se utilizan las terapias psicológicas con sus variaciones en la forma de intervenir dependiendo de la perspectiva teórica, las terapias sexuales, en donde se pretende incluir a la pareja para el mejoramiento de la vida sexual de ambos y los programas de intervención y prevención, con una tendencia hacia el trabajo multidisciplinario.

Por su parte, en el Capítulo 2 incluimos el concepto de calidad de vida y cómo éste ha sido utilizado para estudiar diferentes poblaciones y problemáticas variadas, como ya se mencionó anteriormente. Además de utilizar para ello múltiples instrumentos, los cuales tienen como objetivo fundamental ser una herramienta adecuada, confiable y válida para proporcionar mediante su aplicación datos que se puedan utilizar para el mejoramiento de la vida de las personas que atraviesan por una situación desfavorable en particular. Al mismo tiempo en el presente capítulo nos remitimos a diferentes investigaciones sobre la calidad de vida para ultimar con una breve exposición de la manera en que algunos investigadores han construido sus propias escalas de evaluación de calidad de vida.

Es así que, a lo largo de esta investigación esencialmente se explorarán a profundidad los temas antes mencionados para llegar a descubrir las posibles relaciones que puedan o no existir entre la sintomatología psicológica de la menopausia con la calidad de vida, para finalmente llegar a la descripción de resultados que se muestra en el Capítulo 4. En el Capítulo 5 podemos encontrar el análisis de resultados y discusión. Y finalmente a la conclusión y recomendaciones las podemos hallar en el Capítulo 6, lo cual en conjunto pretende aportar una perspectiva más amplia sobre esta temática en particular.

RESUMEN

Durante la menopausia ocurren trastornos fisiológicos y psicológicos, los cuales suelen traer consigo cambios desfavorables en la calidad de vida de las mujeres que transitan durante dicha etapa.

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación existente entre la presentación de la sintomatología física y psicológica de la menopausia con la calidad de vida en mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas.

Se aplicaron dos instrumentos, el primero explora la sintomatología física y psicológica de la menopausia, el segundo evalúa la calidad de vida. Ambos instrumentos cuentan con una alta confiabilidad y validez de contenido. Las participantes fueron 120 mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas con edades entre 45 y 55 años.

Los datos demostraron que el grupo menopáusico tuvo el mayor nivel de queja somática. El grupo postmenopáusico, presentó la mayor queja psicológica. El grupo perimenopáusico se ubica como el de menor calidad de vida. Se halló que a mayor sintomatología psicológica la calidad de vida disminuyó.

Se llegó a la conclusión de que no sólo la experiencia de los cambios psicológicos de la menopausia en relación con los físicos pueden determinar el significado del impacto de la menopausia en la calidad de vida, sino que también la edad, el padecimiento de enfermedades crónicas y la presencia de miomas están jugando un papel en la afectación de la misma.

CAPÍTULO 1. LA MENOPAUSIA

Desde el principio de este siglo, el promedio de esperanza de vida para las mujeres ha aumentado considerablemente de aproximadamente 48 a 79 años de edad debido principalmente a los adelantos en la atención médica y a la disminución de la mortalidad durante el parto. Hoy en día, una mujer de 50 años de edad puede esperar vivir por lo menos un tercio de vida después de la menopausia. Aunado al hecho de que han ido aumentando considerablemente el número de mujeres que transitan durante esta etapa. Y aún cuando muchas personas definan la menopausia como, simplemente el final de los ciclos menstruales de una mujer y de su capacidad para tener hijos, también suele ser el principio de una fase nueva y diferente de su vida, con sus problemáticas particulares.

Por lo tanto, iniciaremos por describir la definición que se le ha dado a la menopausia, para después proseguir con los posibles signos y síntomas tanto biológicos, como psicológicos y sociales asociados a la misma, así como de su probable repercusión en la calidad de vida de las mujeres que se encuentran transitando en esta etapa de su vida.

1.1 Definición de menopausia

De acuerdo a un texto publicado por la Dirección General de Salud Reproductiva (2000), la menopausia corresponde al último sangrado uterino que se presenta debido a la disminución y posterior cese de las funciones tanto gametogénica como hormonal de los ovarios, y marca la transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva. En la mujer mexicana la menopausia está precedida por un periodo de duración variable llamado perimenopausia, que se inicia de seis a ocho años antes de la aparición de signos y síntomas causados por la disminución gradual de la producción ovárica de los estrógenos (hipoestrogenismo) y concluye 12 meses después del último periodo menstrual. Una vez establecida la menopausia se inicia el periodo llamado postmenopausia que corresponde a la etapa de la vida en que las condiciones endocrinas y metabólicas favorecen la aparición de enfermedades crónico degenerativas como la osteoporosis, la aterosclerosis, alteraciones genitourinarias y neurológicas. Cambios que inducen, en la mayor parte de las mujeres, un deterioro en su calidad de vida.

Mientras tanto, Ortiz (1991) indica que ésta corresponde a la ausencia de menstruación debida a la caída abrupta de estrógenos, secundaria a la progresiva y total desaparición de los folículos del ovario.

Banger (2002) asevera que la menopausia es caracterizada por un decremento de los niveles de estrógenos y progesterona hasta que la secreción termina por interrumpirse por completo. Y que este es un periodo de transición del periodo fértil de la vida de las mujeres a una fase no reproductiva.

Para Casamadrid (1986) la menopausia es un evento fisiológico, en donde cesa la menstruación y la capacidad reproductiva que induce y va seguida de las siguientes condiciones patológicas: alteración lipídica y lesión cardiovascular, pérdida de la masa ósea, atrofia genital y degeneración del Sistema Nervioso Central, las cuales a su vez pueden deteriorar la calidad de vida, favoreciendo estados de morbilidad y llegando incluso a ser causas de muerte.

Por último, Barentsen, Weijer, Gend y Foekema, (2001) realizan las siguientes definiciones:

Premenopausia: se refiere a una menstruación regular, es decir, 12 menstruaciones o más durante los últimos 12 meses.

Perimenopausia: menstruación irregular, inferior a 12 menstruaciones durante los últimos 12 meses.

Postmenopausia: No más menstruación durante los últimos 12 meses.

Como podemos ver, todas las definiciones coinciden en que esta etapa se caracteriza particularmente por el cese de la menstruación y por ende de la capacidad de reproducción, debido a una disminución paulatina de la producción ovárica de los estrógenos, lo que traerá como resultado cambios en la vida de la mujer, mismos que serán experimentados de forma diferente por cada una de ellas, puesto que algunas mujeres expresan sufrir incomodidades mínimas, mientras otras sufren problemas moderados o incluso severos y esto se vera influenciado a su vez de la idea previa que

tengan sobre la menopausia, es decir, si anticipadamente consideran que es una etapa primordialmente negativa, entonces lo más factible es que los síntomas los sientan de forma más dramática o incluso puedan caer en un estado depresivo. Y si por el contrario, creen que ésta es una etapa positiva, porque entre otras cosas los ciclos menstruales cesan, además de que el riesgo de embarazo ya no existe, probablemente considerarán que esta es una etapa de mayor confort y tranquilidad.

Es así que Uribe (1999) asegura que la hipótesis psicosocial respecto de la perimenopausia plantea la conjugación de los cambios orgánicos, biológicos, psicológicos y sociales, que favorecen la variabilidad psicobiológica del ser humano, la influencia biosocial y la interacción psicosocial de la vida del hombre en la actualidad.

Mientras tanto, Hunter y O'Dea (2001) plantean que el modelo sociocultural propone que la menopausia es natural, el desarrollo de dicho proceso puede tener un pequeño efecto o no tenerlo en las mujeres, porque a la larga los problemas de la menopausia son un constructo cultural, por ejemplo están asociados a estereotipos negativos y las actitudes hacia los roles sociales de las mujeres de edad más avanzada.

Por lo que cabe ultimar que durante la menopausia ocurren trastornos fisiológicos que abarcan los anatomofuncionales, neuroendocrinos, psicológicos, conductuales y sexuales. También se incluye el cambio en la organización, estructura y enfoque de la vida, lo que comprende nuevos riesgos hasta entonces no contemplados. Además del desarrollo de una nueva perspectiva que incluya nuevas motivaciones, la transformación del estilo de vida y la reorientación y nueva ubicación dentro de la organización social y familiar.

A continuación comenzaremos por abordar el aspecto fisiológico, para continuar con su relación con los cambios psicológicos, sexuales y sociales. No hay que olvidar que los cambios ocurridos durante esta etapa en cualquiera de sus áreas, no pueden separarse, dado que prácticamente cualquiera de ellos tendrá su consecuente repercusión en otra. Sin embargo, por razones prácticas se lleva a cabo de esta forma.

1.2 Signos y síntomas fisiológicos en la menopausia

El texto publicado por la Dirección General de Salud Reproductiva (op. cit), ofrece una descripción de aquellos signos y síntomas fisiológicos bastante completa, misma que comprende los puntos que se citan a continuación.

Disminución de la fertilidad. La reducción en la fecundidad y el aumento en la incidencia del aborto durante la etapa perimenopáusica se origina por el proceso de envejecimiento de los ovarios. Estos cambios inician alrededor de los 40 años y aun cuando los ciclos anovulatorios aumenten su incidencia, el riesgo de embarazo sigue.

El hecho de que la fertilidad se reduzca, para darle paso al cese de la reproducción es primordial en el sentido de que para muchas mujeres este hecho puede significar el ejercicio de una sexualidad “más libre” puesto que no existirá la posibilidad de otro embarazo. Sin embargo, para otras bien podría tener como consecuencia la finalización de una vida sexual activa, debido a que ya que su capacidad para concebir hijos es nula, también lo es su vida sexual.

Alteraciones menstruales. A lo largo de la perimenopausia la gran mayoría de las mujeres experimentan irregularidades en el sangrado del ciclo menstrual que se originan por la disminución de la frecuencia en la ovulación y la secreción hormonal errática. No obstante, existen otras causas posibles como son: alteraciones menstruales secundarias al empleo de métodos anticonceptivos, embarazo, miomatosis uterina, hiperplasia endometrial, poliposis endometrial, cáncer cervico uterino y coagulopatías, entre otras.

Respecto a este apartado, las irregularidades que al final dan como resultado el término de los periodos menstruales puede ser un gran alivio para las mujeres, debido a las molestias que estos conllevan para muchas de ellas.

Inestabilidad vasomotora. El síntoma más característico de la perimenopausia es el bochorno, el cual es un fenómeno vasomotor que se manifiesta clínicamente como una oleada de calor que se inicia con una sensación de ansiedad y opresión, vasodilatación en la cara que se continua al cuello y al tórax acompañándose de sudoración profusa y dichos episodios pueden tener una duración momentánea o durar hasta diez minutos y su periodicidad varía de uno a dos por semana o a uno o dos por hora. Asimismo, pueden ser diurnos o nocturnos y producir insomnio, ansiedad e irritabilidad, repercutiendo en el estado en general.

Dicha sintomatología se explica por inestabilidad del centro termorregulador del hipotálamo condicionado por el hipoestrogenismo y cronológicamente se asocia con los incrementos rápidos en la secreción pulsátil de la hormona luteinizante, aunque no se puede aseverar que existe una relación causa-efecto puesto que aun con niveles circulantes no muy elevados de LH, los episodios de bochorno continúan presentándose.

Para el control de síntomas se recomienda evitar situaciones desencadenantes como estadías prolongadas de estrés e ingesta de bebidas calientes, alcohol, cafeína, comidas picantes o muy condimentadas.

Por su parte, la administración exógena de estrógenos reduce la frecuencia e intensidad de los bochornos por lo que se le considera como uno de los tratamientos de primera elección. Aunque en los casos en que exista intolerancia a estrógenos su utilización está formalmente contraindicada, entonces se pueden administrar como alternativa compuestos antidopaminérgicos o estimulantes alfa adrenérgicos que mejoran la sintomatología vasomotora de una forma importante.

Alteraciones del tracto genitourinario. La vulva, vagina, vejiga, trigono, uretra y estructuras que dan soporte al tracto genitourinario son órganos estrógeno-dependientes que poseen una alta concentración de receptores intracelulares para estas hormonas, lo que explica que una disminución significativa en la concentración de estrógenos afecte su

funcionamiento. Los principales cambios son: aumento del pH vaginal y disminución de la flora normal así como del glucógeno, elementos de defensa y protección de infecciones bacterianas. La atrofia del epitelio vaginal afecta la producción intracelular de glucógeno y la población de lactobacilos disminuye al igual que la producción de ácido láctico con la alcalinidad consecuente del medio. El aumento del pH con disminución de la acidez natural favorece la colonización por la flora fecal, que en compañía del adelgazamiento del epitelio aumenta la frecuencia de disfunción.

Los signos y síntomas más frecuentes son:

- Disminución de la secreción de moco cervical
- Resequedad o irritación de la vagina
- Prurito o irritación de la vulva
- Dispareunia
- Urgencia urinaria
- Incontinencia urinaria

El tejido conectivo del piso pélvico también disminuye a causa del hipoestrogenismo, lo que reduce el soporte suburetral y condiciona la aparición de incontinencia urinaria. Además, la capacidad vesical disminuye y el epitelio se adelgaza, lo que dificulta la capacidad de cierre de la uretra a nivel del triángulo y se minimiza la capa protectora de glucosaminoglucanos del epitelio de la vejiga, lo que favorece la aparición de infecciones.

La porción de la uretra que está dentro del diafragma urogenital, es la que participa en los problemas de continencia urinaria. El manejo de los cambios del tracto genitourinario se puede realizar, de igual modo que en la inestabilidad vasomotora, mediante la administración de estrógenos por vía oral, transdérmica y en forma local, con estrógenos conjugados naturales o sintéticos como el succinato de estriol.

Osteoporosis. La pérdida de la densidad mineral ósea que conduce a osteopenia y osteoporosis, misma que se inicia antes de la perimenopausia, se acelera en los primeros años de la postmenopausia.

La manifestación clínica típica de la osteoporosis es la fractura ósea, principalmente las fracturas de cuello del fémur, antebrazo y columna dorsolumbar. La fractura del cuello del fémur es la que causa mayor morbo-mortalidad así como incapacidad física, mientras que las fracturas en columna vertebral resultan en disminución de la estatura corporal de las pacientes.

Existen dos tipos de osteoporosis: La osteoporosis primaria consecuencia del hipoestrogenismo (Tipo 1) y la derivada del proceso natural de envejecimiento (Tipo 2). La osteoporosis secundaria se presenta como resultado de enfermedades concurrentes o como efecto secundario a la ingesta de algunos medicamentos.

El diagnóstico de osteopenia y osteoporosis se establece mediante densitometría ósea, un estudio radiológico especializado que permite valorar cuantitativamente las características de la masa ósea.

Enfermedad cardiovascular aterosclerosa. La incidencia de alteraciones cardiovasculares de naturaleza aterosclerótica aumenta durante la postmenopausia. El hipoestrogenismo constituye un factor de riesgo adicional de esta patología cuyo origen es multifactorial.

Las principales manifestaciones clínicas son la cardiopatía isquémica,(angina de pecho, infarto del miocardio y muerte súbita), la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia arterial de miembros inferiores.

Además de los factores antes mencionados, existen otros que tienen una influencia relevante en la salud del sistema cardiovascular y sobre el riesgo de infarto tanto en hombres y mujeres como la hipertensión arterial, cambios en el perfil de lípidos, obesidad, diabetes, hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, sedentarismo y estrés.

Cáncer mamario y cáncer endometrial. A pesar de que estas neoplasias malignas no están relacionadas con el hipoestrogenismo, su incidencia se incrementa durante las etapas peri y postmenopáusicas. Aunado a que la administración de la terapia de reemplazo sólo con estrógenos a mujeres no histerectomizadas induce un incremento significativo del riesgo para cáncer endometrial y la terapia hormonal con estrógenos más progestina se ha asociado al incremento discreto de riesgo relativo para cáncer mamario, sobre todo cuando son utilizadas por periodos mayores de cinco años.

En el mismo sentido Llusía (1990) realiza una clasificación de los tipos de trastornos observados, la cual se describen a continuación:

Síntomas vasomotores. El síntoma vasomotor es el sofoco, con el corteja de elevación de la temperatura cutánea, enrojecimiento de la piel, sudor, etc. Estos son fenómenos de origen endocrino, pero al estar asociados a descargas de catecolaminas permite explicar, a través del sistema límbico, su origen emocional.

Síntomas cardíacos. Se trata de arritmias de origen nervioso, de taquicardias y algunas veces de dolor precordial o dolor anginoide que suele aparecer y que nada tiene que ver con infarto miocárdial y que es atribuible a una crisis de angustia.

Síntomas del apetito, anorexia, bulimia. La presencia de alteraciones del apetito es común en estas mujeres. Una anorexia va asociada con frecuencia a depresión, melancolía o pesimismo. En cuanto a la bulimia, se plantea que las mujeres que la presentan suelen tener un gran sentido de frustración.

Trastornos del sueño. El trastorno más común es el insomnio. Llegan a presentar un deseo de levantarse muy temprano. Más rara es la somnolencia, que se presenta, sobre todo en las depresivas, con apatía, indolencia y cansancio. Otras veces aparece el síndrome de insomnio-somnolencia. La mujer no duerme de noche, pero se queda de día dormida en cualquier circunstancia.

Cansancio, fatiga. Las mujeres se cansan con facilidad y se fatigan al hacer cualquier esfuerzo. La disminución del rendimiento físico es casi constante por ejercicio o esfuerzos que ella hacía antes normalmente.

Recrudescimiento de enfermedades mentales. Plantea que el 75% de las enfermedades psiquiátricas en la mujer se desencadenan a favor de la menopausia. Es decir, que aunque cada una de ellas tenga su etiología y sus lesiones específicas, el climaterio actúa como factor desencadenante.

Cefaleas. El dolor de cabeza se manifiesta muy frecuentemente como síntoma climatérico. A veces son dolores ligeros, que no constituyen mayor problema, pero en otros casos pueden presentarse como síntoma único y predominante.

Es fácil notar que los cambios fisiológicos tienen grandes repercusiones en la vida diaria de las mujeres. Las actividades bien pueden tornarse difíciles de realizar, los bochornos y las cefaleas causan incomodidad sin importar la hora del día en que se presenten, ya que si son diurnos, éstos pueden obstaculizar en el trabajo, en los quehaceres propios del hogar, o incluso el salir a algún lugar puede resultar molesto si se siente este tipo de sintomatología y si son nocturnos, el insomnio puede hacerse presente.

Por su parte el cansancio puede transformar una vida activa en pasiva cuando la fatiga se hace presente al llevar a cabo ocupaciones que antes solían ser sencillas. Sin olvidar que el aumento del riesgo de adquirir enfermedades de tipo cardiovascular, así como cáncer mamario y endometrial, generará grandes daños en su calidad de vida.

1.3 Cambios psicológicos en la menopausia

Se debe tomar en consideración que, en realidad, no existen evidencias del todo contundentes que puedan certificar que la menopausia natural sea responsable directa de la depresión clínica, ansiedad o alteraciones en el comportamiento. No obstante, sí puede decirse que ésta puede fungir como factor desencadenante o de predisposición. Por consiguiente, en este sentido, pretendemos plantear dichas posibles alteraciones.

Río de la Loza, Escalante, Mendoza, Murillo, Luna y Santos (1998) determinaron la frecuencia de una sintomatología psíquica asociada al climaterio, la cual principalmente comprende en cuanto a los trastornos depresivos la presencia de por lo menos cinco de los siguientes síntomas, los cuales incluyen talante deprimido y/o disminución del interés, asociado a disminución de energía o agotamiento, disminución de la concentración, irritabilidad, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, nerviosismo, tristeza, aumento o disminución del apetito, tensión, sentimientos de miedo, agresividad, insomnio, labilidad emocional, melancolía e hipocondriasis. Para los trastornos de ansiedad generalizada señalan la presencia de ansiedad excesiva o irreal o preocupación, asociada por lo menos de uno de los siguientes seis síntomas, disminución de la energía, disminución de la concentración, irritabilidad, nerviosismo, tensión, sentimientos de miedo y agresividad. Como conclusión, comentan que dentro de la sintomatología climaterica puede agruparse independientemente un factor psicológico, que comprende alteraciones del estado de ánimo y datos de ansiedad y depresión, los cuales pueden expresarse en diversas formas debido a que durante esta época la mujer encuentra que su vida está cambiando, generándose problemas difíciles de entender, como son, vivencias de soledad y no sentido de la vida, molestias que le perturban la vida cotidiana, sensación de abandono y no consideración con desesperanza y ganas de huir, no encuentra actitudes de su entorno que le digan que es importante, que conlleven, a que se sienta desilusionada, presente sentimientos de culpabilidad, de miedo y de frustración, que hacen que cambie su forma de ser y la vuelva retraída socialmente.

Por su parte, Kuh, Ardí, Rodgers y Wadsworth (2002) han descrito tres tipos principales de síndromes que se pueden reconocer fácilmente y que permiten identificar y sugerir la metodología de estudio: 1) el síndrome psicológico, que incluye la depresión, el pánico, el llanto y la angustia, lo que lleva a una modificación drástica de los sentimientos y a su expresión mediante periodos de crisis sin una condición, ni un detonador razonable, o bien por medio de la repetición periódica de un trastorno. 2) El síndrome de predominio somático incluye cefalea, debilidad, vértigo, temblores y adormecimiento, lo que provoca que la mujer presente somatizaciones múltiples y

variables, que deben abordarse cautelosamente para no descuidar una enfermedad real y poner en peligro la vida, al referir todos los trastornos a los cambios perimenopáusicos. 3) El síndrome de predominio vasomotor, caracterizado por bochornos, sudoración profusa y pies y manos frías.

En el mismo sentido, González y Güemez (1999) señalan que la depresión es más frecuente en mujeres perimenopáusicas que en las que se encuentran en otras etapas de la vida. Además apuntan que en el estudio de la depresión en la mujer perimenopáusica es imprescindible realizar una distinción entre el estado de ánimo deprimido y el trastorno depresivo, en donde el primero se caracteriza por tristeza, ánimo bajo y melancolía y en sí mismo no es grave. El segundo se considera un síndrome mucho más grave y consiste en varios síntomas característicos como poco interés y energía, pobre concentración, pensamientos sombríos (culpa, inutilidad, pesimismo, suicidio) y hablar y moverse poco. Del mismo modo pueden haber rasgos biológicos, principalmente variación diurna del estado de ánimo, despertar temprano, pérdidas del apetito sexual y de peso y, en casos extremos, puede haber delirios y alucinaciones.

Blum (1999) establece situaciones diferentes descritas como depresión, en donde se refiere a ésta como la aparición de síntomas afectivos y conductuales que son suficientemente graves para interferir con algunos aspectos de la vida, y que aparecen con relación a la perimenopausia. Dichos síntomas son bastante parecidos, pero menos intensos, a los de una depresión clínica, tales como la ansiedad, tensión, preocupación y temor, fatiga y agotamiento, irritabilidad, pérdida de interés y de alegría, baja autoestima, sensación de desamparo e impotencia.

También es posible encontrar mujeres con trastornos graves de la personalidad, tales como trastornos limítrofes, psicosomáticos, hipocondríacos, obsesivos o fóbicos que tienen grandes expectativas rígidas y perfeccionistas de ellas mismas y del ambiente, lo que las hace más vulnerables a caer en un estado depresivo durante el climaterio (Botella, 1992).

Para Banger (2002) existen diferentes visiones y posiciones acerca del significado de la menopausia. Asevera que los síntomas depresivos durante el climaterio son diferentes en cada cultura. Esta es una controversia, dado que se piensa que no es realmente necesario que la depresión se presente durante la perimenopausia en la vida de las mujeres. Las observaciones de humanos indican desórdenes depresivos y éstos están definidos en el ICD-10, de los cuales no todos ocurren durante la perimenopausia. En este contexto, es importante describir los síntomas depresivos y dibujar un episodio depresivo, porque no todos los síntomas caben o porque no todos son lo suficientemente severos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los desórdenes depresivos actualmente son un problema que no sólo aflige a la persona afectada y a su familia, sino también es una cuestión de importancia de salud pública. A pesar de las diferencias culturales y socioeconómicas, la relación de prevalencia y síntomas de la depresión son más o menos igual en todas las sociedades. La gente depresiva a menudo sufre sentimientos de culpabilidad y un extremo complejo de inferioridad junto con aislamiento social. Los síntomas incluyen sentimientos de vacío combinado con una pronunciada ansiedad, fatiga, carencia de iniciativa. Los desórdenes de sueño y apetito aumentan o disminuyen el peso. Los pacientes que sufren de depresión frecuentemente presentan un decremento en la concentración y pueden incluso desarrollar demencia. También presentan una ideación suicida, pronunciados deseos de muerte, intentos de suicidio y frecuentemente sufren de alucinaciones.

Por su lado Uribe (1999) señala que existe una relación del síndrome psicológico con las concentraciones hormonales, lo cual tendrá como eje de referencia la presencia de la depresión, en sus diversos grados y variedades, hasta en cerca de un tercio de todos los casos. Basándose en la respuesta de los neurotransmisores para facilitar o no la sinapsis neural, esto se ha expresado en la teoría aminobiogénica, que explica que la depresión se deriva de la falta de neurotransmisores amínicos en los sitios críticos de las sinapsis centrales.

Explica tres vías para influir dicha respuesta cerebral:

- Aumento en la degradación de la monoaminoxidasa (MAO), que debería catabolizar la serotonina, por lo que niveles altos de estrógenos se correlacionan con serotonina alta.
- Los estrógenos pueden desplazar al triptófano, que es el precursor de la serotonina, y lograr así que el exceso de éste facilite su metabolismo en serotonina y, por último, su mecanismo.

A su vez postula que los estrógenos influyen sobre los sitios de enlace de la imipramina (en plaquetas y el cerebro) y modulan la incorporación presináptica de la serotonina, lo que facilita la existencia de cantidades mayores de serotonina.

Al tomar en cuenta todas las posiciones antes reseñadas es fácil observar que los trastornos psicológicos que resaltan durante esta etapa son la depresión y la ansiedad con sus respectivas características y consecuencias, lo importante a este respecto sería analizar el por qué. Al tocar este tema nos enfrentamos a una importante controversia, a razón de que algunos sostienen la hipótesis de que dichos trastornos son producto de perturbaciones orgánicas, donde principalmente intervienen las concentraciones hormonales y la influencia de los neurotransmisores, mientras que otros aseveran que pueden ser resultado de cambios en la vida de las mujeres como cambios en los roles. Asimismo debido a una variabilidad en las motivaciones o puede ser que simplemente ya existiera una depresión o ansiedad preexistente y con la llegada de la menopausia, dichos problemas se incrementan.

A lo que nosotros podemos añadir que la menopausia es un concepto multifactorial y en este sentido ambas explicaciones son pertinentes, así bien podría sostenerse que si fisiológicamente hay una predisposición para presentar cualquiera de dichos trastornos, algún evento percibido como negativo en la vida de las mujeres puede fungir como evento desencadenante.

1.4 Trastornos de la sexualidad en la menopausia

La sexualidad es otro de los aspectos que puede verse posiblemente afectado durante la menopausia, tanto en su aspecto puramente fisiológico como en el psicológico, como los que se describen a continuación. Al respecto, Costa, Reus, Wolkowitz y Manfredi (1999) examinaron el interés sexual a través de las diferentes fases (premenopausia, perimenopausia temprana y tardía y postmenopausia temprana y tardía) y en diez de once estudios encontraron una declinación en el interés sexual, ocho de ocho encontraron una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales y seis de seis, un incremento en la resequedad vaginal. Mientras que los hallazgos son pocos y variados en cuanto a la satisfacción con la pareja o la relación sexual, capacidad para el orgasmo e incomodidad vaginal durante la relación sexual.

A lo que Uribe (1999) añade que las parestesias, la irritación e intolerancia superficial, el rechazo al tacto, la baja respuesta a la sensibilidad del clítoris, así como a la estimulación táctil de los genitales y a la posibilidad de obtener más fácilmente el orgasmo obedecen a los cambios en la función de nervios periféricos y en la reactividad del sistema nervioso central.

Según la escala de Masters y Johnson la respuesta sexual de la perimenopáusica es en general más lenta y de duración variable. Las modificaciones son las siguientes:

CLÍTORIS. No hay cambios notables, excepto que el aumento del diámetro no es tan marcado; asimismo, durante la fase orgásmica no se incrementa la respuesta, sino que se inicia tempranamente la retracción.

VAGINA. Depende del estado fisiológico en que se encuentre; la respuesta se disminuye un 50% en cuanto a la plataforma orgásmica y se presenta un colapso rápido en la fase de resolución.

ÚTERO. Si se realizan movimientos del mismo, pueden ser dolorosos. Esta movilidad no incrementa de manera importante la longitud de la vagina.

CUELLO UTERINO. La presencia de alteración, sobre todo inflamatoria, puede modificar la respuesta; en general su participación secretora es baja.

GLÁNDULAS DE BARTHOLIN. Escasa o nula secreción sin participación evidente.

MAMAS. Requieren mayor estimulación; la respuesta es parecida y paralela a la vaginal, se presenta un menor incremento en la vasocongestión en comparación con la mujer joven. No hay diferencias claras entre la fase orgásmica y la de resolución. La detumescencia es muy rápida.

ÓRGANOS VECINOS. Existe una irritación concomitante al coito, de vejiga y uretra (cistitis de contigüidad por efecto mecánico).

No obstante, cabe destacar que las características de la sexualidad también dependerán de la experiencia previa; la existencia de enfermedad sistémica o relacionada con órganos pélvicos o genitales; las limitaciones o discapacidades que puedan interferir en la actividad sexual; el nivel educativo y cultural de la mujer y de su compañero para poder integrarse a la orientación y educación sexuales, y de una manera preponderante, la dependencia con el cónyuge.

Otras condiciones que intervienen en la respuesta sexual son: cirugía previa, patología incapacitante (diabetes, síndromes neurológicos, cardiopatías y trastornos cerebrales).

Dentro de los factores que afectan la respuesta sexual en la perimenopausia, y que no pertenecen al área orgánico-biológica, se encuentran: la monotonía, que transforma la actividad sexual en una interrelación repetitiva sin motivación; las preocupaciones de índole social o económica, que interfieren en cualquiera de las fases de la respuesta sexual; la fatiga física o mental; el exceso en la comida, el alcohol o las drogas; los defectos o enfermedades muy obvias que alteran la imagen corporal; el miedo a un mal desempeño durante el coito, y algunos aspectos socioculturales y religiosos que influyen para considerar a la actividad sexual de la mujer perimenopáusica como una desviación o perversión.

1.5 Factores socioculturales en la menopausia

Es necesario ubicar a la mujer que vive la menopausia, no únicamente desde un punto físico y psíquico, sino también desde el proceso de la dinámica familiar y social. Es entonces necesario analizar cómo la mujer se relaciona consigo misma, se debe valorar su potencial intelectual, emocional, afectivo y su responsabilidad laboral. Su seguridad social, la recreación, así como también su vida social.

De esta manera Casamadrid (1999) señala que en cuanto a la familia, es imperioso analizar su organización, estabilidad económica y emocional, sus interrelaciones, afinidades, grado de respeto de cada uno de sus miembros, la solidaridad y apoyo que se brindan en las diferentes problemáticas que viven, o por el contrario, los estados disfuncionales que obligan a la familia a establecer nuevos replanteamientos en los estados de crisis.

Al poner atención en la relación de pareja, se puede observar que muchas parejas han madurado, se han fortalecido y por ende han construido a través del tiempo una relación armónica y placentera, con la necesaria participación y compromiso de ambos. Sin olvidar que generalmente el hombre, al igual que la mujer también presenta cambios significativos en este momento vital a nivel de salud, situación laboral y económica, mismos que a su vez afectan a la pareja, a su forma de interrelacionarse y al resto de la familia.

Es así, como lo mencionan Ortiz y Pérez (1991) que, el tiempo que se suele pasar con la pareja es mayor de lo que ocurría anteriormente, como consecuencia de varios factores que confluyen como: mayor expectativa de vida de ambos, demora para tener el primer hijo, número escaso de hijos, disminución en la natalidad, lo que da como resultado que la pareja tenga un menor tiempo ejerciendo el rol de padres.

Si es que ambos miembros de la pareja laboran fuera de la casa, al llegar al presente periodo, se encuentran próximos a jubilarse o ya lo han hecho, lo que exige elaborar una serie de ajustes a nivel individual, en la pareja y en su vida familiar. Disponen de más

tiempo libre que es necesario utilizar en forma adecuada y creativa, para que redunde en una satisfacción mayor.

Aquellas mujeres que han trabajado en la casa al cuidado de los hijos, también entran en un periodo que se podría llamar de igual modo de jubilación, dado que éstos ya no requieren ni el tiempo ni la dedicación de años anteriores porque han crecido y muchos se han ido de la casa para construir su propia autonomía (etapa del nido vacío).

Se dice que tanto el hombre como la mujer durante esta época llevan a cabo un balance de lo realizado en la vida, en forma explícita o implícita, miran los logros y las frustraciones y si el resultado es positivo se logra fortalecer la integridad de la pareja y se aumenta la confianza para emprender nuevas etapas. Sin embargo, cuando llega a ser negativo, se cuenta con la posibilidad de hacer los cambios necesarios para mejorar y poder obtener gratificación en los próximos años, o en caso contrario muchas parejas deciden separarse.

Es así que se presenta en esta etapa un aumento en el número de separaciones y divorcios en aquellas parejas que no han logrado hacer las negociaciones y acuerdos necesarios para fortalecer su relación y no han encontrado espacios suficientes que les permitan una construcción satisfactoria y armónica de su vida en pareja, en un momento en que se encuentran solos sin la presencia de los hijos, pues probablemente han dedicado todo su tiempo en cumplir la función parental exclusivamente y han descuidado la relación de pareja. Y es ahora, cuando los hijos se van que los miembros de la pareja se miran como dos extraños, sin nada en común que los una y de esta forma deciden separarse.

Con respecto a la relación padres-hijos, se puede observar que la mayoría de los hijos están en la adolescencia o, como ya se mencionó anteriormente, están saliendo del hogar para conformar nuevas familias o vivir independientemente.

La mujer vive en promedio, como madre, 55 años de su vida; y dos terceras partes del tiempo viven padres e hijos juntos como adultos, estas nuevas adaptaciones producen un cambio importante en la relación parento-filial y que padres e hijos tienen una relación más fraternal que en el pasado.

La familia extensa aumenta con la llegada de nuevos miembros: yernos, nueras y nietos, producto de la conformación de las nuevas familias. En este momento los hijos al asumir su papel de esposos necesitan trabajar para poder satisfacer las necesidades básicas y por lo tanto es menor el tiempo que dedican a la crianza de los hijos y en muchos casos es necesario que los abuelos (la mujer en menopausia y su compañero), los apoyen y acompañen, por ello es necesario negociar las funciones, definir clara y abiertamente los límites tanto para sus hijos como para los nuevos miembros para así disminuir las posibles fuentes de conflicto.

Los padres de la pareja y a su vez abuelos e hijos, son fuente importante de transmisión de la cultura, ofrecen a sus nietos un amor incondicional, experiencia que aumenta el sentido positivo de la vida, pues sus padres disponen de poco tiempo para ello. Actualmente se empieza a ver cada vez más a estos abuelos siendo parte de familias multigeneracionales, por lo que es necesario redefinir espacios y roles para lograr la armonía requerida en sus últimos años, ya sea que vivan dentro o fuera de la familia extensa.

En el caso de las amistades de la pareja en esta etapa, se comparten riesgos y dificultades semejantes, son seres que les permiten mantener una vida social activa; algunos de ellos pueden haber muerto, por lo que la pareja necesita encontrar nuevas amistades, con el fin de evitar largos periodos de soledad y aislamiento que los llevan a estados depresivos.

1.6 Intervenciones terapéuticas durante la menopausia

Así como se considera importante tomar en cuenta el concepto general de la menopausia, así como los factores asociados durante esta etapa, también suponemos que es necesario

señalar aquellas terapias dirigidas principalmente, ya sea a prevenir, disminuir o en el caso ideal el de eliminar los síntomas asociados a la misma. Dichas terapias pueden estar dirigidas únicamente al área fisiológica, como es el caso de las terapias hormonales y no hormonales, a los trastornos de la sexualidad o al ámbito psicológico, en especial al respecto de la depresión y ansiedad.

1.6.1 Terapias hormonales

Las terapias administradas durante esta etapa se dirigen principalmente a la sustitución o reemplazo de hormonas esteroides sexuales, naturales o sintéticas.

Según el texto publicado por la Dirección General de Salud Reproductiva (2000), el objetivo de la terapia de reemplazo hormonal es el de prevenir y/o controlar los signos y síntomas secundarios al hipoestrogenismo y la osteopenia la osteoporosis y a la enfermedad cardiovascular aterosclerosa.

Dicho tratamiento de reemplazo hormonal considera cuatro categorías:

a) Terapia de reemplazo hormonal con estrógenos (TRE)

En esta modalidad terapéutica el reemplazo hormonal se realiza mediante la administración exclusiva de estrógenos y está orientada a reestablecer el equilibrio endocrino y metabólico alterado por el hipoestrogenismo que se inicia durante la perimenopausia y se acentúa en la etapa postmenopáusica.

Se recomienda para mujeres sin útero y sin contraindicaciones para el uso de estrógenos.

Cuando los estrógenos se administran en forma diaria continua, se evita la sintomatología vasomotora que se llega a presentar cuando se utilizan esquemas discontinuos con periodos en los que no se administran estrógenos.

b) Terapia de reemplazo hormonal con estrógenos + progestinas (TRH)

El reemplazo hormonal se realiza mediante la administración combinada de estrógeno más una progestina sintética, lo que permite reestablecer la deprivación de esteroides sexuales que se inicia durante la perimenopausia y se acentúa durante la etapa postmenopáusica.

Ayuda a las mujeres con útero sin contraindicaciones para el uso de estrógenos o progestinas.

Permite controlar adecuadamente el sangrado irregular muy común en esta etapa. Además, cuando se usa la terapia de manera secuencial con la administración de estrógenos evita los sangrados por deprivación. La progestina tiene al mismo tiempo un efecto protector para el desarrollo de neoplasias malignas, principalmente el cáncer de endometrio.

Sin embargo, la administración cíclica de estrógenos + progestina con intervalos libres de hormonas, en la mujer postmenopáusica inducirá sangrados menstruales cíclicos.

Durante la perimenopausia, la administración cíclica de esta terapia de reemplazo permite la recurrencia del síndrome de inestabilidad vasomotora.

c) Terapia de reemplazo con progestina sola

En esta forma de reemplazo hormonal, se administra únicamente una progestina en forma continua. En la actualidad se utilizan dos compuestos esteroides: la tibolona y el acetato de medroxiprogesterona.

La **tibolona** es un esteroide sintético derivado de la 19-Nortestosterona que ejerce acción similar a la progesterona, pero que posee actividad estrogénica intrínseca moderada.

Se indica para mujeres con y sin útero con síntomas derivados del hipoestrogenismo, así como en aquellas con datos de osteopenia y/o osteoporosis. Es muy útil en las mujeres postmenopáusicas con contraindicaciones en el uso de estrógenos.

Previene la pérdida de la masa ósea y mantiene la amenorrea de la postmenopausia por inactivación endometrial e induce sensación de bienestar.

Pero ocasionalmente puede presentarse manchado transvaginal al inicio del tratamiento y se ha informado un ligero aumento de peso corporal.

El **acetato de medroxiprogesterona** es un esteroide sintético derivado de la 17-hidroxiprogesterona que ejerce acción similar a la progesterona, con mayor potencia y es activo por vía oral.

Es recomendado para mujeres con y sin útero con síntomas derivados del hipoestrogenismo (inestabilidad vasomotora). Está indicado especialmente durante la perimenopausia y en mujeres con contraindicación formal para el uso de estrógenos.

Es útil en la perimenopausia por su efecto anticonceptivo a dosis de 150 mg. Vía intramuscular cada tres meses, además de que es fácil su administración.

Las desventajas consisten en un tenue aumento de peso, disminución transitoria de colesterol asociado a HDL, su efecto sobre la densidad mineral ósea es muy limitado.

d) Terapia de reemplazo hormonal con moduladores selectivos de los receptores de estrógenos.

Los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos son compuestos no esteroideos sintéticos, que al interactuar con los receptores intracelulares para estrógenos ejercen efectos agonistas y antagonistas hormonales con selectividad tisular. El compuesto más estudiado y actualmente utilizado es el Raloxifeno.

Es beneficioso para mujeres postmenopáusicas con y sin útero con datos de osteopenia y/o osteoporosis.

No ejerce efectos sobre el tejido mamario ni sobre el endometrio, también disminuye el colesterol total y el asociado al LDL:

Pero la incidencia de presentación de los fenómenos trombóticos es similar a la del estrógeno, incrementa la sintomatología de inestabilidad vasomotora.

Asimismo hay que tomar en cuenta algunas contraindicaciones antes de administrar la terapia hormonal que incluye estrógenos, como son:

- Hemorragia uterina anormal de origen no determinado.
- Antecedentes o presencia de cáncer mamario o cáncer endometrial.
- Antecedentes o presencia de trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar.
- Enfermedades hepáticas agudas o crónicas.

1.6.2 Terapias no hormonales

Estas terapias se encargan principalmente del manejo de la sintomatología de inestabilidad vasomotora.

En primera instancia la terapia no hormonal del síndrome de inestabilidad vasomotora está basada en la administración de lo siguiente:

Veralipride, el cual es un compuesto con actividad antidopaminérgica con efecto benéfico en mujeres con sintomatología del síndrome climatérico.

Las indicaciones incluyen la administración a mujeres con sintomatología consecuencia del hipoestrogenismo (inestabilidad vasomotora), particularmente cuando existen contraindicaciones al uso de estrógenos.

Las ventajas de su utilización comprenden el hecho de que es bien tolerado, así como su bajo costo con mínimos efectos colaterales.

Sin embargo, tiene el riesgo de que algunas mujeres pueden presentar somnolencia.

Por su lado, la **Clonodina** es un derivado imidazólico, estimulante alfa androgénico con efectos a nivel del sistema nervioso central y en tejidos periféricos.

Es indicada para mujeres con sintomatología secundaria al hipoestrogenismo y de utilidad mayor en mujeres con hipertensión arterial por su efecto hipotensor, del mismo modo se recomienda a aquellas mujeres con contraindicaciones para el uso de estrógenos.

Su principal ventaja es cuando se usa en mujeres hipertensas durante la perimenopausia.

Pero requiere de vigilancia médica por sus efectos sistémicos adversos principalmente hipotensión arterial y mareo.

De la misma manera, la terapia no hormonal de la osteopenia y la osteoporosis está fundamentada nuevamente en la administración de los siguientes compuestos:

Bifosfonatos, los que son compuestos derivados de pirofosfactos naturales cuya principal acción es la de frenar la resorción ósea y la destrucción mediada por los osteoclastos y osteocitos que ocurre durante la postmenopausia sin afectar la formación del hueso. En nuestro país es el único compuesto disponible actualmente es el alendronato sódico.

Se receta a mujeres postmenopáusicas con evidencia de osteopenia u osteoporosis. Puede prevenir hasta en un 50 % el riesgo de fracturas óseas, su perjuicio radica en una ligera intolerancia gástrica y su costo es relativamente elevado.

La **Calcitonina** es una hormona polipeptídica que se puede obtener de fuentes naturales o de síntesis química. Su acción principal es disminuir la actividad y el número de osteoclastos y osteocitos sin afectar la actividad de osteoformación.

Es una buena opción alterna en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis. Además de su efecto sobre la densidad mineral ósea es útil en cuadros dolorosos secundarios o fracturas óseas. Lo elevado de su costo y el requerimiento de que el personal esté debidamente capacitado para su administración.

En cuanto al **Calcio**, este elemento tiene como principal acción la de disminuir la resorción ósea mediante la supresión de la secreción de la hormona paratiroidea además de fortalecer la estructura propia del hueso.

Se indica como preventivo de osteoporosis en mujeres en la peri y postmenopausia con deficiencia del aporte de calcio en la dieta y como coadyuvante en el tratamiento de la osteoporosis.

Tiene la ventaja de que es fácil su disponibilidad, bajo costo y buena adherencia al tratamiento. Aunque algunas mujeres pueden presentar ligera intolerancia gástrica.

La **vitamina D** es liposoluble con diferentes funciones en el organismo y parte esencial para la regulación del metabolismo del calcio.

Se indica como coadyuvante en el manejo de la osteopenia y la osteoporosis. Es de fácil disponibilidad y buena tolerancia.

Las terapias hormonales resultan ser una ayuda fundamental para las mujeres en la menopausia, pero es primordial que sean diagnosticadas previamente por un profesional de la salud capacitado y posteriormente una vez que éste les ha indicado un tratamiento a seguir es necesario que asistan a una evaluación constante, ya que como se ha mencionado, algunos de ellos pueden tener posibles daños colaterales cuando no se ha llevado un minucioso seguimiento.

1.6.3 Tratamiento psicosexual

Además de los tratamientos hormonales y no hormonales encaminados a ayudar en la sintomatología fisiológica, de igual forma los diferentes tratamientos psicosexuales que son propuestos por Blum (1999), están orientados a guiar a las mujeres en todos aquellos problemas relacionados con la sexualidad. A este respecto dicha autora menciona que en la perimenopausia, una cada de cuatro mujeres busca orientación y consejo sobre su sexualidad. El tratamiento médico como ya se mencionó anteriormente está encaminado, en primer lugar, al empleo de la terapia de reemplazo hormonal que sustituya la deficiencia hormonal natural. Aunque se insiste en el uso de lubricación complementaria para la actividad coital y el apoyo a la funcionalidad de la vagina.

También se pueden incorporar estrategias de terapia ocupacional. En otros casos ella y su pareja se pueden integrar a un programa de orientación y educación sexual, así como el otorgar información a la familia con el fin de obtener su colaboración. Aunque bien, no todas las parejas o familiares estarían dispuestos a ser parte, valdría la pena intentar que se incluyera principalmente la pareja con el fin de dar una atención integral, ya que en estos casos una atención individual en la que únicamente la mujer fuese parte del tratamiento no tendría el mismo efecto, si tomamos en consideración que en un problema psicosexual durante la menopausia si bien es la mujer quien se ve envuelta en toda una serie de cambios los que finalmente redundan en un potencial trastorno, la pareja en

muchos de lo casos puede estar potencializándolo, ya sea que no comprenda el por qué de su incomodidad o en todo caso de su negativa para tener relaciones sexuales, por lo cual el que esté informada y que además participe activamente durante el tratamiento es de gran ayuda para que se dé el proceso terapéutico de una forma completa.

Se recomienda que el esquema de orientación sexual contenga los siguientes principios básicos: aceptación de la propia mujer de sus necesidades sexuales, aceptación de la transformación histórica de sí misma, análisis e incorporación de la respuesta sexual de la perimenopáusica; análisis y discusión de las variantes de la respuesta y de la conducta sexual; análisis de las alternativas para el apoyo de la actividad sexual (haciendo hincapié en los tiempos de respuesta, duración de la misma, utilización de lubricación y empleo de material sexualmente explícito o de ayudas sexuales); orientación sexual al cónyuge; terapia sexual a la pareja; orientación al grupo familiar; destrucción de los mitos sexuales alrededor de la menopausia y racionalización de las limitaciones de la sexualidad.

Al respecto existen diversos indicadores que permiten valorar la problemática de la sexualidad en la perimenopausia.

Indicadores biofísicos

- Modificadores hormonales
- Temperatura atmosférica
- Producción de estrógenos
- Niveles de andrógenos
- Historia menstrual
- Tipo de menopausia
- Paridad
- Edad
- Fuentes de producción hormonal

Indicadores individuales

- Enfermedad (patología) o característica individual específica
- Grado de satisfacción actual
- Femenidad
- Actitudes hacia la maternidad y la fertilidad

Indicadores socioculturales

- Estado marital
- Clase social
- Sueldo o presupuesto familiar
- Escolaridad
- Posibilidades de cambio de vida
- Cambio de papeles a desempeñar
- Mecanismos de apoyo
- Raza
- Ámbito social
- Cultura

En tanto, Uribe (op. cit.) agrega que es necesario esclarecer puntos específicos que tengan que ver con la calidad de vida y el grado de satisfacción general y particular de las actividades, en donde es preciso reconstruir la historia de su relación matrimonial, sus altibajos, las áreas tanto de satisfacción como de frustración, los espacios personales que esta relación le deja y las expectativas a futuro de la misma. También es recomendable que se conozca cómo es cada uno de sus hijos y su relación específica con ellos, incluyendo los problemas y satisfacciones propios de la relación, las preocupaciones, los temores y las esperanzas puestos en ellos. Ya que no basta que la mujer señale que tiene una relación sexual “normal” cada X días, sino que hay que averiguar si esto depende de sus deseos o de su pareja, si estas relaciones son satisfactorias para ella, si en los intervalos tiene otro tipo de actividades sexuales auto o heteroeróticas, si tiene sueños o fantasías sexuales, si desea o mantiene relaciones con otras personas. Si, en general, la calidad de su vida sexual la considera satisfactoria o insatisfactoria.

Blum (op. cit.) agrega ciertas especificaciones terapéuticas relacionadas a la sexualidad. Señala que cuando las mujeres tienen antecedentes de una relación sexual satisfactoria previa, cuentan con un compañero sexual empático, no presentan alteraciones graves de la personalidad o una depresión clínica y no responden a la terapia hormonal de reemplazo, será necesario canalizarlas con un profesional en terapia sexual, ya que tal vez con el solo hecho de explicar sus dudas y aflicciones y examinar sus actitudes y valores con respecto a su sexualidad actual, sea suficiente para tranquilizarlas y mejorar su acercamiento sexual.

Aunque de no ser así, se pueden emplear las técnicas descritas para el tratamiento de la frigidez, las cuales consisten básicamente en una tarea de pareja, que incluye ejercicios de focalización sensorial, estimulación genital y coito sin exigencias. Estos ejercicios pretenden lograr, en un ambiente libre y relajado, la recuperación de la sensualidad y encontrar los tiempos, los estímulos y las formas necesarias que permitan a la mujer y a la pareja adaptarse con éxito a su nueva situación sexual.

El hecho de lograr la cooperación de pareja para afrontar las tareas sexuales con éxito mejora en forma importante la relación misma, al lograr placer, comunicación, intimidad y aumentar la autoestima de ambos.

En cuanto a la terapia de pareja, agrega que cuando se detecta que la problemática central se encuentra en el vínculo marital, de tal manera que predominan las razones emocionales, entonces para que se de una forma satisfactoria, la relación sexual necesita un ambiente emocional cálido. Generalmente, los matices de los aspectos sexuales y parasexuales son un reflejo de la relación de la pareja. Las mismas luchas de poder, la capacidad de intimidad o distanciamiento, las exigencias, las actitudes infantiles o parentales, e incluso la misma aptitud para arruinar los goces propios o los del compañero, pueden afectar la relación sexual.

Una discordia grave, acompañada por lo común de una hostilidad básica, anula toda posibilidad de un buen funcionamiento sexual. En estas situaciones, se deberían atender, antes que nada, aquellos factores que crean la interacción global negativa.

1.6.4 Técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento de los problemas psicológicos asociados a la menopausia

Se han desarrollado psicoterapias con diferente grado de eficacia según el tipo de problema psicológico de que se trate. Los objetivos básicos de la mayoría de ellas son ayudar al paciente a desarrollar un sentimiento de autoeficacia, combatir el aislamiento social y recuperar la capacidad placentera. No obstante, cabe señalar que cada una de ellas tiene diferentes perspectivas en cuanto al cómo aproximarse a la conducta que está generando el problema en la paciente, y que si bien no es nuestro objetivo ahondar en todas ellas, lo que sí intentamos es aportar una enfoque general.

Terapia psicoanalítica o psicodinámica

La terapia psicoanalítica no ataca los síntomas psicológicos disfuncionales directamente, sino que espera reducir la magnitud de éstos, al mejorar la habilidad del individuo para afrontar su ambiente y al incrementar su resistencia emocional ante los sucesos que anteriormente probabilizaban el hecho de encontrarse deprimidas o ansiosas. Asimismo intenta fortalecer las capacidades adaptativas fundamentales de la paciente. Su objetivo es cambiar la estructura de la personalidad más que combatir los síntomas. Estos se tratan indirectamente, ya que se espera que cuando la paciente mejore su resistencia a las experiencias que antes le causaban una descompensación, sea proclive a presentar menor frecuencia y gravedad en sus episodios depresivos. La modificación de la personalidad se consigue con el análisis de los dos aspectos más importantes de la terapia psicoanalítica: la resistencia y la transferencia.

Tratamiento conductual

El supuesto principal es que las bajas tasas conductuales, los sentimientos de disforia y las cogniciones negativas son producto de las escasas experiencias reforzantes y/o de las grandes experiencias negativas. Se ha establecido que estas situaciones aparecen como consecuencia de diversos factores: a) el entorno inmediato de la persona puede aportar muy pocas oportunidades para tener experiencias positivas o presentar muchos aspectos negativos; b) la capacidad para disfrutar las experiencias positivas puede verse reducida y/o aumentada para la sensibilidad a los sucesos negativos, y c) la persona puede carecer de las habilidades necesarios para lograr estas experiencias positivas y/o afrontar eficazmente los acontecimientos negativos.

La terapia conductual pone énfasis en que se puede influir de forma más eficaz en los pensamientos y sentimientos por medio del cambio de comportamiento.

Las intervenciones se pueden clasificar en tres categorías: a) las que fijan su objetivo en facilitar cambios en el ambiente actual del paciente; b) las que se dedican a enseñar al individuo las habilidades que puede utilizar para cambiar sus patrones problemáticos de interacción con el ambiente, y c) las que centran su atención en disminuir los aspectos desagradables y aumentar los gratificantes en las interacciones entre la persona y el ambiente.

Mclean (1989) sugiere seis componentes terapéuticos concretos: entrenamiento en comunicación, productividad de la conducta, entrenamiento en la interacción social, en la afirmación, en la toma de decisiones y solución de los problemas y, por último, autocontrol cognitivo.

Terapia cognoscitiva

La terapia cognoscitiva se presenta como un proceso de colaboración e investigación, un examen de la realidad y una resolución del problema entre el terapeuta y la paciente. Los puntos de vista negativos de la paciente no se tratan como hechos establecidos, sino como hipótesis que deben ser probadas. Se enseña a la paciente a evaluar objetivamente la evidencia a favor y en contra de las cogniciones negativas a partir de técnicas

estructuradas, tanto verbales como de comportamiento. Estas pueden incluir técnicas conductuales, discurso lógico, reestructuración del pensamiento, solución de problemas, ensayo conductual, etc. Cuando la paciente aprende a generar interpretaciones alternativas para las experiencias y a solucionar problemas activamente, sus creencias negativas principales son rechazadas y aparece el cambio terapéutico. Además, el papel activo de la paciente en su tratamiento le proporciona las herramientas necesarias para continuar afrontando las dificultades y los rechazos que aparezcan cuando la terapia haya finalizado.

Terapia interaccional

Dos son las partes implicadas en la lucha contra la conducta problema: el terapeuta y la paciente. El psicoterapeuta debe ser consciente de que su trabajo es una reeducación emocional. El psicoterapeuta debe mantener siempre una distancia profesional que contribuya a separar a quien ayuda de quien está siendo ayudado. Debe ayudar a la persona a ver las cosas como realmente son. Se deben corregir las percepciones exageradas y distorsionadas; acogerse a la realidad es un prerrequisito indispensable para la salud mental. Comprobar la realidad es muy importante para las pacientes, ya que tienden a menospreciarse y a sobrestimar los posibles obstáculos y peligros.

Una constante autodepreciación y autoacusación deben ser corregidas terapéuticamente. Una apreciación objetiva y realista de las propias capacidades y potencialidades contribuye a una saludable y equilibrada autoconfianza, que contrarrestarán con éxito los sentimientos de inadecuación o posible inferioridad. Los sentimientos de indefensión e irritabilidad de las pacientes, dirigidos principalmente hacia ellos mismos y hacia quienes los rodean, deben reconducirse a través de dos canales de amor y odio. Las personas que sienten un adecuado amor hacia ellos mismos, no necesitan recibir demasiado amor de los demás.

Terapia interpersonal

La psicoterapia interpersonal considera que sin importar patrones sintomáticos, gravedad, posible vulnerabilidad biológica o genética, o los rasgos de personalidad del paciente, que los aparece normalmente en un contexto interpersonal, con frecuencia los problemas psicológicos se presentan durante una pérdida interpersonal o una discusión. Mediante la clarificación, la refocalización y la renegociación del contexto interpersonal relacionado con el inicio de la sintomatología, la paciente puede aclararse y es posible reducir la morbilidad social.

El objetivo de este tipo de terapia es mejorar la sintomatología aguda, ayudando a la paciente a ser más eficaz al afrontar los problemas interpersonales actuales que están vinculados con el inicio de los síntomas. En este sentido, el tratamiento de la paciente se inicia con la exploración de cuatro áreas problemáticas: la aflicción, las discusiones, la transición de papeles y el déficit interpersonal. La PIP se centra, entonces, en el problema interpersonal concreto.

Otro aspecto que distingue a la PIP es su limitación temporal. Incluso cuando se utiliza como tratamiento de mantenimiento, existe un límite.

La PIP se dirige a las relaciones interpersonales actuales y no a las pasadas; se centra en el contexto social inmediato del paciente justo antes y después del actual episodio problemático. No obstante, para la comprensión de los patrones interpersonales de la paciente, se evalúan los episodios anteriores, las relaciones significativas previas, así como los patrones de conducta con los amigos.

Terapia familiar y de pareja

Por lo que respecta al tratamiento de la paciente climatérica, es importante que el terapeuta evalúe la naturaleza de las experiencias de aversión tempranas que pudieran incrementar la vulnerabilidad del individuo a una posible depresión y su estilo cognitivo o de procesamiento de la información. Respecto a sus sistema interpersonal, el terapeuta

debe centrarse en la dinámica de pareja la pareja o familiar e intentar comprender a la paciente en el contexto del sistema familiar. El profesional debe examinar qué actitudes de la familia pueden mantener o exacerbar los problemas y, analizar lo que la familia puede hacer en forma diferente.

De esta manera podemos ver que la dirección que tomará el curso de la terapia encaminada a atender a la mujer en la menopausia dependerá de la forma en que cada una de ellas conciba al sujeto atendido en terapia y del método y técnicas con que se auxilien. Es así que algunas pretenderán cambiar la personalidad de la paciente con lo que los síntomas se reducirán de forma indirecta, en otros casos el objetivo será el de lograr que el sujeto sea funcional por medio de la eliminación de ideas irracionales o del incremento de habilidades para enfrentarse a su ambiente, etc. por mencionar escasas características. Lo que realmente resulta importante al hablar de terapias psicológicas no sólo es la orientación teórica sino el hincapié en un adecuado diagnóstico de la paciente, así como los beneficios que con ellas se obtendrán y que en la mayoría de los casos desafortunadamente muchas de las mujeres no logran obtener debido a que el psicólogo no siempre resulta ser una de las primeras opciones, tal vez debido a la supremacía del modelo biomédico en la que el apoyo de un psicólogo pueda parecer obsoleto o por simple desinformación de la población con respecto a otras opciones de ayuda. Con lo que el siguiente apartado toma coherencia en el sentido de la necesidad de la realización e implementación de programas de prevención.

1.7 Programas de prevención en la menopausia

De esta manera, Pizarro y del Paso (1999) aseguran que el desarrollo de programas para ayudar a eliminar problemas psicológicos y pensamientos negativos antes de la menopausia puede tener implicaciones positivas para la salud y el bienestar durante la transición a la menopausia. Ya que un programa de educación para la salud puede mejorar el estilo de vida con factores como:

Alimentación, ejercicio regular, dejar de fumar y control del alcohol y los efectos de éstos a largo plazo. Asimismo los programas de promoción de la salud pueden propiciar que se consideren los aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos de la menopausia.

Es así que existe la necesidad de programas equilibrados sobre menopausia y salud durante la vida media para contrarrestar pensamientos negativos y promover acciones personalmente relevantes relacionadas con la salud, así como desarrollar el sentido de autoeficacia y tomar tratamientos adecuados.

Para que la educación en la salud tenga valor preventivo, debe hacerse antes de la menopausia. Por esta razón, dichos autores realizaron un estudio en el cual aplicaron el Cuestionario de salud femenina, la Escala de autoestima y preguntas relacionadas al conocimiento y creencias de la menopausia, a la intención para usar THR, del tabaquismo y la realización de ejercicio regular. Los datos demostraron que las participantes obtuvieron un mejor conocimiento de la menopausia al final del mismo, algunos aspectos negativos sobre creencias cambiaron después del tratamiento, el cambio más importante fue que estas mujeres mostraron una actitud menos negativa acerca de la menopausia al final del estudio, el ejercicio físico se recomendó por el estudio y no se hicieron evidentes cambios en este sentido.

En cuanto a la autoestima durante el estudio la actitud fue positiva y para la percepción de barreras para el ejercicio fue negativa. Eso demuestra que la propia imagen es tan importante como los aspectos relacionados con la salud en las mujeres. En general, la práctica del ejercicio representa dificultad, aunque sea una meta para la salud, y la información por sí sola es insuficiente. Estudios recientes en mujeres de mediana edad indican que el ejercicio en forma regular mejora el aspecto psicológico y proporciona efectos benéficos.

De los resultados del presente estudio se infiere que la intervención médica efectuada antes de la menopausia puede satisfacer los deseos de la mujer de obtener información y promover el interés para mejorar la salud postmenopáusica y con ello prevenir muchos de

los efectos negativos a corto, mediano o incluso largo plazo que pudiesen tener sobre las mujeres y de forma complementaria se lograrían importantes beneficios sobre dicha población. Pero sin olvidar que éste es solo uno de los intentos dirigidos a sufragar las consecuencias negativas de la menopausia y que es necesario seguir investigando e implementando nuevos programas de intervención.

Como ya se señaló anteriormente, cada mujer es específica y, por lo tanto, su vivencia del climaterio lo será también. Sin embargo, consideramos que existen situaciones definidas que se consideran factores relevantes en el contexto psicosocial de la climatérica, y que pueden estar relacionados con un cambio en su calidad de vida. Al respecto existe cierta controversia acerca de si los trastornos físicos, los síntomas psicológicos, los cambios en la sexualidad y las alteraciones socioculturales en la menopausia son factores que causan un deterioro en la calidad de vida de las mujeres durante dicha etapa. Es así que es posible señalar que los cambios físicos en sí pueden producir un estado depresivo ansioso, al ser vividos como una pérdida corporal, o debido a las afecciones y limitaciones que éstos provocan en la calidad de vida. O por ejemplo otro factor que podría ser un gran estresante podría ser el estado de salud en general, por lo que con cierta frecuencia, comenzarían a manifestarse o agudizarse enfermedades más o menos graves o limitantes, pero que ciertamente deterioran la calidad de vida de la mujer y afectan su estado de ánimo.

Pero para poder ahondar en la factibilidad de una relación entre los cambios experimentados en las mujeres durante la menopausia y un deterioro en su calidad de vida es necesario aclarar qué es lo que vamos a considerar como calidad de vida, así como otros factores relacionados con ella.

CAPÍTULO 2. EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

El interés, en un principio puramente médico en la calidad de vida, de acuerdo a MacDowell y Newell (1996) fue estimulado a partir de diferentes razones, entre las cuales se puede señalar una especialmente: los pacientes quieren vivir, no simplemente sobrevivir. Una cuestionable calidad de vida de la gente pone en debate otros tópicos como el apoyo a la vida artificial, la eutanasia o el suicidio. Lo que a su vez puede traer a colación que la mayoría de las personas desean una vida larga, pero no desean ser viejos.

Según ellos, los científicos sociales han discutido largamente acerca de la calidad de vida, lo que ha traído como consecuencia la generación de algunos conceptos de satisfacción de vida como el estado de ánimo y la felicidad desde un punto de vista subjetivo. En las ciencias sociales, la calidad comúnmente se refiere a la adecuación de la gente a las diferentes circunstancias y a los sentimientos acerca de esas mismas. Los indicadores incluyen riqueza y posesiones personales, nivel de libertad y oportunidades, siendo la salud uno de los componentes de este gran concepto. La satisfacción de vida generalmente se refiere a la valoración subjetiva de dichas circunstancias, comparado con el estándar de referencia externa o con nuestras aspiraciones. Al estado de ánimo todavía se le considera más subjetivo y se refiere a un sentido de optimismo, confianza, tristeza o la depresión que podría resultar de la satisfacción de vida. La felicidad comúnmente se refiere a un periodo corto de tiempo y a los sentimientos de bienestar resultantes de los eventos de la vida cotidiana. Pero estas distinciones no son rígidas; las definiciones pueden cambiar de acuerdo a cambios socioculturales y las circunstancias en general. Por ejemplo la riqueza, éste es un indicador de la calidad de vida que se expande a términos materiales y posesiones o algunos otros pueden tomar en cuenta el aspecto espiritual, el desarrollo personal o la participación en la comunidad. También puede afectar en la percepción de la calidad de vida, alguna enfermedad crónica o la edad.

Ahora bien, a mediados de los años setentas y a comienzos de los ochentas la expresión Calidad de Vida comenzó a definirse como un concepto integrador, que comprende todas las áreas de la vida y que hace referencia a condiciones objetivas y subjetivas; en donde el

aspecto subjetivo comprende el valor que le concedemos, lo que deriva en el bienestar social que se funda en la experiencia individual y colectiva de la población frente a la vida social.

Skevington, Lotfy y O'Connel (2004) citan varias definiciones de la calidad de vida, entre las que se encuentran: la de la Organización Mundial de la Salud, misma que la define como “una percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valor en donde viven y su relación con las metas, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Pero también plantean que la calidad de vida trata acerca de que cuando la discrepancia percibida entre los estados reales e ideales es mínima, la calidad de vida es alta y cuando esta discrepancia es grande, una baja en la misma puede ser pronunciada. Además de que una buena calidad de vida puede estar presente cuando las esperanzas individuales se ven realizadas por la experiencia.

O también puede definirse como la importancia que le da la gente a las percepciones subjetivas de sus habilidades y funciones, comparadas con sus estándares internalizados y cómo podría ser posible que se volvieran realidad.

Para Setién (1993) la calidad de vida es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social tal como es percibida por un individuo o un grupo, así como la felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global y a sus componentes incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y la confianza en otros.

Por su lado, San Martín y Pastor (1990) consideran que la relación global que el individuo establezca entre los estímulos positivos y negativos en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la sociedad y con el medio ambiente total en que vive, definen el concepto de la calidad de vida.

También se señala que la calidad de vida es un término multidimensional y subjetivo que se refiere al grado de satisfacción del individuo durante su vida según el grado de importancia

que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos que determinan su bienestar o felicidad (Palomar, 1995).

Bock (1993) se refiere a ella como las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos. Incluye varias dimensiones entre las que se encuentran las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado, la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y calidad del entorno. La calidad se modela de acuerdo permanente entre los componentes protectores y sus procesos destructivos para el desarrollo vital del ser humano.

En tanto Alvaradejo (1996), considera la calidad de vida como el grado en que el individuo posee autoestima, un propósito en la vida y un mínimo de ansiedad. Y Soto (2002) la comprende como el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria, que goza de bienestar físico y material así como de buenas relaciones interpersonales; además de participar en actividades sociales alcanzando un desarrollo óptimo a nivel personal.

González (1997) se refiere a ella como la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose a los derechos humanos y laborales, tomando en cuenta los bienes económicos y la preocupación por la experiencia del individuo en su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud.

Por su parte Arnold, Ranchor, Sanderman, Kempen y Ormel (2004) plantean que diferentes conceptualizaciones de la calidad de vida se han usado, para lo cual citan a varios autores, entre ellos a Rogerson (1995), el cual explica que la gente tiene diferentes operacionalizaciones en mente, por lo que su percepción de lo que es la calidad de vida puede cambiar a lo largo del tiempo, debido a las prioridades durante el curso de la vida, las circunstancias y eventos.

Mientras que el WHOQOL Group pone atención en la perspectiva de los pacientes de la calidad de vida y asume una evaluación de varios de los dominios de la vida por los pacientes. O también como la percepción única y personal, denotando el camino de los sentimientos

individuales de los pacientes acerca de su status de salud y los aspectos no médicos de sus vidas.

Aseguran que las definiciones generales se refieren a la calidad de vida como una percepción de la vida en general y son conceptos diferentes de salud. Por lo que es necesario hacer una distinción entre la calidad de vida global y las dimensiones de la misma, y conocer en qué consisten los componentes de cada dimensión.

Es así que analizan el modelo de Spilker (1990), éste incluye la calidad de vida en general y separa los dominios de ésta, al mismo tiempo que cuenta con un buen nivel de aspectos específicos de cada dominio. Por ejemplo las medidas de ansiedad y depresión son aspectos específicos del funcionamiento del dominio psicológico; la participación en las actividades sociales pueden dar una impresión del funcionamiento social mientras que las limitaciones funcionales o actividades de la vida diaria son parte del dominio físico de la calidad de vida.

La valoración general de la calidad de vida es definida como la satisfacción individual en general con la vida y una sensación general del bienestar personal. Este nivel puede ser interpretado como una impresión global general de los pacientes de la calidad de vida correspondiente con la definición de calidad de vida del WHOQOL Group. En general, asumen que el funcionamiento físico, social y psicológico son el mejor reflejo de la calidad de vida.

De esta forma, podemos observar que existen diversas definiciones, mismas que responden de acuerdo a la visión de cada autor. Dadas estas condiciones resulta necesario contar con una definición que aborde la mayor parte de las posibles esferas de la vida en donde puedan surgir cambios en las mujeres cuando transitan durante la etapa de la menopausia. Es así que desde la presente posición se toma en cuenta como tal a la medida compuesta por el bienestar físico, psicológico y sociocultural tal como es percibido por el individuo. Dichas medidas se refieren a la salud física y psicológica, a los niveles de independencia y relaciones sociales.

2.1 Áreas de evaluación en la Calidad de Vida

Las áreas de la calidad de vida comprenden los diferentes componentes de la misma, las cuales pueden incluir desde necesidades, recursos y valores individuales hasta la consideración de las preocupaciones, problemas y objetivos sociales que conforman la política social. Al respecto, en su teoría, Maslow (1985, citado en Nussbam 1993) menciona que el hombre es un ser que requiere satisfacer diferentes necesidades a lo largo de su vida. Dichas necesidades se clasifican de más a menos urgentes para la supervivencia, coincidiendo este orden con su aparición cronológica. De aquí que Maslow identificó cinco sistemas de necesidades:

- Fisiológicas (hambre, sed, oxígeno, sexo, calor)
- Seguridad (interna y externa)
- Amor (afiliación, aceptación y pertenencia)
- Estima (éxito, aprobación, reconocimiento)
- Autorrealización

Dicha teoría sugiere que el estudio de los individuos conlleva a deducir las diferentes dimensiones o áreas que comprenden la calidad de vida. Y en razón de esto muchos investigadores han intentado definir cuáles serían dichas áreas.

Por ejemplo, para las Naciones Unidas (1961, citado en Bergner, 1980), el concepto de calidad de vida comprende los siguientes nueve componentes:

- Salud
- Alimentación
- Educación
- Ocupación
- Condiciones de trabajo
- Condiciones de vivienda,
- Seguridad social
- Vestido

- Recreación
- Derechos humanos

Flanagan y Russ (1975, citado en Setién 1993) identificaron quince componentes de la calidad de vida, mismas que categorizaron en cinco áreas de desarrollo humano:

Desarrollo profesional (trabajo-económico).

Desarrollo físico y mental (salud y sentimiento positivo ante la vida).

Desarrollo interpersonal (relaciones con parientes y amigos).

Desarrollo cívico (participación política y social).

Desarrollo intelectual y creativo (educación-recreación).

San Martín y Pastor (op. cit.) mencionan cinco áreas básicas en la calidad de vida:

Capacidad funcional: para desarrollar actividades diarias, capacidad para desempeñar el puesto de trabajo y la participación en actividades creativas.

Funciones sociales: relación con los amigos, la familia y la comunidad.

Funciones intelectuales: capacidad de atención, memoria y habilidad para tomar decisiones.

Estado emocional: bienestar general, incluyendo evaluación del nivel de ansiedad, depresión, sentimiento de falta de adecuación, temor y cólera.

Situación económica: la capacidad para mantener su estándar de vida. Si desaparece la seguridad económica, las capacidades funcionales globales pueden empeorar significativamente.

Las áreas de la calidad de vida que se utilizaron para construir el instrumento comprenden las siguientes:

- **Salud física:** energía y fatiga, sueño, descanso y comodidad.
- **Salud psicológica:** sentimientos positivos, concentración, memoria, imagen corporal y sentimientos negativos.
- **Niveles de independencia:** movilidad, actividades de la vida diaria, capacidad para trabajar.

- **Relaciones sociales:** relaciones personales con amigos, la pareja, familia y sexualidad.

Las áreas de la calidad de vida antes citadas fueron incluidas de un texto publicado por el WHOQOL Group, Skevington, Lotfy, y O'connel (2004). En general, dicha institución asume que el funcionamiento físico, social y psicológico con sus respectivas áreas son el mejor reflejo de la calidad de vida, no obstante incluyen más:

Salud física: dolor

Salud psicológica: autoestima

Niveles de independencia: dependencia a la medicación

Ambiente: seguridad física, ambiente en el hogar, recursos financieros, apoyo social, recreación, ambiente físico y transporte.

Espiritualidad, religión y creencias personales: espiritualidad

Únicamente tomamos en cuenta las primeras debido a que esos dominios con sus áreas en específico son los más adecuados y coherentes de acuerdo a la literatura sobre la menopausia, ya que por citar solo algunos ejemplos el dolor o la dependencia a la medicación no son imprescindibles porque si bien algunas mujeres pueden presentar dolores de cabeza u otras molestias y algunas más estar en un tratamiento médico que incluya medicamentos, estos aspectos no son tan universales o indispensables a comparación de alguien que padezca una enfermedad crónica. Y es así como diferentes áreas que pueden parecer importantes para diferentes aspectos de salud-enfermedad, dentro de la menopausia no son primordiales.

No obstante, cabe aclarar que para el análisis de resultados algunas categorías de dichas áreas fueron cambiadas al realizar el análisis factorial como se señala en el capítulo 4. De esta manera, se eliminaron las categorías de energía y comodidad, pertenecientes al área de salud física, la categoría de imagen corporal del área de salud psicológica y se prescindió por completo del área que versa sobre los niveles de independencia. Al mismo tiempo que, se anexaron otras categorías.

2.2 Medición de la Calidad de Vida

Font (1994) señala que el estudio científico de la calidad de vida en el ámbito de la salud es importante porque permite:

- a) Conocer el impacto de la enfermedad y/o tratamiento a un nivel relevante diferente y complementario a nivel biológico-fisiológico.
- b) Conocer los efectos secundarios de los tratamientos.
- c) Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
- d) Evaluar mejor las terapias paliativas.
- e) Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
- f) Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

La calidad de vida puede ser medida de diversas maneras, como puede ser en términos de capacidades y limitaciones físicas individuales; síntomas de funcionamiento individual e intelectual y con relación al desempeño del rol psicosocial respecto al ocio, el trabajo y la vida familiar, así como en términos de bienestar.

Asimismo sostiene que cuando se hace medición de calidad de vida, se pueden distinguir cuatro niveles:

1. Elementos materiales necesarios a la vida del hombre.
2. Bienes y valores no materiales necesarios para el desarrollo intelectual del individuo y la sociedad.
3. Elementos que relacionen el bienestar individual y familiar con los sistemas sociales de producción de bienes y servicios culturales y materiales.
4. Percepción de la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva.

La medición de la calidad de vida subjetiva concibe que es el propio individuo quien mejor conoce sus necesidades y lo que es más importante para sí mismo.

De esta manera se puede evaluar la reacción individual y colectiva frente al proceso de calidad de vida identificando y midiendo los indicadores asociados al fenómeno analizado.

Nosotros consideramos que la medición en nuestro caso pertenece al nivel de una percepción subjetiva debido a que para nosotros la calidad de vida es la medida compuesta por el bienestar físico, psicológico y sociocultural tal como es percibido por el individuo.

2.3 Instrumentos de Medición

Parte de la dificultad en la investigación sobre la calidad de vida reside en que existen diferentes indicadores, lo que trae como consecuencia la obtención de diferentes resultados. Por lo que Fletcher (1992, citado en Soto 2002) sugiere que es importante tomar en cuenta los siguientes factores para medir la calidad de vida:

Propiedades de medición adecuadas.

- Validez
- Confiabilidad
- Claridad

Tipo de instrumento

- Genérico
- Enfermedad específica
- Dimensión específica
- Pregunta específica a estudiar

Método de administración

- Autoadministración
- Administrado por encuestador

Escenario cultural

Con base a los criterios antes mencionados, se han llevado a cabo mediciones sobre calidad de vida con cuestionarios preparados para evaluar generalmente enfermedades y poblaciones específicas. Entre estos instrumentos, mismos que han sido recopilados por MacDowell y Newell (1996) se encuentran los siguientes:

Existen instrumentos genéricos entre los que se encuentran:

El registro de la Forma-Corta-36. (SF-36, Ware, 1990). El SF-36 es designado como un indicador genérico estatus de salud usado en registros muy populares y estudios evaluativos de la salud. Este puede ser utilizado en conjunción con otras mediciones específicas de la práctica clínica e investigación.

El SF-36 deriva del trabajo de la Corporación de Santa Mónica durante los años setentas. Es un instrumento genérico que fue designado para aplicarse ampliamente en condiciones de diferentes tipos y severidades. Los instrumentos genéricos son utilizados para monitorear pacientes con múltiples condiciones. Este incluye funcionamientos conductuales, el bienestar percibido es subjetivo y no puede ser completamente indicador de conductas; además incluye cuestiones de estados sentimentales. Los ítems del SF-36 son sacados de los 245 ítems del cuestionario MOS; nueve ítems derivan del SF-20. El SF-36 evalúa ocho dimensiones:

1. Funcionamiento físico
2. Limitaciones en los roles, relacionados a los problemas físicos de salud
3. Dolor corporal
4. Funcionamiento social
5. Salud mental general, estrés y bienestar
6. Limitaciones en los roles, relacionados a problemas emocionales
7. Vitalidad, energía o fatiga
8. Percepción de la salud en general

El Registro de Forma-Corta-20 de la Salud. (Stewart, 1988). Este registro de 20 ítems es un instrumento diseñado como una medida general para estudios clínicos de la salud, muy utilizado en diversos estudios. Este abarca el funcionamiento físico, social y los roles, así como una salud mental adecuada, el dolor y percepciones de salud.

Esta forma corta derivada de las medidas del MOS responde a una necesidad común de contar con un cuestionario más abreviado. Este instrumento abarca solamente los aspectos más importantes de la salud. Las funciones físicas, sociales y roles cubren los efectos de las conductas en los problemas de salud. Las escalas de salud mental, dolor y percepciones de salud reflejan algunos componentes subjetivos de la salud y fueron seleccionadas en términos

comprensivos de acuerdo a los aspectos de salud más importantes considerados de los pacientes. Este instrumento puede ser autoadministrado y toma de tres a cuatro minutos.

Escala de Calidad de Vida EUROQOL. (EuroQol Group, 1993). La medida de la European Quality of Life expresa un estatus de salud que ha intentado evaluar estudios e investigaciones policiales. Esta es una escala genérica que intenta abarcar cinco dimensiones de la salud: movilidad, autocuidado, actividades de roles, actividades familiares, dolor y humor.

Cuestionario de índice de salud de McMaster (MHIQ de Chambers, 1984). Este instrumento provee un perfil de gráficas que describen funciones físicas, emocionales y sociales. El MHIQ se utiliza en la evaluación de servicios del sector salud e investigaciones clínicas, principalmente en pacientes externo y en su comunidad. Cuenta con 59 ítems, mismos que cubren los aspectos físicos (movilidad, cuidado y comunicación), los puntos de función social cubren la representación del rol, participación familiar y relaciones con los amigos. Los puntos de función emocional cubren los sentimientos de autoestima, relaciones personales, pensamientos acerca del futuro y eventos. El tiempo de referencia en la mayoría de los puntos es el presente y recuerdos, asimismo se puede completar en 20 minutos.

El Perfil de la Salud Duke. (DUKE de Parkerson, 1990). El DUKE sirve como una medida práctica para evaluar la salud de los pacientes en los primeros cuidados. El instrumento abarca el aspecto físico, mental y social, añadiendo respeto y comprensión por la salud y autoestima. Los puntos que abarca son los siguientes:

1. Salud física
2. Salud Mental
3. Salud Social
4. Salud General
5. Salud Comprendida
6. Ansiedad-depresión

En cuanto a la medición de enfermedades degenerativas se pueden hallar diferentes escalas:

Escala de medición. El impacto de la artritis (AIMS de Meenan, 1991). Dicho instrumento abarca el aspecto físico, social y emocional del bienestar y es designado como un indicador para el cuidado de los pacientes artríticos. Es utilizado con pacientes artríticos y pone especial atención en cómo la enfermedad tiene consecuencias sobre las habilidades funcionales. El instrumento incluye 45 ítems agrupados en nueve escalas: movilidad, actividad física (caminar, inclinarse, levantarse), destreza, actividad doméstica (manejar dinero, medicarse), actividades sociales, actividades de la vida diaria, dolor, depresión y ansiedad.

Evaluación del deterioro de las funciones físicas y mentales (PAMIE de Lee, 1972). Esta es una escala de clasificación clínica, la cual registra las inhabilidades físicas, psicológicas y sociales en la enfermedad crónica de pacientes institucionalizados.

El PAMIE está basado en dos instrumentos previos, el Inventario de Autocuidado y la Escala de Registro ADL usada en pacientes geriátricos veteranos con serios desajustes. Este puede ser completado por el cuidador o algún familiar del paciente. Los 77 ítems abarcan conductas observables a lo largo de una semana, entre las cuales evalúa las siguientes conductas:

1. Autocuidado
2. Irritabilidad
3. Confusión mental
4. Ansiedad y depresión
5. Estancia en la cama
6. Deterioro conductual
7. Paranoia, sospecha
8. Funciones sensoriales y motoras
9. Apatía
10. Deambulación

Viviendo funcionalmente. Un índice de cáncer. (FLIC de Schipper, 1984). El FLIC determina la respuesta de los pacientes con cáncer para su tratamiento y para evaluar el progreso y toxicidad en los ensayos clínicos.

Schipper pone especial atención en la valoración de la calidad de vida en la ausencia de una posibilidad de cura. Pero las medidas se enfocan principalmente en el dolor, siendo éste sólo una parte del concepto de calidad de vida. No obstante, Schipper identifica cuatro componentes de la misma:

1. Función física-ocupacional
2. Estado psicológico
3. Sociabilidad
4. Disconformidad somática

Los ítems del FLIC fueron seleccionados de instrumentos previos de profesionales de la salud. Al final quedaron 22 ítems.

El índice de calidad de vida. (QL Index de Spitzer, 1980). Dicho instrumento mide el bienestar general de los pacientes terminales con cáncer u otras enfermedades crónicas. Este fue un intento de crear un instrumento que evaluara los efectos del tratamiento y programas de cuidado paliativo y sus consecuencias.

Spitzer proporcionó diferentes dimensiones de la calidad de vida, incluyendo un estado de ánimo positivo, apoyo de las amistades y ausencia de estrés o psicológico. Las medidas de calidad de vida consideran las funciones físicas, psicológicas, sociales y emocionales, las actitudes ante la enfermedad, las interacciones de la familia y el costo individual de la enfermedad.

Mientras que los instrumentos para evaluar a la población de la tercera edad son:

La Auto-evaluación de la Vida. Escala de funciones. (SELF de Linn y Linn, 1984). El SELF fue diseñado para obtener medidas comprensibles sobre el funcionamiento físico, psicológico y social de la gente de 60 años o de mayor edad. El objetivo fue desarrollar una escala corta multidimensional que pudiera ser completada por las mismas personas de la tercera edad.

Consta de 54 ítems mismos que se dividen en seis factores:

1. Deterioro físico
2. Síntomas de la vejez
3. Autoestima
4. Satisfacción social
5. Depresión

6. Control personal

Aunque a través de éste también pueden ser diagnosticadas como la medicación, los días de enfermedad y el dolor.

Instrumento de Valoración de Multiniveles. (MAI de Lawton, 1982). El MAI fue diseñado para medir el bienestar de las personas de mayor edad que viven en una comunidad. Este cubre los problemas de salud, actividades y habilidades de la vida diaria, bienestar psicológico, ambiente e interacción social.

Lawton argumenta que es una valoración de la calidad de vida de personas mayores, las medidas evalúan siete dimensiones con 147 ítems:

1. Salud mental

Salud autoproporcionada

Uso de los servicios de salud

Condiciones de salud

Movilidad

Uso de ayuda, prótesis, etc.

2. Cogniciones

Estatus mental

Síntomas cognitivos

3. Actividades de la vida diaria

Escala IADL

Actividades de automantenimiento personal

4. Uso del tiempo

Actividades sociales, deportes, hobbies

5. Relaciones sociales e interacciones

Familia

Amigos

6. Ajuste personal

Estado de ánimo

Síntomas psiquiátricos

7. Ambiente percibido

Calidad de hogar

Calidad del vecindario

Seguridad personal

Cuestionario de Valoraciones Funcionales Multidimensionales. (OARS de Older Americans Resources and Services, 1988). El OARS fue diseñado para valorar el estatus funcional de las personas y el uso de los servicios de los adultos, particularmente de los mayores. Este puede ser usado para evaluar los resultados y modelar el costo-beneficio de aproximaciones de alternativas de cuidados.

El OARS considera tres elementos:

1. Status de funcionamiento personal
2. Un método para clasificar servicios
3. Contabilizar el uso de la categoría del servicio

El cuestionario consta de 120 ítems, divididas en Parte A y Parte B. En donde la Parte A comprende:

1. Datos demográficos
2. Recursos sociales
3. Recursos económicos
4. Salud mental
5. Salud física
6. Actividades de la vida diaria
7. Valoración de la información
8. Sección del entrevistador
9. Entrevista específica

10. Valoración de la entrevista

Y la Parte B comprende:

1. Transportación
2. Recreación social
3. Empleo
4. Refugio, empleo en el refugio
5. Servicios educativos, empleo afín
6. Entrenamiento remediador
7. Salud mental
8. Drogas psicotrópicas
9. Cuidado personal
10. Cuidado por parte de las enfermeras
11. Servicios médicos
12. Servicios de apoyo y prótesis
13. Terapia física
14. Supervisión continua
15. Chequeo
16. Recolocación
17. Ama de casa
18. Preparación de la comida
19. Administración, legalidad y protección
20. Evaluación sistemática multidimensional
21. Asistencia financiera
22. Comida, comestibles
23. Cuartos de vivienda
25. Coordinación e información

Escala de Calidad del Bienestar. (QWB de Bush y Kaplan, 1994). La QWB es un índice de salud que evalúa los síntomas de las personas y la inhabilidad para representar un juicio social del problema y expresarse en términos de ajuste a través de los años.

El QWB intenta usarse como un indicador para estimar las necesidades presentes y futuras. Este puede ser aplicado a individuos y puede ser usado para cualquier tipo de enfermedad.

El procedimiento clasifica y describe a los individuos en tres estados, correspondientes a tres componentes del modelo:

1. Valoración del estado funcional
2. Escala de respuestas
3. Pronóstico indicativo

Para medir la rehabilitación en la población se diseñaron los siguientes instrumentos:

Inventario de Valoración Funcional (FAI de Crewe y Athelston, 1984). El FAI fue desarrollado para su uso clínico en tanto que describe el potencial de los clientes para su rehabilitación. Este resume las limitaciones funcionales y los recursos ambientales que los pacientes pueden usar para ayudarse con sus problemas. Se intenta aplicar para todo tipo de enfermedad. El FAI identifica la fuerza de las personas y sus limitaciones, lo que puede predecir la habilidad para regresar al trabajo y un plan de rehabilitación. Es una escala de registro con 30 ítems, misma que describe las limitaciones funcionales y las ventajas de las fuerzas inusuales.

Cuestionario del Estado Funcional. (FSQ de Jette, 1986). El FSQ es autoadministrable y abarca el aspecto físico, psicológico y social en los pacientes externos. Fue diseñado como una herramienta clínica para determinar las inhabilidades y monitorear los cambios en función de las personas que dan primeros auxilios. Jette definió la discapacidad en términos de salida desde la presentación normal. Tres propósitos comunes de monitorear la función incluyen la descripción del estado de los pacientes, atendiendo la necesidad de tratamiento y registrar el progreso.

El FSQ cubre la función física, función psicológica, trabajo, actividad social y calidad de interacción social.

Perfil del Impacto de la Enfermedad. (SIP de Bergner, 1981). El SIP indica los cambios en la conducta de una persona en cuanto a la enfermedad. Es aplicable al uso de medición del cuidado externo, mantener la salud, planeando el programa y monitoreo del progreso del paciente.

El desarrollo conceptual se originó de la observación que ultimó el objetivo de la mayoría de los cuidados de la salud para reducir la enfermedad o modificar los efectos de las actividades diarias. La enfermedad denota la experiencia individual propia, se percibe a través de las actividades diarias, sentimientos y actitudes. En este sentido, una definición profesional se basa en la observación clínica.

El estatus medido en el SIP nos muestra el camino de los cambios de las actividades diarias y de conducta. La concentración en la conducta tiene varias ventajas sobre los sentimientos o reportes clínicos., ya que las conductas se observan y acceden a la validez externa; los sentimientos son variables y pueden ser difíciles de medir. Valorando, lo clínico se limita a los pacientes bajo cuidado y requerirían interpretación médica de los síntomas. Reportes conductuales, por contraste, pueden verificarse por observación y obtener o no recibir el cuidado de un paciente; pueden ser sujetos a menores influencias culturales, que lo que reportan los sentimientos.

Dentro de este apartado sobre los instrumentos que miden la calidad de vida revisamos solo algunas de las escalas de medición que se han desarrollado en los últimos años y que además son las más utilizadas, éstas muestran algunas vías para la medición de la salud en poblaciones con diferentes padecimientos o en diferentes etapas con sus respectivas consecuencias negativas en cuanto a salud física como la vejez. Muchas de ellas son empleadas numerosas ocasiones en diferentes investigaciones, mismas que involucren una seria evaluación del proceso salud-enfermedad debido precisamente a que cuentan con una buena validez y confiabilidad, tal vez otras son criticadas por adolecer de dichas propiedades, por lo que siempre es necesario antes de emplear un instrumento realizar una adecuada revisión de todas las características con que cuentan: qué están midiendo, a qué población está dirigida, cuáles son sus niveles de validez y confiabilidad, etc. antes de decidirnos por alguno. Éstas y otras importantes recomendaciones se analizan más adelante.

2.4 Investigaciones sobre calidad de vida

Las investigaciones en torno al concepto de calidad de vida han incluido poblaciones diversas, como los adolescentes, adultos, personas de la tercera edad, así como también la manera en la

que distintas variables tienen influencia sobre ellas, como las enfermedades crónicas, la drogadicción, el impacto de la entrada a una nueva etapa de la vida como la menopausia, etc.

De esta manera, comenzaremos por abarcar la adolescencia. Es así que Cabrera (2001) realizó un estudio donde evaluó la calidad de vida de adolescentes y adultos jóvenes obesas y anoréxicas. El objetivo fue comparar la calidad de vida en relación con su salud total, salud reciente, hábitos positivos, hábitos negativos, vigilancia de salud y estado ansioso. Para ello utilizó un cuestionario de calidad de vida constituido por 127 ítems, en dos subescalas, la primera evalúa el funcionamiento de la salud en cinco áreas y la segunda evalúa el funcionamiento psicosocial en cuatro áreas. Encontrando que existen diferencias significativas entre ambos grupos en las áreas revisadas, las cuales fueron salud total, salud reciente, hábitos positivos y negativos, vigilancia de salud y únicamente no hubieron diferencias significativas en el área relacionada con el estado ansioso.

Siguiendo la línea de adolescencia, Hunt (2000) realizó una investigación cuyo objetivo fue encontrar variables percibidas como proximales para el adolescente y analizar el vínculo de estas variables, con el uso de drogas. El instrumento utilizado consta de 26 afirmaciones, cuyo contenido hace referencia a condiciones ecológicas del medio ambiente (calidad del aire, servicios asistenciales, lugares de recreo, etc.) y en menor proporción se refieren al espacio físico que hay en la casa para realizar actividades personales, tiempo libre, vida de familia y relaciones interpersonales con cada uno de sus miembros. Los resultados obtenidos indican que un número significativamente mayor de usuarios de droga, en comparación con los no usuarios, percibe su ambiente familiar, interpersonal con el grupo de pares y escolar, como distal. Su calidad de vida la perciben como insatisfactoria y reportan dificultades en el manejo de la realidad.

En cuanto a enfermedades crónicas Denton y Walters (1999) llevaron a cabo una evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. En esta investigación, señalan que los pacientes con cáncer de pulmón son sometidos a tratamientos de quimioterapia tan agresivos que provocan el deterioro físico de los pacientes, causando dificultades para la respiración, aumento de la fatiga, disnea, dolor, deterioro de la capacidad cognitiva y, como consecuencia de todo esto, la disminución de la capacidad de ejecución de actividades diarias.

En tanto, Vargas e Ibáñez (2000) consideraron necesario elaborar un cuestionario que evaluara la calidad de vida, aplicándolo a enfermos crónicos de México y así generar estrategias de intervención para mejorar su calidad de vida. Su investigación fue cuantitativa, descriptiva, transversal y no experimental. Elaboraron un cuestionario con las áreas más importantes para la evaluación de la calidad de vida: salud, sexualidad, familia, relaciones interpersonales, ámbito laboral, área emotivo-afectiva, planes a futuro, cuidado y apariencia personal, nivel socioeconómico y académico. De acuerdo con los resultados se encontró que tienen una autopercepción negativa de su calidad de vida, se aíslan de las demás personas, lo que no les permite ampliar su campo social y tienen constantes problemas familiares principalmente debido a problemas de comunicación.

Arnold, Ranchor, Sanderman y Kempen (2004) se enfocaron a la contribución de los dominios de calidad de vida: funcionamiento físico, social y psicológico, sobre toda la calidad de vida. Parten de la premisa de que enfermedades diferentes tienen un efecto diferencial en el funcionamiento de los pacientes en el dominio de la calidad de vida. En la literatura se ha encontrado que la noción de desórdenes diferenciales afectan los dominios de la calidad de vida. La mayor parte de los estudios están de acuerdo en que las condiciones médicas crónicas tienen un efecto altamente negativo en el funcionamiento físico. Aseguran que la mayor parte de los estudios encuentran diferencias en el funcionamiento psicológico entre pacientes con un desorden crónico y sujetos sanos, y otros estudios no descubren diferencias en el funcionamiento psicológico en pacientes con o sin una condición crónica. Por lo que les resulta importante comparar varios desórdenes con respecto a la calidad de vida. En su investigación examinaron la contribución de la calidad de vida en cuanto al funcionamiento de los dominios físicos, sociales y psicológicos sobre la calidad de vida global. Afirman que varios desórdenes afectan diferencialmente los dominios de la calidad de vida, es decir, debido a los diferentes factores y consecuentemente la relación entre los dominios de calidad de vida, la calidad de vida en general y entre varias de las enfermedades. El estudio tiene un diseño transversal. Se seleccionaron a los pacientes con edades de 57 años o mayores con una de las ocho condiciones médicas crónicas siguientes: desórdenes pulmonares, enfermedades del corazón, hipertensión, diabetes mellitus, problemas de la espalda, artritis reumatoide, migraña o desórdenes dermatológicos. En total, el grupo de respondientes incluyó 1457 pacientes y 1851 sujetos sanos. El análisis mostró que el dominio del funcionamiento

psicológico contribuyó sobre la calidad de vida en general para todos los desórdenes, mientras que el funcionamiento físico y social contribuyó a la calidad de vida en general sólo para algunos desórdenes. Los resultados mostraron que la mayor parte de los grupos de pacientes reportaron un bajo funcionamiento físico a comparación de los sujetos sanos, con excepción de los pacientes con hipertensión, diabetes mellitus y desórdenes dermatológicos. Con respecto al funcionamiento social, cinco de ocho grupos de pacientes se vieron deteriorados, mientras que con respecto al funcionamiento psicológico sólo los pacientes con desórdenes pulmonares y migraña difirieron del grupo de sujetos sanos. Con respecto a la calidad de vida global, se halló que la mayor parte de los pacientes crónicos no difirieron de los sujetos sanos. Sin embargo, concluyen que dichos datos deben tomarse con las debidas reservas, dado que es un estudio transversal y en cambio un estudio longitudinal permitiría investigar el nivel en que dichas enfermedades han afectado a los pacientes a lo largo del tiempo. Asumen que el funcionamiento físico afecta el funcionamiento psicológico y posteriormente el funcionamiento social, pero no excluyen la posibilidad de una relación inversa.

En tanto que Goodman, Hull, Terkelsen, Smith y Anthony (1997) advierten que con el incremento en el énfasis en la satisfacción de los pacientes de la salud mental, el constructo de la calidad de vida se ha convertido en un área importante de investigación. El concepto es multidimensional e incluye aspectos de conexión interpersonal, situación económica, búsqueda de libertad y felicidad, status funcional, calidad de la conexión entre enfermedad y tratamiento y el impacto de la enfermedad. Dado que la Entrevista de Calidad de Vida De Lehman es confiable y válida, es utilizada por los autores para medir la calidad de vida de pacientes con desórdenes psicóticos, además de considerarla fácil de aprender y de administrar. La escala mide ocho categorías, incluyendo las finanzas, situación vital, trabajo, tiempo libre, interrelaciones familiares, interrelaciones sociales, seguridad y salud y e intento de clasificación subjetiva con información objetiva de cada área. Este tipo de información es útil para diferentes tipos de intervenciones, síntomas y situaciones demográficas. El objetivo del estudio fue encontrar un factor de análisis de las ocho escalas subjetivas usando los datos derivados de 67 entrevistas de calidad de vida de pacientes con desórdenes psicóticos. El resultado puede ayudar a definir algunas de las dimensiones de los aspectos subjetivos de la escala de calidad de vida, adicionado al constructo teórico de lo que es calidad de vida. Los pacientes cumplían con el criterio del DSM-IV del diagnóstico de esquizofrenia crónica, y desórden psicoafectivo. Encontraron que el factor instrumental reflejaba los servicios de salud

y la situación familiar. El factor afiliativo consideraba la calidad de la relación interpersonal y el tiempo libre. Estos dos factores reflejan dos de los tres aspectos que Maslow considera necesarios: la necesidad de salud, ausencia de daño y amor. Los conceptos instrumentales y afiliativos pueden aceptarse por clínicos e incorporarse a los estándares de los protocolos de evaluación. El estudio de los pacientes esquizofrénicos crónicos revela que la satisfacción global es un constructo que se correlaciona fuertemente con las actividades de la vida diaria y con el status de salud pero solo con el status de trabajo semanal. Sugieren que el modelo instrumental y afiliativo necesitan comprender porciones significativas de satisfacción de vida subjetiva y satisfacción global de calidad de vida.

Las personas de la tercera edad también han recibido atención, por lo que Gijbers y Annemarie (1997) llevaron a cabo un estudio en el que se determinó la calidad de vida de una muestra de personas de la tercera edad con base en el análisis de sus datos socioeconómicos, de su salud mental, física y sus hábitos alimenticios. Los participantes fueron personas de 60 años o más que vivían en asilos, o que vivían en su casa pero que asistían a estancias diurnas destinadas para su atención. Para llevar a cabo la medición se utilizaron varios instrumentos como la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage, el Cuestionario de Salud de Goldberg versión 12, el Cuestionario de datos socioeconómico, Cuestionario sobre dieta habitual, padecimientos físicos e ingestión de medicamentos. Los datos encontrados demuestran que las personas recluidas dentro de instituciones para ancianos viven en una situación más precaria, tanto en el aspecto de salud como en el socioeconómico que las personas que viven en sus casas.

Por su parte, Guillemainault, Palombini, Poyares y Chowdhuri (2002) hicieron una evaluación subjetiva del bienestar y la salud en personas igualmente de la tercera edad, en donde empleaban las valoraciones de los individuos sobre las condiciones de su propia vida. Los objetivos fueron los siguientes: 1) Analizar la relación entre el bienestar subjetivos y la auto percepción de salud de un grupo de adultos mayores que realiza actividad física; 2) Conocer sus niveles y tipo de actividad física; 3) Estudiar la percepción que tiene de su salud bucal. Para realizar la investigación se llevó a cabo un estudio *expost-facto* transversal con una muestra de 80 participantes con edades de 60 a 85 años, con una media de 71, mismos que practican actividad física en Centros Sociales del INSEN. Hallando en sus resultados que las actividades físicas realizan con más frecuencia son de tipo anaeróbico y el

promedio de práctica a la semana es de 5.5 horas. El 68.8% percibe que está bien el estado de su boca; el 80% usa prótesis, el 68% considera que la salud bucal tiene efecto en su salud general. Cerca del 80% mencionó estar satisfecho o muy satisfecho con su vida.

En cuanto a investigaciones específicas relacionadas a la calidad de vida en mujeres menopáusicas Marciniak y Niero (2000) realizaron una revisión teórica. Ellos mismos apuntan que durante el periodo de la perimenopausia las mujeres experimentan cambios biológicos, que tienen influencia en su autoestima. Después de la menopausia, incrementan las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y el cáncer de mama, lo cual tiene un impacto en la calidad de vida. La estimación de la calidad de vida la consideran particularmente valiosa para evaluar el punto de vista de las mujeres después de una intervención. En su revisión analizan investigaciones que abarcan los puntos de vista de las mujeres con respecto a la calidad de vida durante los periodos de perimenopausia y postmenopausia. Los cuestionarios de calidad de vida que abarcan el área subjetiva de la misma, por lo que éstos consistieron en autorreportes. Dichos estándares pudieron ser definidos a partir de investigaciones, doctores y la comunidad de pacientes. Las aproximaciones con respecto a las mediciones incluían una estimación de los síntomas, funciones físicas, la habilidad de llevar a cabo las actividades diarias, la realización de expectativas personales y necesidades motivacionales y autoestima. Los principales puntos se resumen a continuación:

Los instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida recolectan información subjetiva porque, en la mayoría de los casos, los pacientes autorreportan sus propias percepciones en los cuestionarios. Las percepciones de los pacientes son comparadas con “estándares normativos”. Varias aproximaciones difieren con el contenido de los estándares de quienes los han definido (investigaciones, el doctor y la comunidad de pacientes).

Dentro de la misma línea Dennerstein y Hemes (2000) plantean diferentes premisas respecto a la metodología en estudios de la transición a la menopausia, así como también abarcan consideraciones sociales, estadísticas y psicométricas. Para ellos, las distribuciones sociales son relevantes en dos niveles. Uno está basado en los principios de una buena práctica en la investigación de las mujeres y salud que tienen que estar articulados en un nivel internacional. El otro nivel social envuelve una consideración acerca de a qué aspira el estudio

y cómo se espera que sean implementadas las medidas que serán usadas, ambos para los síntomas de la menopausia y calidad de vida de las mujeres.

Asimismo han encontrado conflictos, los cuales reflejan algunas dificultades metodológicas inherentes al estudio de la menopausia, mismos que específicamente se refieren a la medida de los síntomas y calidad de vida. En la revisión teórica que llevan a cabo examinan algunas recomendaciones como guía futura en los efectos de la menopausia en la salud de las mujeres.

Estas abarcan tres tipos:

- 1) usos poblacionales
- 2) cambios fisiológicos
- 3) usos de la medición

Los usos poblacionales incluyen el tipo de diseño del estudio y los cambios que son relatados en la menopausia.

El funcionamiento fisiológico incluye una valoración de la función ovárica y los factores hormonales.

Los usos de la medición incluyen los sistemas usados para la valoración de signos y síntomas y la medición de la calidad de vida acerca de la menopausia.

Por otro lado, aseguran que los principios de una buena práctica en la investigación de la salud de las mujeres incluyen múltiples determinantes en la salud de las mismas: físicos, psicosociales, roles y otros factores que reflejan la diversidad de las mujeres. En el mismo sentido manejan que los métodos de investigación necesitan incluir aproximaciones interdisciplinarias.

En cuanto a la decisión que se deberá tomar acerca del diseño, si éste deberá ser transversal o longitudinal hacen ciertas diferenciaciones: Los estudios transversales sólo pueden indicar la incapacidad de determinar la dirección de causalidad. La ventaja es que son más baratos y se ahorra tiempo porque a los sujetos se les pregunta una sola vez. Plantean que

estos estudios son poco satisfactorios a comparación de los longitudinales en donde a las mujeres se les sigue a lo largo de un tiempo considerable, pero probablemente aplicando algunos instrumentos se puedan observar los cambios en la población muestra a lo largo del tiempo.

Por su parte, los estudios longitudinales facilitan la identificación de la asociación reflejada en causa-efecto y separar los efectos de la edad y la menopausia. Sin embargo, aseguran que la mayor parte de los estudios longitudinales utilizan métodos estadísticos inadecuados, a comparación de los transversales. Además, la recolección de datos longitudinales reduce la confianza en la memoria debido a los largos periodos de tiempo. No obstante, cuando los cambios a lo largo del tiempo es lo que concierne en el estudio, un diseño longitudinal es necesario, dado que estos estudios tienen la oportunidad de realizar mediciones prospectivas.

Para el caso del análisis estadístico, suponen que la mayor parte de los estudios sólo utilizan un análisis univariable, por lo que los resultados de estos estudios suelen ser contradictorios. El mayor problema de los estudios longitudinales es que no se realizan un análisis estadístico lo suficientemente sensible con sujetos en los que se aplique medidas repetidas y donde varios factores afecten la medición de la calidad de vida y en donde los cambios, los factores y sus interacciones se relacionen con la transición a la menopausia. Mientras que en los diseños transversales una simple y poderosa técnica consiste en repetir las mediciones y realizar un análisis multivariable y utilizar un número contrastante para estimar todos los efectos.

Para los usos de la medición, señalan que relativamente pocos de los estudios que basan sus datos en la transición a la menopausia tratan acerca del funcionamiento sexual. Las medidas difieren acerca del funcionamiento sexual y pocos cuentan con una validez y confiabilidad aceptable. La mayor parte de las valoraciones tienen varios constructos vagos.

En cuanto a la medición de los síntomas, el método estándar utilizado para recolectar la información acerca de la prevalencia y severidad de los síntomas es el de hacer una lista de síntomas. Un problema común en este sentido es el de la elicitación. Además de que también es muy frecuente que al construir dichas listas se utilice un criterio arbitrario en el sentido de que, ya sea que incluyan síntomas que desde su perspectiva deban ser incluidos, o que por el

contrario sean descartados y curiosamente la mayoría de ellos se refieran al área de la sexualidad, como la dispareunia, sequedad vaginal, etc., lo cual disminuye su validez.

Por su lado, Laplege y Dennerstein (2000) afirman que la percepción de la transición a la menopausia en las mujeres es altamente influenciada por los factores socioculturales y el estilo de vida. Además de que la calidad de vida y la salud subjetiva definen una percepción de los sujetos y una valoración de las múltiples áreas de la vida que pueden ser afectadas por un tratamiento médico. Para evaluar los tratamientos e intervenciones, la salud subjetiva es típicamente valorada por medio de una serie de cuestionarios que se centran en el impacto subjetivo de una condición específica. Aseguran que los instrumentos de calidad de vida contienen componentes clínicos con el propósito de prevenir, ya que la valoración de la calidad de vida es una necesidad para la investigación de la salud pública y la evaluación de nuevos tratamientos.

Conforme a ellos los **objetivos** de las investigaciones de calidad de vida han sido:

- Analizar las características, relevancia, condiciones del uso y limitaciones de las herramientas de medición.
- A través de la evaluación del status de salud en las mujeres postmenopáusicas se obtienen instrumentos para evaluar estrategias de intervención.
- Identificar las circunstancias específicas y subgrupos en los que será más apropiado aplicar los instrumentos.
- Considerar la metodología y el diseño del estudio.

Con respecto a estudios empíricos, se encuentra uno en el que se evaluó si la calidad de vida de las mujeres que se encuentran en la menopausia puede considerarse óptima o pobre, como es el caso del estudio de Suzanne, Kathryn y el WHOQOL Group (2004), el cual incluyó 4802 participantes enfermos y sanos de 15 países, en el que investigaron la relación entre los juicios acerca de diferentes dimensiones de la calidad de vida y la importancia atribuida a ella. A través de él, recolectaron el reporte de la calidad de vida, encontrando una diferencia en ella de acuerdo a sus niveles: pobre u óptima. Los efectos principales del análisis global confirmaron que los reportes exhibían diferencias negativas, en cuanto que reportaban una pobre calidad de vida y también atacaban un alto acuerdo en la importancia de

estas dimensiones. La evidencia de un decremento diferencial a través de los cuatro grupos (del pobre al óptimo) fue confirmado por la mayoría de las facetas. Sin embargo, el nivel de análisis comparó grupos con diferentes niveles de calidad de vida, lo cual mostró que sólo cinco facetas se distinguieron por demostrar pobre calidad de vida. Asimismo encontraron que los individuos tenían diferentes prioridades acerca de la importancia que le daban a distintas dimensiones de la calidad de vida y esta diferencia en la importancia que le dan los individuos resultó lo más interesante del estudio. Se encontró una gran y negativa diferencia en la importancia que se le dio a los aspectos asociados a una baja calidad de vida. Además las aspiraciones para una buena calidad de vida no estuvieron en función de las metas de la gente, sus expectativas y estándares, a diferencia de lo que se ha pensado dentro de la literatura de la calidad de vida. Los indicadores para una pobre calidad de vida fueron un decremento en la movilidad, menos actividades sociales y una disminución en los recursos económicos, todo lo cual incrementaba sentimientos negativos como son la depresión y la ansiedad, lo cual a su vez disminuía la capacidad para trabajar. Otras posibles dimensiones y eventos que deben ser reconocidas como importantes para que ocurran problemas en la salud son el dolor y trastornos del sueño que específicamente estudian la influencia de intervenciones quirúrgicas.

En otro sentido, se investigó la influencia de intervenciones quirúrgicas sobre la calidad de vida, para lo que García y Sobrado (2000) se encargaron de señalar que en la menopausia artificial los síntomas suelen ser más intensos, tempranos y se expresan de manera más crítica debido a la ausencia de adaptación biológica del organismo. Por lo que si se estudia el impacto de la menopausia en la mujer es imprescindible distinguir no solo aquellos síntomas neurovegetativos y genitourinarios asociados al déficit estrogénico, sino también la configuración de su personalidad que se ha estructurado y consolidado a lo largo de la vida, y que se enfrenta a una nueva situación que implica por tanto readaptaciones psicológicas. Asimismo resaltan que la calidad de vida de la mujer con menopausia quirúrgica se afecta mucho más de las que presentan menopausia natural y esta situación es más crítica cuando la castración es precoz. Por lo que el insuficiente conocimiento acerca de los síntomas, su frecuencia y criticidad y otros impactos sobre los procesos psicobiológicos ocasionados por la castración quirúrgica, condujeron a dirigir su trabajo hacia la identificación de sus consecuencias en la calidad de vida de la mujer. Para tal efecto encuestaron 85 pacientes menopáusicas. Conformaron 2 grupos: 50 pacientes castradas quirúrgicamente y 35 pacientes

con menopausia natural. En ambos grupos se obtuvieron datos sociodemográficos, características de la menopausia, síntomas referidos, tiempo de aparición de los síntomas poscastración quirúrgica y causas que motivaron la castración. De ambos grupos seleccionaron 35 pacientes, 12 con menopausia natural y 23 con menopausia quirúrgica a las que se les realizó una entrevista y se les aplicaron 3 pruebas psicológicas: un inventario de ansiedad-rasgo-estado, mediante el cual se registraron los niveles de ansiedad situacional y personal, un *test* de frases incompletas (*Rotter*) para explorar los conflictos que tiene la paciente y en qué áreas están concentrados los problemas fundamentales (área familiar, laboral, sexual, personal y de relación) y 2 composiciones con los títulos "¿cómo soy?" y "¿cómo quisiera ser?", para constatar el desarrollo de su autoestima y la conformidad o no con su autovaloración. Se procesaron todos los datos obteniéndose los siguientes resultados. Los síntomas que fueron más referidos fueron más incidentes en el grupo de castradas, los bochornos (90 %), la sudación (78 %), la ansiedad (50 %) y el insomnio (48 %). Los síntomas biológicos solamente en el grupo de pacientes a las que se le realizó el estudio psicológico, siguen siendo los síntomas vasomotores más incidentes en las pacientes castradas; sin embargo, la sequedad vaginal representó el doble en las pacientes con menopausia natural en relación con el grupo de castradas. Para el grupo de pacientes en que se realizó el estudio psicológico, el 17 % de las pacientes con menopausia natural tuvieron un nivel alto de ansiedad estado, el 75 % un nivel medio y el 8 % un nivel bajo. Sin embargo, al relacionar el nivel de ansiedad en el grupo de pacientes castradas se puede ver que en éstas hay un predominio del nivel alto de ansiedad estado, es decir, que para el 74 % esta nueva situación se percibe como amenazante o dañina. En ambos grupos la ansiedad como rasgo fue alta. En el grupo de estudio psicológico, otros síntomas de esta esfera se incrementan en el grupo de pacientes castradas. También se logró apreciar que tanto las pacientes con menopausia natural como quirúrgica mostraron dañada su autoestima. Incluso la evaluación de sí misma se halló más deteriorada en mujeres con menopausia natural. Como conclusión resaltaron que es significativa la diferencia entre los niveles de ansiedad situacional en ambos grupos, predominando los niveles altos en las pacientes castradas, aclarando que en este caso en particular consideraron que la ansiedad sea más intensa en las mujeres con menopausia quirúrgica debido al desconocimiento sobre los cambios que se presentan después de la castración y que muchas de ellas se sienten frustradas porque aún jóvenes han perdido su capacidad reproductiva sin haber creado una familia. Mientras que en los casos de menopausia espontánea aunque no existe un dominio real del síndrome, sí de alguna manera

se tienen nociones de los cambios porque la mayoría comprende que por edad cronológica se enfrentan a una etapa inevitable de su desarrollo como seres humanos. Además de que en la presente muestra, las mujeres con menopausia natural mostraron un porcentaje más alto en cuanto a la disminución del deseo sexual. Por último, en un porcentaje considerable el grupo de mujeres estudiadas reflejó daño en la autoestima, ellas perciben que sus capacidades han disminuido, que existe un deterioro de autoimagen en términos de cualidades de personalidad; por ejemplo: indecisas, desconfiadas de sus posibilidades, dependientes, expresan sentimientos de pérdida no solo de lo externo (físico), sino también de lo interno, que se evidencia en algunas expresiones como, "soy un desastre como persona, incapaz de enfrentar situaciones u obstáculos", "pienso que no sirvo como mujer porque he perdido todo en el orden sexual

Dentro de la misma línea, Rowe, Kanouse, Mittman y Bernstein (1999) evaluaron la calidad de vida después de una histerectomía. Estos señalan que los desórdenes psiquiátricos, las funciones sexuales, el sangrado, el dolor, la fatiga, la percepción de la salud y la interferencia de los síntomas en las actividades de la vida diaria son aspectos importantes de la calidad de vida en las mujeres después de una histerectomía. Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados sólo han evaluado una de todas las áreas mencionadas, lo que trae consigo serias limitaciones. Su objetivo fue el de evaluar la relación entre las condiciones ginecológicas y la calidad de vida en mujeres después de una histerectomía. Para ello participaron 482 mujeres quienes habían tenido una histerectomía. Los síntomas y la calidad de vida después de una histerectomía fueron explorados mediante una entrevista telefónica, misma que consistía en 44 preguntas que abarcaban datos demográficos, síntomas que experimentaban tres meses después de la cirugía, calidad de vida y participación en las decisiones y condiciones del tratamiento ginecológico. La mayoría de las preguntas estuvieron basadas en un estudio de Kjerulff y del Medical Outcomes Study Short. Las mujeres fueron colocadas en 4 grupos de acuerdo a sus síntomas: dolor, sangrado, incomodidad pélvica y un grupo asintomático, los que fueron comparados con la escala de calidad de vida. Los resultados demostraron que el grupo de dolor reportó el promedio de mayor deterioro sexual, deterioro del humor, una peor percepción de la salud en general en comparación con el grupo de sangrado, incomodidad pélvica y condiciones asintomáticas. Llegando a la conclusión de que la calidad de vida se ve afectada por las condiciones ginecológicas.

Para el caso de la medición de los cambios físicos y psicológicos dependiendo del status de la menopausia perimenopausia, menopausia o postmenopausia están:

Mischra, Brown y Dobson (2003) señalan que el objetivo de su investigación fue el de medir los cambios físicos y mentales en tres grupos de mujeres que se encontraban en la perimenopausia (Grupo 1) y en la menopausia (Grupo 2) y además estaban sometidas a terapia de reemplazo hormonal. Fue un estudio longitudinal que abarcó dos años de seguimiento. En el mismo participaron 6633 mujeres con edades entre 45-50 años. Para medir la calidad de vida utilizaron el SF-36, el cual registra ocho dimensiones, entre las que se encuentran estilo de vida, factores demográficos y conductuales. Los resultados demostraron que las que registraron mejor estado de salud o bienestar fueron las mujeres premenopáusicas. En las mujeres que se encontraban en la perimenopausia mostraron una declinación en cuanto al funcionamiento y rol físico. Lo que a los autores los lleva a concluir que los aspectos físicos de la salud en general y el bienestar declinan durante la transición a la menopausia.

Hardy y Kuh (2002) investigaron el reporte de la asociación entre los cambios en la menopausia y los cambios en los síntomas vasomotores y psicológicos, así como compararon los efectos de los cambios en el status de la menopausia con los eventos de la vida y sus dificultades. Los reportes de los síntomas de salud, el status de menopausia y los eventos de vida y dificultades fueron recolectados en un estudio prospectivo en 1572 mujeres inglesas, las cuales contaban con una edad de 47 a 52 años.

En cuanto a los síntomas vasomotores encontraron una fuerte conexión entre los cambios del status de la menopausia y un incremento en la existencia de bienes en las mujeres en la menopausia. Los síntomas psicológicos mostraron una fuerte asociación con eventos y dificultades, particularmente con las experiencias familiares. Observaron un incremento en los síntomas de las mujeres premenopáusicas y perimenopáusicas que habían iniciado una terapia de reemplazo hormonal. Aseveran que estos efectos no fueron modificados por factores psicológicos, sociales o conductuales previos. Por lo que concluyen los síntomas vasomotores son dependientes de los cambios de niveles hormonales durante la menopausia pero los síntomas psicológicos no lo son.

En tanto, Fah, Wang, Lee, Lu y Juang (2003) advierten que aunque parece razonable que la experiencia de algunas mujeres involucra cambios en la calidad de vida durante el periodo

de la menopausia, son pocas las investigaciones que han cuantificado estos cambios. Para lograr realizar esto, en un total de 1457 mujeres, con edades entre 45-54 años que viven en la isla de Kinmen fueron reclutadas para la investigación. Sin embargo, las mujeres que utilizaban Terapia de reemplazo hormonal o que tenían menopausia quirúrgica fueron excluidas. Las comparaciones entre las mujeres pre y postmenopáusicas, demostraron una diferencia estadísticamente significativa entre las limitaciones de sus roles con respecto a cómo se enfrentaban a problemas físicos y emocionales, ajustes a la edad, nivel educativo, masa corporal y enfermedad crónica. Así como también, encontraron una fuerte asociación entre los síntomas menopáusicos y las características del síndrome premenstrual revisado en la literatura. Las mujeres con síntoma de perimenopausia tuvieron un registro significativamente más bajo en todas las dimensiones del SF-36. Por lo que señalan que el análisis de los resultados demostró en general que la calidad de vida fue peor en las mujeres perimenopáusicas que en las postmenopáusicas.

Avis, Assman, Kravitz, Ganz y Ory (2004) examinaron cómo el status de menopausia se asocia a la calidad de vida global en mujeres con una edad de 40-55 años, pero ésta vez con la variable de la relación con la raza/etnicidad. Los análisis estuvieron basados en 874 mujeres que participaron en un estudio multi-étnico o multi-racial, en el que las mujeres de la mediana edad respondieron el Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Las participantes lo completaron por teléfono en 15 minutos o en persona, la entrevista contenía preguntas que abarcaban una variedad de tópicos de salud. Los ítems de interés para este análisis incluyeron: calidad de vida global, historia menstrual (una valoración del status menopáusico), datos sociodemográficos, status de salud, estilo de vida y variables psicosociales.

Los resultados mostraron un análisis desajustado, es decir, las mujeres con una perimenopausia temprana reportaron una baja calidad de vida comparadas con las mujeres premenopáusicas, pero el status menopáusico no ha estado largamente asociado con la calidad de vida cuando el análisis ha sido ajustado a otras variables. En los modelos multivariados, se encontraron bajos niveles de percepción de estrés asociado con mejor calidad de vida a través de todos los grupos raciales/étnicos. Se hallaron algunas consistencias a través de los grupos raciales/étnicos, así como una variedad en la naturaleza de estas

asociaciones entre la calidad de vida y educación, status marital, percepción de estrés y soporte social.

Señalan que las investigaciones con indicadores sociales utilizan medidas de bienestar psicológico, bienestar subjetivo y satisfacción de vida y que algunos estudios se dedican específicamente a medir la calidad de vida durante la edad media. Asimismo se ha considerado que la menopausia tiene un impacto negativo en la calidad de vida y por ello varios estudios tienen la visión de centrarse en los síntomas negativos de la menopausia. Pero otros abordan la valoración del bienestar y todas están basadas en muestras de mujeres caucásicas.

En este sentido, resulta interesante incluir en el presente apartado un estudio llevado a cabo por Deeks y McCabeg (2004), dado que la mayoría de los estudios han investigado los aspectos negativos durante la transición a la menopausia. Sin embargo, estos autores intentaron buscar la manera de entender los aspectos positivos en las mujeres menopáusicas como es el bienestar. Dicha investigación reportó dos estudios, los cuales investigaron cómo son los sentimientos acerca del propósito de vida, la auto-aceptación y el rol social en la menopausia. En el estudio Uno, 304 mujeres completaron cuestionarios estructurados que incluyen preguntas referentes a los datos demográficos y dos subescalas del Inventario Psicológico del Bienestar; propósitos en la vida y auto-aceptación. En el estudio Dos, 203 participantes del estudio Uno retornaron un cuestionario estructurado que abarcaba el propósito en la vida y rol social. En el estudio Uno encontraron que los efectos del grupo de edad y grupo menopáusicos no se pudieron separar: todas las mujeres se mostraron positivas con respecto a las medidas de bienestar en el futuro a comparación del pasado y el presente. El estudio Dos encontró que las mujeres que se hallaban en la perimenopausia y postmenopausia no tenían sentimientos positivos acerca de sus roles en la vida a comparación de las mujeres premenopáusicas, independientemente de la edad.

Lo que lleva a concluir que, la introducción de cogniciones positivas, neutrales y negativas asume que la menopausia no es necesariamente una experiencia negativa, como ya se señaló, aunque en las mujeres que se encuentran en la menopausia el rol y los propósitos en la vida cambian. Esto es importante para entender e incorporar los aspectos psicosociales en la vida de las mujeres.

Por ello, conocer de una manera adecuada los cambios psicobiológicos y su repercusión social permite considerar el climaterio como una época que conjuga la evolución de los cambios biológicos, la respuesta orgánica y una interacción social. Sin embargo, es necesario contemplarlo de manera integral ya que, al no poder establecerse límites precisos, debemos verlo como un conjunto de acontecimientos que inicia en la época previa al desencadenamiento del climaterio.

2.5 Construcción de escalas para la evaluación de la Calidad de Vida

Consideramos que un caso aparte lo merecen la construcción de escalas para la valoración de la calidad de vida, debido a que el número de éstas ha proliferado y se ha intentado mediante éstas medirla de manera más eficaz. Además, la medición de la calidad de vida puede ser útil para diseñar un tratamiento médico, o como indicador del status de salud.

La complejidad del concepto de calidad de vida es importante en el estudio de la menopausia. Una de las decisiones básicas en la investigación es encontrar qué medida se va a utilizar, si se desea conocer acerca de la calidad de vida global o si se investigarán aspectos específicos y particulares de la enfermedad o condición. Las escalas comúnmente asumen que la mayoría de los síntomas están presentes de forma severa, lo cual afectará por consiguiente la calidad de vida y ésta se definirá como baja.

Un comentario en este sentido es pertinente, ya que, la menopausia no es una enfermedad, sino una condición que afecta universalmente o por lo menos a más de la mitad de la población. Ya que la presencia universal de los síntomas no es un requerimiento para toda la humanidad, sino que existe la posibilidad de que los síntomas se asocien con un periodo de tiempo en la vida de las mujeres y estos síntomas pueden ser usados como reflejo de una condición específica, la cual puede tener influencia sobre la calidad de vida.

La mayor parte de las mediciones genéricas de la calidad de vida abarcan varios dominios, como ya lo indiqué en el apartado de instrumentos de medición. Es importante reconocer que la adopción de ciertas mediciones de la calidad de vida dependerá del modelo de calidad de vida que se esté aceptando, lo que a su vez influenciará la construcción de la escala en

particular. Estos aspectos de selección de medida hacen complicado el desarrollo ya que no siempre los modelos son explícitos.

Tomando estas consideraciones, ¿cuáles medidas son accesibles para medir la calidad de vida de las mujeres en la etapa de la menopausia? Está claro que la mayor parte de las mediciones genéricas de la calidad de vida deberían ser apropiadas, pero no en todos los casos éstas pueden considerarse confiables, por lo que varios autores optaron por construir sus propias escalas.

Skevington, Lotfy y O'Connel (2004) plantean que la valoración de la calidad de vida (QOL) mediante el cuestionario **WHOQOL-BREF** es fácilmente administrable, además de que no impone una carga al respondiente y no es necesario usar un largo registro epidemiológico ni pruebas clínicas. Y se pueden utilizar los datos del WHOQOL-BREF como prueba de campo. Los objetivos del estudio fueron examinar la ejecución del WHOQOL-BREF e integrarlo como instrumento, y probar las propiedades psicométricas. El WHOQOL-BREF es una versión de 26 ítems que deriva de la valoración WHOQOL-100. Estas propiedades psicométricas son analizadas en un estudio transversal obtenidas de un registro aplicado a adultos de 23 países del mundo, mismos que abarcan diversas culturas y diferentes niveles de desarrollo socioeconómico. Dichos países fueron: Argentina, Australia, Brasil, Bulgaria, China, Croacia, Alemania, Grecia, Hungría, Israel, Italia, India, Madras y Nueva Delhi, Japón, Malasia, Noruega, Nigeria, Holanda, Rumania, Rusia, España, Turquía, Inglaterra y Estados Unidos.

La muestra (n=11,830) estuvo formada por una población de respondientes enfermos y sanos, los respondientes sanos venían de hospitales, clínicas de rehabilitación y cuidados primarios, los pacientes con desórdenes físicos y mentales tenían importantes variables sociodemográficas. El WHOQOL-BREF puede ser autoadministrado, incluye preguntas acerca de datos sociodemográficos y status de salud. Los análisis de consistencia interna incluyen una correlación ítem total y una validez de constructo, lo cual indica que el WHOQOL-BREF tiene excelentes propiedades psicométricas y confiabilidad (para la salud física 0.82, psicológica 0.81, ambiente 0.80 y relaciones sociales 0.68). Estos resultados demuestran que el WHOQOL-BREF es una valoración válida transcultural de calidad de vida en cuatro campos: físico, psicológico, social y del medio ambiente.

Marquis, Cialdella y Loge (2001) tomaron como punto principal la osteoporosis en la postmenopausia, por lo que establecen que ésta es una seria consecuencia en la salud, lo que afecta la calidad de vida, puesto que causa dolor y fracturas, lo que a su vez limita seriamente las actividades normales. Para lo cual diseñaron el cuestionario de la calidad de vida en la osteoporosis (QUALIOST), mismo que es autoadministrable y consiste en 23 preguntas que se complementan con el SF-36, todas las preguntas evalúan las repercusiones de la osteoporosis en la postmenopausia en la calidad de vida. El QUALIOST fue desarrollado simultáneamente en Francia e Inglaterra. La validación del estudio en Francia incluyó 140 mujeres con osteoporosis durante la postmenopausia, con alguna fractura vertebral causada por la osteoporosis. Las pacientes completaron el SF-36 y el QUALIOST, con siete días de diferencia entre ellos. El análisis factorial reveló un componente físico y otro emocional. Las tres medidas que fueron calculadas son las siguientes: repercusiones físicas (10 ítems), repercusiones emocionales (13 ítems) y medidas globales (23 ítems). La confiabilidad todo el tiempo fue excelente. La validez concurrente en el SF-36 en el área física y mental fue satisfactoria. Un deterioro en el estado clínico, una medida de severidad del dolor y la admisión en el hospital incrementaron su repercusión en la calidad de vida para las tres medidas, las cuales demostraron la validez clínica del cuestionario.

Ahora, comenzaremos por reseñar el proceso de construcción de algunos de los instrumentos que al igual evalúan la calidad de vida.

Hunter y O'Dea (2001) describen el desarrollo del MRQ, basado en Leventhol's self-regulation model, las muestras del rango de las cogniciones acerca de la menopausia, incluyeron la identidad, las consecuencias, estado y percepción de control y cura. Los ítems derivan de un estudio de entrevistas cualitativas hechas a 45 mujeres con edades de 49-51 años. El MRQ fue aplicado a una muestra de 80 mujeres con edades entre 49-56 años. Encontrando que cuenta con una razonable consistencia interna y confiabilidad test-retest y validez concurrente.

Llevaron a cabo dos fases:

Un estudio piloto que abarcaba entrevistas semi-estructuradas, que exploraban los cinco componentes de la enfermedad

Esta información cualitativa fue usada para hacer el MRQ.

Participaron 45 mujeres con edades de 49-51 años.

Aplicaron entrevistas semi-estructuradas con una duración de 20-40 minutos.

Abarcaban preguntas acerca de la satisfacción de vida de las mujeres en general y salud en orden de estructura acerca de preguntas de menopausia en un contexto de sus vidas.

De dichas entrevistas se encontraron los siguientes componentes:

Desarrollo del MRQ

La versión final incluyó 37 ítems en total.

El MRQ fue piloteado con 5 mujeres que lo completaron.

189 mujeres lo completaron en total.

Concluyó que el hecho de que se incluyeran cogniciones positivas, neutrales y negativas significa que la menopausia no es necesariamente una experiencia negativa. Los resultados sugieren que las cogniciones están asociadas con un humor deprimido, los reportes de problemas menstruales son asociados con valoraciones de la menopausia con consecuencias altamente negativas. Estudios o investigaciones futuras pueden abordar la posible asociación entre las cogniciones, la petición de ayuda y el uso de servicios médicos.

Por su lado, Hunter (2000) desarrolló el WHQ, el cual es un cuestionario confiable y tiene una razonable validez concurrente y es sensible para detectar cambios. Éste evalúa estudios con terapia de reemplazo hormonal y estudios en los que no están en tratamiento médico. El WHQ es utilizado comúnmente en estudios de Europa y Norteamérica. Ha sido traducido en varios idiomas europeos. Sus aplicaciones incluyen la evaluación de la salud en intervenciones educacionales, la evaluación prospectiva de terapias de reemplazo hormonal y comparaciones psicométricas y culturales en diferentes países europeos.

El WHQ está desarrollado para medir a las mujeres de mediana edad en relación a las percepciones de la frecuencia de los síntomas físicos y emocionales. El WHQ está diseñado para valorar las percepciones de los síntomas durante la menopausia y la transición a la postmenopausia, en respuesta a la carencia de instrumentos confiables y estandarizados para este grupo de edad.

Este cuestionario no mide la presencia de enfermedades específicas o el impacto de los problemas de salud sobre el funcionamiento y por la existencia de cuestionarios de salud que no tratan acerca de la naturaleza de síntomas menopáusicos. Estos pueden ser usados en parte para medir la valoración de la calidad de vida y la evaluación de las intervenciones y estrategias preventivas para las mujeres de mediana edad.

En cuanto al desarrollo del WHQ se puede decir que los ítems reflejan el estado de humor, sensaciones físicas, la sequedad vaginal, el interés y satisfacción sexual, síntomas vasomotores y menstruales, los problemas para dormir bien, cansancio, cefaleas y vértigos. Los ítems de humor fueron sacados de Leed's Scales para la depresión y ansiedad porque fueron desarrollados para valorar el humor en general de muestras de población, pero los datos normativos para las mujeres mayores no son confiables.

El estudio piloto tenía 36 ítems.

Cuatro escalas para reflejar la frecuencia (tipo Likert):

Sí, definitivamente.

Sí, a veces.

No, no mucho.

No, nunca.

El tiempo de estructura abarcó el escoger algunos días pasados para elicitación de los síntomas y estados de humor. Los ítems se contestaban como positivamente y negativamente. Quedaron 30 ítems para la última versión. Cuenta con validez concurrente y puede ser utilizado para evaluar la ayuda del HRT. El WHQ puede ser usado en estudios transversales y prospectivos.

Por último, Buendía, Rodríguez, Yubero y Martínez (2001) estimaron la validez y confiabilidad de un cuestionario para medir la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas, en el que participaron 203 mujeres menopáusicas de 44 a 66 años. Tomando como punto de partida el estado del conocimiento clínico acerca de los síntomas y de las actitudes relacionadas con la menopausia, y tras el análisis de diferentes cuestionarios (The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire, Inventario de calidad de Vida, Cuestionario de Salud General de Goldberg, Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton, The Perceived Stress Scale, versión española del Beck Depression Inventory, Depression

Adjective Checklist, Escala Autoaplicada para la Evaluación de la Depresión de Zung y Conde, The General Well-Being Schedule), elaboraron un primer borrador con 213 ítems estructurados como una escala aditiva tipo Likert con cuatro dimensiones (salud física, salud psíquica, relaciones de pareja y soporte social).

El resultado final fue un cuestionario compuesto por 37 ítems distribuidos en 5 dimensiones: salud física (10), salud mental (9), relaciones sexuales (4), relaciones de pareja (4) y soporte social (10).

Concluyendo que su cuestionario es el primer instrumento en lengua castellana específico para evaluar la calidad de vida en la mujer menopáusica. Dado el escaso número de ítems de que se compone, y su facilidad y rapidez de administración, puede ser un instrumento valioso para utilizarlo tanto en la clínica de atención primaria como en estudios epidemiológicos poblacionales, y como medida de resultados en ensayos clínicos para valorar la eficacia de intervenciones terapéuticas en la menopausia. La validación de un cuestionario de este tipo es un largo proceso que se inicia con la selección de ítems, la estructuración de las dimensiones de los mismos y la verificación de esta estructura mediante el análisis factorial.

A partir de los estudios anteriormente señalados, se puede decir que lo más evidente es hallar que ciertamente la calidad de vida de las mujeres se ve disminuida debido a todos los factores que son comunes de encontrar en la menopausia como pueden ser los trastornos físicos, psicológicos y los factores socioculturales.

Sin embargo, cabe señalar que no se sabe cuál es la situación en México, ya que los estudios han sido realizados en otros países como Francia, Inglaterra, España, Australia, Cuba o Asia, lo cual muestra que existe una necesidad por llevar a cabo investigaciones en nuestro país que sean válidas y confiables para las características de la población mexicana, las cuales no sólo proporcionen un panorama más amplio del impacto de lo que esta etapa tiene sobre la calidad de vida, sino también para que sirvan como un indicador para la formulación de programas dirigidos a atender las necesidades propias de dicha etapa.

Por lo tanto, ya que se parte del supuesto de que existe afectación en la calidad de vida, entonces el objetivo general del presente trabajo es:

1. Determinar la relación existente entre la sintomatología física y psicológica de la menopausia con la calidad de vida en mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas.

Mientras que los objetivos específicos serán:

2. Determinar las áreas de la calidad de vida (salud física, salud psicológica, nivel de independencia y relaciones sociales) que se ven más afectadas debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales en mujeres que se encuentran en la premenopausia, perimenopausia, menopausia y postmenopausia.
3. Elaborar un instrumento que evalúe la sintomatología física y psicológica y la calidad de vida en la premenopausia, perimenopausia, menopausia y postmenopausia, así como la determinación de su confiabilidad y validez.

El presente trabajo partirá de las siguientes **hipótesis:**

- Si la cantidad de quejas somáticas asociadas a la menopausia es alto, entonces se reportará un nivel bajo en la calidad de vida en mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas.
- Si la cantidad de quejas somáticas asociadas a la menopausia es alto, entonces no se verá afectado el nivel de calidad de vida en mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas menopáusicas y postmenopáusicas.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Participantes

A partir de un muestreo sesgado, seleccionado por disponibilidad en un centro de salud por un periodo de tiempo intercalado hasta completar la muestra, participaron un total de 180 mujeres con edades comprendidas entre los 45 y los 55 años de edad, pertenecientes a clase media baja y baja.

60 fueron parte de una prueba piloto para determinar la confiabilidad y validez de dos instrumentos, el primero evaluaba la historia ginecológica y reproductiva, así como la sintomatología física y psicológica en la menopausia y el segundo la calidad de vida. Las 120 participantes restantes respondieron las versiones finales de los instrumentos y de las cuales presentamos la información.

La muestra estuvo constituida por cuatro grupos: el grupo de mujeres premenopáusicas fue de $n=38$, el grupo de mujeres perimenopáusicas fue de $n=13$, el grupo de mujeres menopáusicas de $n=11$ y el grupo de mujeres postmenopáusicas de $n=58$.

Características sociodemográficas:

Edad

El intervalo de edad fue de 45 a 55 años de edad. El 64% ($n=77$) de las participantes se encontraban entre los 45-50 años de edad. Mientras que el 36% ($n=43$) se encontraban entre los 51-55 años de edad (ver tabla 1).

Estado civil

El 69.2% ($n=83$) de las participantes eran casadas, el 12% ($n=15$) solteras y el 7.5% ($n=9$) viudas (ver tabla 1).

Ocupación

El 75.8% (n=91) de las participantes se dedicaban al hogar, el 6.7% (n=8) eran empleadas generales, el 5.8% se dedicaban a la docencia y 5% (n=6) al comercio (ver tabla 1).

Nivel de estudios

El 28.3% (n=34) contaban con la primaria concluida, el 20.8% (n=25) con la primaria inconclusa y el 15% (n=18) con la secundaria concluida (ver tabla 1).

Tipo de enfermedad crónica

El 61.7% (n=74) no tenían ningún tipo de enfermedad crónica y el 38.3% sí la padecían. De la población que sí contaba con ella, el 12.5% (n=15) tenían hipertensión, el 10.8% (n=13) diabetes, el 4.2% (n=5) gastritis-colitis y el 2.5% (n=3) osteoporosis (ver tabla 1).

Historia gineco-obstétrica y reproductiva:

Primera relación sexual

El 15.5% (n=19) de las participantes informaron haber iniciado su vida sexual a los 22 años, el 12.55% (n=15) a los 18 años y el 10.8% (n=13) a los 19 años (ver tabla 2).

Número de embarazos

El 19.2% (n=23) tuvieron cuatro embarazos, el 17.5% (n=21) tres embarazos y el 13.3% (n=16) dos embarazos. De las cuales, 19.2% (n=23) tuvieron cuatro partos, 17.5% (n=21) tres partos y 13.3% dos partos. Al 21.7% (n=26) les fue practicada una cesárea, al 10.8% (13) dos cesáreas y 6.7% (n=8) tres cesáreas. Mientras que el 13.3% (n=16) de la muestra tuvieron un aborto y el 2.5% (n=3) dos abortos (ver tabla 2).

Enfermedades e intervenciones gineco-obstétricas:

Enfermedad de tipo ginecológica

El 65.8% (n=79) no había padecido ninguna enfermedad de tipo ginecológica. El 22.5% (n=27) reportó haber padecido miomas, el 5.8% (n=7) quistes y el 4.2% (n=5) alteración de la estática pélvica (ver tabla 3).

Intervención quirúrgica

El 45.8% (n=55) no había sido intervenida quirúrgicamente. Al 30.8% (n=37) les habían practicado la salpingoclasia, al 18.3% (n=22) una histerectomía y al 3.3% (n=4) un levantamiento de vejiga (ver tabla 3).

3.2 Materiales

- Instrumentos: Sintomatología física y psicológica en la menopausia.
Calidad de Vida en la menopausia.
- Plumas
- Lápices con goma

3.3 Instrumentos

Se diseñaron dos instrumentos para evaluar la relación existente entre la sintomatología física y psicológica en la menopausia y la calidad de vida.

Cuestionario de Sintomatología física y psicológica en la menopausia. En primer lugar explora los datos sociodemográficos y la historia ginecológica y reproductiva. Posteriormente, evalúa la sintomatología física de la menopausia para lo cual se diseñaron diez reactivos y la sintomatología psicológica de la menopausia para lo que se diseñaron otros diez reactivos. Resultando un instrumento de 20 reactivos. Se diseñó con base en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta en una escala de frecuencia:

Muy frecuentemente (5), frecuentemente (4), ocasionalmente (3), casi nunca (2) y nunca (1).

Confiabilidad

La confiabilidad se determinó mediante el Coeficiente de Confiabilidad de Cronbach, obteniendo un $\alpha=.8992$.

Análisis factorial

De los 20 ítems que conforman este primer instrumento (Sintomatología física y psicológica) se obtuvieron cinco factores, los cuales explican el 65.30% de la varianza.

Factor 1. Lo componen ocho ítems (11, 12, 13, 14, 15, 16, 19 y 20), los cuales explican el 36.22% de la varianza. El presente factor denota la sensación de aprehensión e inquietud en el estado psicológico que presentan las participantes.

Factor 2. Lo componen cinco ítems (1, 2, 8, 9 y 10), los cuales explican el 11.15 % de la varianza. Se puede observar que estos reactivos principalmente muestran la preocupación que tiene la población por sus síntomas somáticos.

Factor 3. Lo componen dos ítems (3 y 4), los cuales explican el 6.73% de la varianza. Dicho factor muestra la presentación de la dispareunia en la muestra.

Factor 4. Lo componen dos ítems (17 y 18), los cuales explican el 6.07% de la varianza. Se refiere principalmente a la sensibilidad psicológica que experimentan las participantes.

Factor 5. Lo componen dos ítems (5 y 6), los cuales explican el 5.74% de la varianza. Describe las alteraciones que puede estar presentando la población en lo que respecta al tracto genitourinario.

Un ítem (el 6) no cayó en ningún factor (ver tabla 5) .

Cuestionario de Calidad de Vida en la menopausia. Se diseñó esta segundo instrumento considerando las áreas incluidas en un texto publicado por el WHOQOL Group (Skevington, Lotfy y O'Connel 2004). Las áreas de calidad de vida que desde el presente trabajo fueron evaluadas comprenden las siguientes:

Para el área de salud física se elaboraron cuatro ítems, para la correspondiente a salud psicológica 13 ítems, para los niveles de independencia tres ítems y para el área de relaciones sociales ocho ítems, integrando un apartado de 28 preguntas para explorar la Calidad de Vida de las mujeres en la menopausia.

El apartado se diseñó con base en una escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta en una escala de frecuencia:

Muy frecuentemente (1), frecuentemente (2), ocasionalmente (3), casi nunca (4) y nunca (5).

Confiabilidad

La confiabilidad se determinó mediante el Coeficiente de Confiabilidad de Cronbach, obteniendo un $\alpha=.8672$.

Análisis factorial

De los 28 ítems que conforman el segundo instrumento (Calidad de Vida) se obtuvieron ocho factores, los cuales explican el 69.77% de la varianza.

Factor 1. Lo componen cinco ítems (22, 23, 26, 27 y 28), los cuales explican el 24.22% de la varianza. Exhibe la apreciación que tiene la población con respecto al tipo de relación de pareja en términos de satisfacción en general y sexualidad.

Factor 2. Lo componen tres ítems (1, 2 y 3), los cuales explican el 14.50% de la varianza. Presenta la percepción que tiene la población con respecto a su salud física relacionada a su estado de cansancio y fatiga.

Factor 3. Lo componen cinco ítems (17, 18, 19 y 20), los cuales explican el 7.19 % de la varianza. Muestra la dificultad y/o facilidad que tiene la población para las diferentes funciones del procesamiento de la información, como son la memoria y concentración.

Factor 4. Lo componen dos ítems (12 y 13), los cuales explican el 6.04% de la varianza. A través de éste podemos observar los sentimientos positivos que tiene la población con respecto a la fase de vida en que se encuentran, lo cual si bien se puede referir a una valoración general probablemente también englobaría una evaluación positiva hacia la menopausia.

Factor 5. Lo componen cinco ítems (8, 9, 10, 24 y 25), los cuales explican el 5.06% de la varianza. Muestra la percepción que tiene la población acerca de la calidad de sus relaciones familiares y sociales, lo cual se refleja en una valoración positiva de sus actividades.

Factor 6. Lo componen dos ítems (4 y 5), los cuales explican el 4.75% de la varianza. Expone la consideración que hace la población con respecto a su calidad de salud física en términos de su sueño y descanso.

Factor 7. Lo componen dos ítems (11 y 15), los cuales explican el 4.19% de la varianza. Por medio del presente factor podemos ver el impacto que tuvo la menopausia sobre las participantes.

Factor 8. Sentimientos negativos. Lo componen dos ítems (6 y 16) los cuales explican el 3.78% de la varianza. Se puede observar por medio de los presentes reactivos los sentimientos negativos que tienen las participantes acerca del periodo de vida, principalmente acerca de sí mismas en términos de confianza e interés.

Tres de los ítems no cayeron en ningún factor (9, 14 y 21). El ítem 9 se refiere a los problemas que puedan tener con la familia y los ítems 14 y 21 versan sobre la autoimagen. Lo que comparten en común dichos reactivos es el tipo de redacción con el que fueron contruidos ya que a nuestra consideración fue muy directa, lo que probablemente influyó para que no formaran parte de ningún factor (ver tabla 6).

3.4 Situación

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en la sala de Consulta Externa del Hospital General de Naucalpan Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda, en la cual habían ventanas grandes, las cuales otorgaban una iluminación adecuada al lugar, además de contar con una cantidad razonable de asientos para el público que asiste a consulta.

3.5 Procedimiento

La presente investigación se caracteriza como Cuasi experimental con un diseño expost-facto, en donde se miden las variables después de la ocurrencia de la variable independiente.

El instrumento se aplicó en la sala de Consulta Externa del Hospital General de Naucalpan Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda, en el que el jefe de Enseñanza e Investigación proporcionó la autorización para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios. En dicha institución, se aplicó el cuestionario a cada una de las participantes en forma individual.

Una vez que se ubicaba a una mujer que cumplía con el criterio de edad (45 a 55 años de edad), el entrevistador se le acercaba y le explicaba que se encontraba aplicando un instrumento que evaluaba la Sintomatología física y psicológica en la menopausia y algunos aspectos relacionados con la calidad de vida, por lo que se requería de su cooperación para que lo contestara. En caso de que la mujer aceptara, en primer lugar se le señalaba que la información era completamente confidencial y que sólo sería utilizada con fines de investigación, posteriormente se le preguntaba la edad y si no contaba con la edad requerida, se le daban las gracias y se retiraba, si ésta cumplía con la edad señalada, entonces se procedía

a la aplicación del instrumento. Al terminar se le pedían sus dudas y comentarios y por último se le agradecía su participación.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Al terminar el proceso de recopilación de datos, se procedió a la captura y análisis de la información, para lo cual se utilizó el programa SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales en su versión para Windows) en donde los datos fueron procesados para obtener medidas de tendencia central principalmente la media, las frecuencias y porcentajes.

A continuación se presentarán los promedios de respuesta de queja somática y psicológica, además de los promedios de calidad de vida de acuerdo a cada grupo de etapa menopáusica. (Ver figura 1)

El grupo menopáusico fue el que tuvo mayor nivel de queja somática (media=25), le sigue el perimenopáusico ($X=22.46$), el postmenopáusico ($X=22$) y el premenopáusico ($X=15.71$).

Siendo el grupo postmenopáusico ($X=28$), seguido por el menopáusico ($X=27.18$), perimenopáusico ($X=25.84$) y premenopáusico ($X=24.63$) en orden descendente los que presentaron mayor queja psicológica

En tanto que, en la calidad de vida el grupo perimenopáusico ($X=92$) se ubica como el de menor calidad de vida, consecutivamente encontramos al postmenopáusico ($X=96$), menopáusico ($X=100$) y premenopáusico ($X=101.50$).

Lo que significa que el grupo menopáusico fue el grupo que alcanzó mayores niveles de padecimiento de síntomas físicos, mientras que el premenopáusico fue el grupo que menores índices de tal problemática presentó.

Por su parte, el grupo postmenopáusico es el que ubicamos como el de mayores trastornos psicológicos y nuevamente al premenopáusico como el grupo de menores niveles relacionados a dicha problemática.

En tanto que, el grupo perimenopáusico lo podemos situar como el de menor nivel de calidad de vida y al premenopáusico, por consiguiente como el grupo con una calidad de vida superior al de todos los demás grupos.

Ahora bien, cada grupo de etapa menopáusica presentó los siguientes promedios de respuesta en las subescalas medidas: sintomatología física y psicológica. (Ver tabla 4)

En preocupación somática, el grupo menopáusico presenta la queja más alta ($X=14.81$) y el grupo premenopáusico la más baja ($X=8.60$).

En dispareunia, el grupo postmenopáusico manifestó la queja más alta ($X=3.75$) y el grupo premenopáusico la más baja ($X=2.42$).

En alteración genitourinaria, el grupo menopáusico reportó la queja más alta ($X=4.63$) y el grupo premenopáusico la más baja ($X=2.92$).

En sensación de aprehensión, el grupo postmenopáusico presenta la queja más alta ($X=22$) y grupo premenopáusico la más baja ($X=18.26$).

En sensibilidad, el grupo postmenopáusico reporta la queja más alta ($X=6.65$) y el grupo perimenopáusico la más baja ($X=5.92$).

Por otro lado, cada grupo de etapa menopáusica reportó los promedios de respuesta en el instrumento de calidad de vida, mismos que se describen a continuación. (Ver tabla 5)

En pareja y sexualidad, el grupo menopáusico presentó los mayores niveles de satisfacción ($X=17.90$) y el grupo postmenopáusico, los menores ($X=13.01$).

En cansancio y fatiga, el grupo postmenopáusico manifestó al mayor nivel de queja ($X=12.50$) y el grupo premenopáusico el menor nivel ($X=14.47$).

En memoria y concentración, el grupo postmenopáusico fue el de mayores problemas al respecto ($X=14.87$) y el grupo premenopáusico el de menor problemática ($X=16.63$).

En sentimientos positivos a la etapa de vida, el grupo menopáusico manifestó la mayor presentación de los mismos ($X=7.72$) y el grupo perimenopáusico la menor.

En familia y sociedad, el grupo postmenopáusico reportó la mayor satisfacción ($X=20.05$) y el grupo perimenopáusico la menor ($X=19.38$).

En sueño y descanso, el grupo premenopáusico manifestó el mayor bienestar ($X=7.52$) y el grupo menopáusico el menor ($X=5.63$).

En impacto de la menopausia, el grupo perimenopáusico fue el que más índice presentó ($X=1.05$) y el grupo postmenopáusico el de menor impacto ($X=6.60$).

En sentimientos negativos del periodo de vida, el grupo perimenopáusico fue el de mayor presentación, mientras que el grupo menopáusico fue el de menor presentación.

Ahora pro seguiremos con la descripción de frecuencias de cada grupo de etapa menopáusica en las subescalas de sintomatología física y psicológica :

Sintomatología física

Preocupación somática (Ver figura 2)

Para el grupo premenopáusico encontramos que el 26.3% de las participantes mencionó que nunca se encuentran preocupadas por sus somatizaciones, un 52.7% casi nunca, el 10.5% ocasionalmente, el 10.5% frecuentemente y el 0% muy frecuentemente.

En cuanto al grupo perimenopáusico podemos ver que el 0% reportó que nunca se encuentran preocupadas por sus somatizaciones, el 30.8% casi nunca, el 46.2% ocasionalmente, el 15.4% frecuentemente y el 7.7% muy frecuentemente.

En el grupo menopáusico encontramos que un 0% manifestó nunca encontrarse preocupadas por sus somatizaciones, el 27.3% casi nunca, el 27.3% ocasionalmente, el 36.4% frecuentemente y el 9.1% muy frecuentemente.

En el grupo postmenopáusico hallamos que el 10.3% nunca se encuentran preocupadas por sus somatizaciones, el 29.3% casi nunca, el 24.1% ocasionalmente, el 24% frecuentemente y el 12% muy frecuentemente.

Dispareunia (Ver figura 3)

Para el grupo premenopáusico, podemos ver que el 81.6% de las participantes manifestaron nunca haber presentado dispareunia, el 6.8% casi nunca, el 0% ocasionalmente, el 2.65% frecuentemente y el 0% muy frecuentemente.

En tanto, en el grupo perimenopáusico, el 69.2% de las participantes manifestaron nunca haber presentado dispareunia, el 0% casi nunca, el 30.8% ocasionalmente, el 0% tanto frecuentemente como muy frecuentemente.

En el grupo menopáusico, podemos ver que el 72.7% nunca presentó dispareunia, el 0% casi nunca, el 18.2% ocasionalmente, el 9.1% frecuentemente y el 0% muy frecuentemente.

En cuanto al grupo postmenopáusico, el 65.5% nunca presentó dispareunia, el 6.9% casi nunca, el 10.4% ocasionalmente, el 3.4% frecuentemente y el 13.8% muy frecuentemente.

Alteraciones genitourinarias (Ver figura 4)

Para el grupo premenopáusico, encontramos que el 50% nunca presentó alteraciones genitourinarias, el 44.8% casi nunca, el 5.3% ocasionalmente, el 0% tanto frecuentemente como muy frecuentemente.

En cuanto al grupo perimenopáusico, el 23.1% nunca presentó alteraciones genitourinarias, el 30.% casi nunca, el 23.1% ocasionalmente, el 23.1% frecuentemente y un 0% muy frecuentemente.

En cuanto al grupo menopáusico, el 9.1% reportó nunca haber presentado alteraciones genitourinarias, el 54.6% casi nunca, el 9.1% ocasionalmente, el 18.2% frecuentemente y el 9.1% muy frecuentemente.

Para el grupo postmenopáusico, el 43.1% nunca presentó alteraciones genitourinarias, el 37.9% casi nunca, el 12.1% ocasionalmente, el 5.1% frecuentemente y el 1.7% muy frecuentemente.

Sintomatología psicológica

Sensación de aprehensión (Ver figura 5)

Dentro del grupo premenopáusico, hallamos que el 2.6% expresó nunca haber experimentado el sentirse aprehensivas, el 38.4% casi nunca, el 28.9% ocasionalmente, el 18.4% frecuentemente y el 2.6% muy frecuentemente.

En el grupo perimenopáusico podemos ver que un 0% expresó que nunca han experimentado sentirse aprehensivas, el 30.8% casi nunca, el 46.2% ocasionalmente, el 15.4% frecuentemente y el 7.7% muy frecuentemente.

Para el grupo menopáusico, un 0% expresó nunca haber experimentado sentirse aprehensivas, el 36.4% casi nunca, el 36.4% ocasionalmente, el 19.1% frecuentemente y el 18.2% muy frecuentemente.

En tanto, en el grupo postmenopáusico, el 6.9% expresó que nunca han experimentado sentirse aprehensivas, el 29.3% casi nunca, el 22.2% ocasionalmente, el 20.6% frecuentemente y el 20.5% muy frecuentemente.

Sensibilidad (Ver figura 6)

Para el grupo premenopáusico, el 13.2% mencionó nunca encontrarse sensibles, el 15.8% casi nunca, el 26.3% ocasionalmente, el 18.4% frecuentemente y el 26.3% muy frecuentemente.

Para el grupo perimenopáusico, un 0% mencionó nunca encontrarse sensibles, el 38.5% casi nunca, el 30.8% ocasionalmente, el 15.4% frecuentemente y el 15.4% muy frecuentemente.

En cuanto al grupo menopáusico, un 0% mencionó nunca encontrarse sensibles, el 27.3% casi nunca, el 27.3% ocasionalmente, el 18.2% frecuentemente y el 27.3% muy frecuentemente.

En cuanto al grupo postmenopáusico, el 19% mencionó nunca encontrarse sensibles, el 10.4% casi nunca, el 13.8% ocasionalmente, el 20.7% frecuentemente y el 36.2% muy frecuentemente.

Calidad de Vida

Pareja y sexualidad (Ver figura 7)

En el grupo premenopáusico, un 18.4% no contestó los ítems relacionados a la presente categoría por no tener pareja, en tanto que un 0% manifestó nunca y casi nunca tener una relación satisfactoria con su pareja en términos generales y sexuales, el 7.8% ocasionalmente, el 13.2% frecuentemente y el 60.5% muy frecuentemente.

En cuanto al grupo perimenopáusico, un 15.4% no contestó los reactivos asociados a la presente categoría por no contar con una pareja, por su parte un 0% reportó nunca y casi nunca tener una relación satisfactoria con su pareja en términos generales y sexuales, un 23.1% ocasionalmente, el 30.8% frecuentemente y el 30.8% restante muy frecuentemente.

Para el grupo menopáusico, podemos ver que un 9.1% no tenía pareja, por lo que no completaron los ítems de esta categoría, un 0% consideraron nunca y casi nunca tener una relación satisfactoria con su pareja en términos generales y sexuales, el 9.1% ocasionalmente, el 54.6% frecuentemente y el 27.3% muy frecuentemente.

Para el grupo postmenopáusico, un 19% no contaba con pareja por lo que no contestaron los ítems de a presente categoría, el 6.8% manifestó nunca tener una relación satisfactoria

con su pareja en términos generales y sexuales, el 8.6% casi nunca, el 18.9% ocasionalmente, el 24.1% frecuentemente y el 22.3% muy frecuentemente.

Cansancio y fatiga (Ver figura 8)

Para el grupo premenopáusico, encontramos que en un 44.7% expresó nunca sentirse cansadas y fatigadas, el 23.7% casi nunca, el 13.2% ocasionalmente, el 18.5% frecuentemente y un 0% muy frecuentemente.

Para el grupo perimenopáusico, 23.1% expresó nunca encontrarse cansadas y fatigadas, el 23.1% casi nunca, el 23.1% ocasionalmente, el 30.8% frecuentemente y un 0% muy frecuentemente.

En tanto, para el grupo menopáusico, el 18.2% nunca se encontró cansadas y fatigadas, el 36.4% casi nunca, el 45.5% ocasionalmente y un 0% frecuentemente y muy frecuentemente.

En el grupo postmenopáusico, el 30.9% reportó nunca encontrarse cansadas y fatigadas, el 27.6% casi nunca, el 12% ocasionalmente, el 18.9% frecuentemente y el 10.3% muy frecuentemente.

Memoria y concentración (Ver figura 9)

Para el grupo premenopáusico, el 65.8% nunca tuvo problemas de memoria y concentración, un 15.8% casi nunca, el 10.5% ocasionalmente, el 5.2% frecuentemente y el 2.6% muy frecuentemente.

En tanto, en el grupo perimenopáusico, el 30.8% nunca tuvo problemas de memoria y concentración, el 46.2% casi nunca, el 15.4% ocasionalmente, un 0% frecuentemente y el 7.7% muy frecuentemente.

Para el grupo menopáusico, el 18.2% reportó nunca tener problemas de memoria y concentración, el 36.4 % casi nunca, el 36.4% ocasionalmente y encontramos un 0% para frecuentemente y muy frecuentemente.

Para el grupo postmenopáusico, el 48.3% nunca tuvo problemas de memoria y concentración, el 24% casi nunca, el 6.8% ocasionalmente, el 15.4% frecuentemente y el 5.2% muy frecuentemente.

Sentimientos positivos a la etapa de vida (Ver figura 10)

Para el grupo premenopáusico, el 2.6% mencionó nunca tener sentimientos positivos relacionados a la etapa de vida, el 5.3% casi nunca, el 18.5% ocasionalmente, el 39.5% frecuentemente y el 34.2% muy frecuentemente.

Para el grupo perimenopáusico, un 0% mencionó nunca tener sentimientos positivos relacionados a la etapa de vida, el 15.4% casi nunca, el 15.4% ocasionalmente, el 30.8% frecuentemente y el 38.5% muy frecuentemente.

Para el grupo menopáusico, un 0% mencionó nunca tener sentimientos positivos relacionados a la etapa de vida, el 9.1% casi nunca, el 27.3% ocasionalmente, el 18.2% frecuentemente y el 45.5% muy frecuentemente.

En cuanto al grupo postmenopáusico, el 3.4% reportó nunca tener sentimientos positivos relacionados a la etapa de vida, el 6.9% casi nunca, el 24.1% ocasionalmente, el 25.8% frecuentemente y el 39.6% muy frecuentemente.

Familia y sociedad (Ver figura 11)

Para el grupo premenopáusico, encontramos que un 2.6% reportó tener ocasionalmente una buena relación con su familia y una adecuada socialización, el 60.6% frecuentemente y el 36.9% muy frecuentemente.

En cuanto al grupo perimenopáusico, un 23.1% consideró tener ocasionalmente una buena relación con su familia y una adecuada socialización, el 38.5% frecuentemente y el 38.5% restante muy frecuentemente.

En tanto, en el grupo menopáusico vemos que el 9.1% tuvo ocasionalmente una buena relación con su familia y una adecuada socialización, el 45.5% frecuentemente y el 45.5% restante muy frecuentemente.

En relación al grupo postmenopáusico, un 15.4% consideró tener ocasionalmente una buena relación con su familia y una adecuada socialización el 20.7% frecuentemente y el 60.4% muy frecuentemente.

Sueño y descanso (Ver figura 12)

Para el grupo premenopáusico, el 2.6% manifestó nunca dormir ni descansar lo suficiente, el 10.5% casi nunca, el 21.1% ocasionalmente, el 23.7% frecuentemente y el 42.1% muy frecuentemente.

En cuanto al grupo perimenopáusico, un 0% reportó nunca dormir ni descansar lo suficiente, el 38.5% casi nunca, el 30.8% ocasionalmente, el 15.4% frecuentemente y el 15.4% restante muy frecuentemente.

Para el grupo menopáusico, el 18.2% manifestó nunca dormir ni descansar lo suficiente, el 18.2% casi nunca, el 18.2% ocasionalmente el 36.4% frecuentemente y el 9.1% muy frecuentemente.

Para el grupo postmenopáusico, el 17.2% manifestó nunca dormir ni descansar lo suficiente, el 13.8% casi nunca, el 17.3% ocasionalmente, el 18.9% frecuentemente y el 32.7% muy frecuentemente.

Impacto de la menopausia (Ver figura 13)

Para el grupo premenopáusico, el 82.2% demostró que la menopausia nunca ha tenido un importante impacto en su vida, el 5.2% casi nunca, el 2.6% ocasionalmente, el 2.6% frecuentemente y el 5.3% muy frecuentemente.

En cuanto al grupo perimenopáusico, el 38.5% no completó los reactivos relacionados a la presente categoría, un 0% reportó que la menopausia nunca tuvo un importante impacto en su vida, un 23.1% casi nunca, el 23.1% ocasionalmente, el 7.7% frecuentemente y el 7.7% muy frecuentemente.

En el grupo menopáusico, el 36.4% mencionó que la menopausia nunca ha tenido un importante impacto en su vida, 18.2% casi nunca, el 18.2% ocasionalmente, el 18.2% frecuentemente y el 9.1% muy frecuentemente.

En el grupo postmenopáusico, 34.9% demostró que la menopausia nunca tuvo un importante impacto en su vida, el 8.6% casi nunca, el 36.2% ocasionalmente, el 6.9% frecuentemente y el 32.7% muy frecuentemente.

Sentimientos negativos del periodo de vida (Ver figura 14)

Para el grupo premenopáusico, el 65.8% expresó nunca tener sentimientos negativos hacia el periodo de vida, el 21.1% casi nunca, el 10.5% ocasionalmente, el 2.6% frecuentemente y el 0% muy frecuentemente.

Para el grupo perimenopáusico, el 61.6% manifestó nunca tener sentimientos negativos hacia el periodo de vida, el 30.8% casi nunca, el 7.7% ocasionalmente y un 0% para frecuentemente y muy frecuentemente.

Para el grupo menopáusico, el 90% expresó nunca tener sentimientos negativos hacia el periodo de vida, el 9.1% casi nunca y encontramos un 0% para ocasionalmente, frecuentemente y muy frecuentemente.

Por último, en el grupo postmenopáusico, el 58.6% expresó nunca tener sentimientos negativos hacia el periodo de vida, el 19% casi nunca, el 10.3% ocasionalmente, el 10.3% frecuentemente y el 1.7% muy frecuentemente.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En primer lugar, pensamos para nosotros sería útil la hipótesis psicosocial que propone Uribe (1999) en la que plantea que la conjugación de los cambios orgánicos, biológicos, psicológicos y sociales, favorecen la variabilidad psicobiológica del ser humano, dado que la menopausia es uno de los ejemplos en donde precisamente ésta versatilidad es indudable. Lo que concuerda a su vez con el modelo sociocultural de Hunter y O’Dea (2001), mismo que propone que la menopausia es natural, que el desarrollo de dicho proceso puede tener un pequeño efecto o no tenerlo en las mujeres, porque a la larga los problemas de la menopausia son un constructo cultural, por ejemplo están asociados a estereotipos negativos y las actitudes hacia los roles sociales de las mujeres de edad más avanzada. En este rumbo, quisiéramos plantear el análisis de los resultados y la discusión, dado que como ya se ha señalado tantas ocasiones anteriores, la menopausia debería ser vislumbrada desde un punto de vista multidisciplinario, en donde todos los factores interactúan de tal manera en cada mujer en particular, lo que necesariamente repercutirá en cómo viven, sienten, experimentan esta etapa de su vida.

A continuación, se analizarán los resultados obtenidos de la subescala de sintomatología física:

Es así que, los resultados obtenidos en el presente trabajo muestran en la dimensión de sintomatología física, que el grupo menopáusico fue el que presentó la mayoría de los síntomas, le sigue el perimenopáusico, el postmenopáusico y el premenopáusico. Los síntomas incluyeron los bochornos, en su mayoría acompañados por sudoraciones, aumento o disminución del apetito, cefaleas y taquicardias, así como la percepción de que dichos síntomas venían presentándose desde mucho tiempo atrás, lo que coincide con lo expuesto por Llusíá (1990), quien dice que el síntoma vasomotor, generalmente va en conjunción con las sudoraciones, de síntomas cardíacos como las taquicardias y que es atribuible a una crisis de angustia, de los síntomas del apetito, en los que la presencia de alteraciones del apetito es común en estas mujeres, en donde la anorexia va asociada con frecuencia a depresión, melancolía o pesimismo y en cuanto al exceso de apetito, se plantea que las mujeres que lo presentan suelen presentar un gran sentido de frustración y

por último, las cefaleas, en donde el dolor de cabeza se manifiesta muy frecuentemente como síntoma climatérico, a veces pueden ser dolores ligeros, que no constituyen mayor problema, pero en otros casos pueden presentarse como síntoma único y predominante. Cabe señalar que la variabilidad en la intensidad de los síntomas no pudo ser investigada debido a que únicamente se utilizó una escala de frecuencia.

Ahora, se retomarán los porcentajes de las opciones de los extremos para realizar el análisis de resultados, es decir, nunca y frecuentemente.

Con base a los resultados reseñados en el capítulo anterior podemos decir que en la dimensión de preocupación somática el grupo premenopáusico fue el que presentó menos queja debido a que el 26.3% de las participantes mencionó nunca haberla experimentado, lo que tiene sentido en la medida de que en su gran mayoría probablemente su organismo todavía no comienza a experimentar una disminución de estrógenos, aunado al hecho de que la media de edad es menor. Mientras que el grupo de mayor queja fue el menopáusico, ya que el 9.1% reportó vivirla muy frecuentemente, lo que resulta lógico dado que es en esta etapa climatérica cuando los síntomas se vivencian de manera más dramática debido a todos los cambios fisiológicos que se están viviendo.

Sin embargo, cabe aclarar que no existen diferencias significativas entre ambos grupos, sino que sí la hay entre el grupo premenopáusico y el postmenopáusico, lo cual puede entenderse en el sentido de que la variable edad es la que está tomando un papel preponderante, más allá de los síntomas propios de la menopausia, puesto que las mujeres postmenopáusicas son mayores comparadas con las premenopáusicas ($t = -4.137$, $p = .004$).

Para la dimensión de dispareunia, el grupo premenopáusico nuevamente fue el que presentó menos queja al confirmar un 81.6% que nunca la habían tenido. Y el grupo postmenopáusico fue el que reportó mayor queja al respecto al decir un 13.8% que sí la habían sentido muy frecuentemente. Esto último cobra sentido en la medida que conforma al paso del tiempo, en donde debido a que la vagina es un órgano estrógeno-dependiente, al sufrir una disminución significativa en la concentración de estrógenos, se afecta su funcionamiento y la dispareunia se hace presente. Lo antes mencionado lo pudimos comprobar, ya que sí hay diferencias significativas entre el grupo premenopáusico y el grupo postmenopáusico, ($t = -2.763$, $p = .000$).

En cuanto a las alteraciones genitourinarias, el grupo premenopáusico fue el de menor queja dado que un 50% reportó nunca haberlas tenido. El grupo menopáusico fue el de mayor queja al mencionar un 9.1% que las habían tenido muy frecuentemente. Lo que puede ser explicado de la siguiente forma, al llegar propiamente la menopausia, disminuye la flora normal así como del glucógeno, elementos de defensa y protección de infecciones bacterianas. La atrofia del epitelio vaginal afecta la producción intracelular de glucógeno y la población de lactobacilos disminuye al igual que la producción de ácido láctico con la alcalinidad consecuente del medio, lo que trae consigo la consecuente alteración genitourinaria. Lo antes expuesto se confirma en el sentido de que sí hay diferencias significativas entre el grupo premenopáusico y el grupo menopáusico ($t = -3.556, p = .000$).

Ambas categorías, dispareunia y alteraciones genitourinarias se interrelacionan en gran medida, ya que generalmente la sequedad vaginal, dispareunia, la incontinencia urinaria e infecciones vaginales se presentan al mismo tiempo, de acuerdo a lo que se expone la Dirección General de Salud Reproductiva (2000), la cual indica que éstos son los signos y síntomas más frecuentes debido a que la vulva, vagina, vejiga, trigono, uretra y estructuras que dan soporte al tracto genitourinario son órganos estrógeno-dependientes que poseen una alta concentración de receptores intracelulares para estas hormonas, lo que explica que una disminución significativa en la concentración de estrógenos afecte su funcionamiento.

Ahora, en cuanto a la subescala de sintomatología psicológica, encontramos:

El grupo postmenopáusico, seguido por el menopáusico, perimenopáusico y premenopáusico en orden descendente fueron los que presentaron mayor queja psicológica. Por tanto, el grupo postmenopáusico fue el que presentó la mayor parte de los síntomas psicológicos que se mencionan a continuación: depresión, tensión, ansiedad, dificultad para relajarse, nerviosismo, preocupación, sentirse sin esperanzas e intenciones de suicidio. Al mismo tiempo que consideran estar demasiado sensibles y llorar con mucha frecuencia. Al respecto, Kuh, Ardí, Rodgers y Wadsworth (2002) que la depresión, el pánico, el llanto y la angustia, lleva a una modificación drástica de los

sentimientos y a su expresión mediante periodos de crisis sin una condición, ni un detonador razonable, que el síndrome de predominio somático incluye cefalea y debilidad lo que provoca que la mujer presente somatizaciones múltiples y variables y que a su vez en un episodio de ansiedad podemos encontrar que los bochornos y una sudoración profusa y pies y manos frías se disparan casi automáticamente. En el mismo sentido, González y Güemez (1999) consideran que en la depresión se presentan varios síntomas característicos como poco interés y energía, pobre concentración, pensamientos sombríos (pesimismo, suicidio). Del mismo modo pueden haber rasgos biológicos, principalmente variación diurna del estado de ánimo, despertar temprano, pérdidas del apetito sexual y de peso. Blum (1999) establece situaciones diferentes descritas como depresión, tales como la ansiedad, tensión, preocupación y temor, fatiga y agotamiento, irritabilidad, pérdida de interés y de alegría, baja autoestima, sensación de desamparo e impotencia. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la gente depresiva a menudo presenta síntomas que incluyen una pronunciada ansiedad y fatiga, los desórdenes de sueño y apetito aumentan o disminuyen el peso. Los pacientes que sufren de depresión frecuentemente presentan un decremento en la concentración. También presentan una ideación suicida, pronunciados deseos de muerte e intentos de suicidio.

Es así que en lo que a sensación de aprehensión se refiere, el grupo premenopáusico fue el de menor queja al señalar un 2.6% que nunca habían tenido tal sensación. El grupo postmenopáusico fue el de mayor queja al reportar un 20.5% haberla experimentado muy frecuentemente. Los resultados obtenidos no concuerdan del todo con la literatura al respecto, en donde se menciona que en la perimenopausia comienzan a experimentarse diversos trastornos psicológicos como la depresión, tensión, ansiedad, nerviosismo, etc. y que la mayoría de dichos síntomas debían de irse sucediendo conforme pasa el tiempo, hasta llegar a un desvanecimiento en la etapa postmenopáusica, pero nosotros encontramos que éste grupo es el de mayor queja al respecto, lo que podría explicarse nuevamente en la medida de que la edad está siendo el factor más importante y por ende sea más un problema que vivencian las mujeres de mayor edad relacionado con las situaciones familiares, sociales o consigo mismas en términos de expectativas no cumplidas o con la creencia de que han entrado en una época de mayores problemas, etc. y no sea una molestia concerniente con la sintomatología propiamente climatérica. A este

respecto, podemos decir que sí existen diferencias significativas entre el grupo premenopáusico y el grupo postmenopáusico ($t = -2.078$, $p = .000$).

En lo que se refiere a sensibilidad, el grupo postmenopáusico fue el de menor queja en la medida que un 19% mencionó nunca haberla sufrido. Encontramos que el grupo postmenopáusico fue a su vez el de mayor queja al respecto al reportar un 36.2% haberla sentido muy frecuentemente. El presente factor se puede explicar de dos formas. La primera propone que en el climaterio es cuando el llanto y la sensibilidad psicológica se hacen presentes debido a la resignificación que de su vida deben hacer, lo que implica un gasto emocional que debe ser expresado de tal forma que se exteriorice para darle paso al nuevo yo y por ende se entiende que se ubiquen como el de mayor sensibilidad. Pero para poder entender que a su vez el grupo postmenopáusico sea el de menor queja, se puede decir que mientras algunas de las mujeres apenas comienzan a realizar tal recuento de su vida, muchas ya lo llevaron a cabo y se encuentran en una etapa de mayor estabilidad emocional.

En cuanto a la calidad de vida y tomando en cuenta que para nosotros es la medida subjetiva compuesta por los factores físicos, psicológicos y sociales, se abordarán los principales problemas que pudimos hallar en dichas áreas. A este respecto, podemos decir que de acuerdo a los promedios obtenidos, el grupo perimenopáusico se ubica como el de menor calidad de vida, consecutivamente encontramos al postmenopáusico, menopáusico y premenopáusico. Siendo que el grupo perimenopáusico fue el grupo con menor calidad de vida es el que lógicamente tuvo más trastornos en las siguientes áreas: se sienten menos contentas con su pareja y consideran que su relación con la misma no es armónica, ha declinado su interés en la sexualidad, ha disminuido la frecuencia de las relaciones sexuales y sienten menos satisfacción en ellas, esto último relacionado con los resultados obtenidos por Costa, Reus, Wolkowitz y Manfredi (1999), los cuales mencionan que en su estudio encontraron que disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales en las mujeres que se encuentran en el climaterio. Al poner atención en la relación de pareja, se puede observar que mientras muchas parejas se han fortalecido y por ende han construido a través del tiempo una relación armónica y placentera, en este grupo encontramos que probablemente los cambios significativos que la mujer está experimentando en esta fase de su vida están afectando a la pareja y a su forma de interrelacionarse. Sin olvidar que

posiblemente otros factores estén jugando un papel preponderante como lo mencionan Ortiz y Pérez (1991) a razón de que el tiempo que se suele pasar con la pareja es mayor de lo que ocurría anteriormente, si es que ambos miembros de la pareja trabajaban fuera de la casa, al llegar al presente periodo, se encuentran próximos a jubilarse o ya lo han hecho, lo que requiere transformarse a nivel individual, en la pareja y en su vida familiar. Sin embargo, también las mujeres que han laborado en la casa al cuidado de los hijos, entran en un periodo de crisis dado que éstos ya no requieren ni el tiempo ni la dedicación de años anteriores porque han crecido y muchos se han ido de la casa para construir su propia autonomía (etapa del nido vacío). Si es el caso de que principalmente han llevado a cabo la función de padres más que fingir como una pareja que a su vez ejercen la función parental, es entonces que se explica el deterioro de su vida como pareja, lo cual se refleja en un decremento de aquellas actividades que impliquen participar juntos, como es el caso del desinterés que se manifiesta en la sexualidad.

Además, tienen dificultades para recordar acontecimientos recientes, les es difícil recordar cosas del pasado, concentrarse les resulta un problema y tienen dificultades para pensar con claridad. Estos problemas de concentración van íntimamente relacionados, como ya se indicó anteriormente con los trastornos de depresión, al igual que el cansancio y la fatiga, ya que se cansan con facilidad, se fatigan al hacer esfuerzos que antes realizaban normalmente, ha disminuido su rendimiento físico y tienen dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, también se asocia con las dificultades que tienen para conciliar el sueño y la percepción de que su descanso es insuficiente, lo que se ajusta con lo mencionado por Llusía (op. cit.) acerca de que el trastorno más común es el insomnio y sólo algunas presentan somnolencia, que se presenta, sobre todo en las depresivas, con apatía, indolencia y cansancio. Lo que a su vez se asocia con la consideración de que es una etapa de mayor intranquilidad y el sentirse insatisfechas con esta fase de su vida y el sentimiento de que la menopausia, está teniendo un impacto negativo en sus vidas, además de haber perdido el interés por las cosas en general y haberse quebrantado la confianza en sí mismas.

Sienten que su desempeño en el trabajo de la casa es ineficaz, tienen problemas con los miembros de su familia, no disfrutan de las cosas que suelen hacer, tienen una mala relación con sus hijos y no consideran tener una vida social activa, sino que por el

contrario se encuentran aisladas, por lo que resulta necesario como lo indica Casamadrid (1999), analizar en cuanto a la familia, su organización, estabilidad económica y emocional, sus interrelaciones, afinidades y el grado de respeto de cada uno de sus miembros y sobre todo hacia la mujer, la solidaridad y apoyo que se brindan en las diferentes problemáticas que viven, o a la inversa, los estados disfuncionales que colaboran en el deterioro de la calidad de vida de la mujer climatérica. En el caso de las amistades de la mujer discrepamos con dicho autor, ya que éste plantea que las amistades son seres que les permiten mantener una vida social activa, pero en el caso de la muestra estudiada encontramos que en su gran mayoría su vida social se refería a la familia únicamente.

Al obtener que el grupo perimenopáusico de acuerdo al promedio fue el de menor calidad de vida, lo podemos asociar con el hecho de que fue el grupo con los mayores porcentajes de las siguientes enfermedades crónicas: diabetes (15.40%), osteoporosis, gastritis, colitis, y asma (cada una con un 7.7%). Además de padecer miomas (23.10%), sin haber sido intervenidas quirúrgicamente ni estar en tratamiento médico, lo cual puede estar fungiendo como variables importantes para la afectación de su calidad de vida, lo que resulta coherente con lo mencionado por Anold, Ranchor, Sanderman y Kemper (2004) a razón de que las enfermedades crónicas tienen un efecto diferencial en el funcionamiento físico, social y psicológico sobre la calidad de vida.

Asimismo, además de considerar los promedios antes expuestos para el análisis, al igual que en Sintomatología física y psicológica, para la Calidad de Vida, se toman en cuenta los porcentajes de los extremos, tanto los que se ubican en nunca como en muy frecuentemente, en cuanto a ello, tenemos que:

En cuanto a pareja y sexualidad, el grupo premenopáusico fue el que presentó una mayor realización, ya que un 60.5% manifestó que muy frecuentemente mantienen una relación satisfactoria. El grupo postmenopáusico presentó el menor agrado a este respecto, puesto que un 6.8% expresó que nunca han sostenido su relación en dichos términos. Estos datos resultan especialmente interesantes porque reflejan lo que la literatura menopáusica dice al respecto, pues indica que en la premenopausia se tienen los menores problemas porque todavía no se deben realizar toda la serie de ajustes y

revaloraciones que vienen con la menopausia, un punto relevante para abordar en otras investigaciones, es el hecho de que en la postmenopausia se tenga el menor nivel de satisfacción, lo que factiblemente se deba a que es en esta etapa cuando ya se han llevado a cabo toda una serie de recuentos y no se logró llegar a una valoración positiva de la pareja o a los ajustes pertinentes, lo que sostiene esa lógica de respuesta.

Para cansancio y fatiga, el grupo premenopáusico fue el que tuvo menos problemas al respecto, dado que un 44.7% expresó nunca sentirse ni cansadas ni fatigadas. Para el presente factor, la variable edad está jugando un papel determinante, pues son más jóvenes que el resto y por razones lógicas ni el cansancio ni la fatiga hacen todavía mella en sus vidas. El grupo postmenopáusico fue el de mayor trastornos, en la medida de que un 10.3% se sintió de tal manera muy frecuentemente. Aquí nuevamente, la edad es preponderante, a diferencia de lo anteriormente señalado, es ahora cuando comienzan a hacerse presas de sus propios hábitos y estilo de vida, es decir, si tuvieron una vida pasiva acompañada de excesos, su puntaje en la presente dimensión será alta.

En la dimensión de memoria y concentración, el grupo premenopáusico fue el de menor problemática en el sentido de que un 65.8% manifestó nunca haber experimentado situaciones en las que se les obstaculizara recordar algo o concentrarse en alguna actividad. Esta situación no puede sorprender, siendo este grupo el de menor edad y por lógica, en lo que a dicha dimensión se refiere muchas veces ésta es la determinante en su buen funcionamiento o en caso contrario, en su declive. El grupo perimenopáusico fue el que presentó mayores inseguridad al respecto puesto que un 33.3% mencionó tener mayores limitaciones en esta dimensión.

En cuanto a los sentimientos positivos a la etapa de vida, el grupo menopáusico fue el que tuvo mayor cantidad, pues un 45.5% los tuvo muy frecuentemente. El grupo postmenopáusico es el que presentó una menor cantidad de los mismos, pues un 3.4% reportó que nunca los ha tenido. Para explicarnos el por qué de esta variabilidad, podemos hacer mención de una situación sumamente relevante: es en la postmenopausia cuando se suceden una serie de pensamientos acerca de cómo pueden llevar a cabo una valoración de su vida en estos momentos, basada en la percepción de lo agradable o insoportable de sus vidas y de esta manera una parte de ellas se orientan hacia una

evaluación positiva, mientras que la otra parte de este mismo grupo se colocan en el extremo negativo.

En lo que a familia y sociedad se refiere, el grupo postmenopáusico es el que mejores niveles de satisfacción percibe, ya que un 60.4% manifiesta que muy frecuentemente su relación tanto familiar como social es adecuada. Del otro modo en el grupo perimenopáusico observamos que un 23.1% expresa que su relación se ha dado en estos términos ocasionalmente. Para hacer referencia a esta situación podríamos suponer algunas razones, y que en los grupos de menor edad (grupo perimenopáusico) probablemente todavía no se estén presentando, como puede ser la manera en que la mujer de mayor edad ha asumido sus compromisos, tanto con ellas misma como con los demás miembros de la familia como puede ser el rol de abuela y de madre. Por ejemplo, puede ser que las mujeres que presentan mayor satisfacción estén asumiendo el rol de ser abuela de forma positiva después de una revaloración de sus vidas, mientras que las que se encuentran en la perimenopausia apenas estén en ese proceso y por ello puedan tomar este hecho de forma negativa o incluso trágica, ya sea por sentirse ancianas por el sólo hecho de serlo o por considerar que su labor como madres o cuidadoras ha llegado a su fin y conciben que dicho rol les ha sido impuesto. O incluso en lo que a vida social se refiere, posiblemente consideren que al entrar a la menopausia, ha llegado a su fin la edad en la que podían salir a divertirse o que el formar parte de un círculo de amistades le ha dado paso a una fase de tranquilidad, en donde el aislamiento es la opción y el paso a seguir.

Para sueño y cansancio, el grupo premenopáusico es el que mejores niveles proyecta, pues un 42.1% reportó que muy frecuentemente duermen y descansan apropiadamente. Esto se podría explicar en función de que para esta etapa del climaterio, muchos de los síntomas que resultan más molestos y que podrían interrumpir el sueño y por ellos generar que al día siguiente se sientan con somnolencia o se les dificulte realizar sus actividades de la vida diaria todavía no han aparecido. El grupo menopáusico fue el que menor satisfacción tiene, dado que un 18.2% nunca puede hacerlo. El que este grupo sea el que mayores problemas tenga no debe sorprendernos si recordamos que en muchas ocasiones los bochornos pueden ser nocturnos y acompañarse a su vez por sudoraciones

aunado al hecho de que los trastornos del sueño y un cansancio profuso son síntomas característicos de la menopausia.

En tanto que, en impacto de la menopausia el grupo premenopáusico es el que menor grado presenta en este sentido, porque el 82.2% dice que la menopausia nunca les ha importado, lo cual de forma evidente tiene sentido dado que todavía no están en dicha etapa. El grupo postmenopáusico es el grupo sobre el que al parecer más impacto ha tenido, el 32.7% dice que le ha sucedido muy frecuentemente, esto se puede explicar por la forma en que las participantes comprenden esta dimensión, porque responden en función de lo que vivieron en la menopausia y de lo que ésta implicó en sus vidas.

Por último, en sentimientos negativos del periodo de vida, el grupo menopáusico es el que menos los presenta, puesto que el 90% reporta nunca haberlos tenido. Lo que trae a colación, que no obstante es el grupo con mayor queja somática, esto no significa que la fase de vida tenga que ser vista desde un punto negativo. El grupo postmenopáusico es el que asume más cantidad de ellos, ya que un 1.7% los ha tenido muy frecuentemente, lo cual se puede explicar en el sentido de que este grupo es el que cuenta con mayor edad y por ende más que estar evaluando el periodo en función de los síntomas, lo hace de acuerdo a los problemas que la edad trae consigo, como podrían ser las enfermedades crónicas o el simple hecho de sentirse viejas.

En la Calidad de Vida no se encontraron diferencias significativas entre ninguno de los grupos con relación a todas las áreas que se estudiaron.

Una vez planteado el panorama general, proseguiremos con una comparación entre los resultados obtenidos por otras investigaciones y los nuestros, en este sentido Mischra, Brown y Dobson (2003) demostraron que las que registraron mejor estado de salud o bienestar fueron las mujeres premenopáusicas, las mujeres que se encontraban en la perimenopausia mostraron una declinación en cuanto al funcionamiento físico, al igual que ellos, nosotros encontramos que en lo que respecta a sintomatología física y psicológica, el grupo premenopáusico fue el que presentó menor queja. En tanto que Deeks y McCabeg (2004), encontraron que las mujeres que se hallaban en la perimenopausia y postmenopausia no tenían sentimientos positivos acerca de sus roles en

la vida a comparación de las mujeres premenopáusicas, lo que coincide con los datos obtenidos por nosotros, en el sentido de que el grupo premenopáusico fue el que presentó los mejores niveles de descanso y sueño, memoria y concentración y pareja y sexualidad, y los menores niveles de cansancio y fatiga en comparación con los demás grupos. Mientras que, Fah, Wang, Lee, Lu y Juang (2003) encontraron que para las mujeres con síntoma de perimenopausia en general la calidad de vida fue peor que en las postmenopáusicas, por lo que si nos remitimos a los promedios obtenidos por nosotros, es exactamente lo que podemos encontrar.

Ahora bien, al relacionar el grado de queja somática con el grado de queja psicológica, cabe señalar que a medida de que el grado de la queja somática por parte de las participantes aumentaba, también existió un incremento en el grado de la queja psicológica ($r=.563$, $p<0.0001$).

Con respecto a las relaciones obtenidas de cada uno de los grupos tenemos que para el grupo premenopáusico, cuando asociamos el grado de queja somática con el grado de queja psicológica, ciertamente a medida que aumentaba el nivel de queja somática, también se incrementaba el grado de queja psicológica de las participantes de este grupo ($r=.515$, $p<0.001$). En tanto que, para el grupo postmenopáusico, volvimos a encontrar dicho fenómeno ($r=.650$, $p<0.0001$). Por lo que, la mayor relación la podemos encontrar en el grupo postmenopáusico..

En este sentido, al establecer la relación entre el grado de queja somática y el nivel de calidad de vida, se puede decir que a mayor grado de quejas somáticas, la calidad de vida de las participantes disminuía ($r= -.461$, $p<0.000$). Con respecto a la relación entre el grado de queja psicológica y el nivel de calidad de vida, cuando el nivel de queja psicológica era mayor, la calidad de vida nuevamente se veía deteriorada ($r= -.672$, $p<0.0001$). Es así, que en función de los datos estadísticos vemos que la queja psicológica está siendo la variable más importante en la afectación de la calidad de vida de las mujeres que transitan en este periodo de vida.

Al momento de relacionar la queja somática con las áreas de la calidad de vida, observamos que ésta tiene una correlación significativa únicamente con la memoria y

concentración ($r = -.518, p < 0.000$)¹. Lo que trae a cuenta que cuando la queja somática aumenta en las participantes, éstas tienen una menor capacidad de memoria y concentración.

En caso de relacionar el grado de queja psicológica con las áreas de la calidad de vida podemos decir que a mayor grado de queja psicológica en primer lugar disminuye la capacidad de memoria y concentración ($r = -.624, p < 0.000$) y en menor orden de importancia encontramos que a mayor grado de queja psicológica descansan y duermen de forma deficiente ($r = -.500, p < 0.0001$).

Con respecto a las relaciones obtenidas de cada uno de los grupos tenemos para el grupo premenopáusico, cuando asociamos el grado de queja psicológica con las áreas de calidad de vida, que a mayor grado de queja psicológica, las mujeres que se encuentran en la premenopausia tienen relaciones familiares y sociales menos favorables ($r = -.543, p < 0.0001$). Al mismo tiempo, a mayor queja psicológica, se encuentran más cansadas y fatigadas, $r = -.515, p < 0.001$ y en menor grado encontramos que a mayor grado de queja psicológica, las mujeres tienen más problemas con la memoria y concentración ($r = -.508, p < 0.001$).

En cuanto al grupo perimenopáusico podemos decir en cuanto a la relación entre el grado de queja somática y las áreas de la calidad de vida que a mayor queja somática, las mujeres perimenopáusicas tienen menos capacidad de memoria y concentración ($r = -.694, p < 0.009$) y en menor medida una relación de pareja y sexual menos satisfactoria ($r = -.591, p < 0.033$). Al momento de relacionar el grado de queja psicológica, podemos señalar que cuando ésta se incrementa, dichas mujeres tienen una relación familiar y social más deficiente ($r = -.543, p < 0.0001$).

En el grupo menopáusico, al incrementar la queja somática, las participantes experimentaban más problemas con la memoria y concentración ($r = -.626, p < 0.039$).

Para el grupo postmenopáusico, cuando en las participantes aumenta el grado de queja somática, duermen y descansan de forma deficiente ($r = -.516, p < 0.0001$), además de que su cansancio y fatiga aumenta ($r = -.503, p < 0.0001$). Al momento de relacionar el grado

de queja psicológica, podemos decir que cuando ésta se acrecienta, en las mujeres postmenopáusicas se reduce la capacidad de dormir y descansar debidamente ($r = -.618$, $p < 0.0001$), su cansancio y fatiga aumenta ($r = -.541$, $p < 0.0001$) y las relaciones familiares y sociales se ven dañadas ($r = -.502$, $p < 0.0001$).

Lo que significa que se encuentran semejanzas en el grupo premenopáusico y el grupo perimenopáusico, ya que en ambos la queja psicológica fue la que tuvo el mayor impacto en la afectación de su vida familiar y social.

Mientras que para el grupo menopáusico, la queja somática es la que resultó tener la mayor incidencia sobre el sueño y descanso, en la medida de que cuando las quejas somáticas aumentaban vivenciaban su sueño de forma más deficiente y descansaban de forma insuficiente.

En tanto que, en el grupo postmenopáusico, la queja psicológica es la que afectó la capacidad de dormir y descansar adecuadamente, puesto que cuando la queja psicológica fue mayor, su sueño y descanso se vio deteriorado.

La sintomatología física y psicológica y la calidad de vida antes expuesta, manifiestan la estrecha interrelación que mantienen por lo que cualquier separación resultaría artificial y si bien muchas veces es necesario hacerlo de esta manera, siempre es necesario realizar análisis que resulten funcionales, tanto para los fines de investigación, como para los prácticos.

En última instancia, cabe aclarar que el presente estudio es de índole exploratoria y por ende todo lo antes expuesto se debe tomar con sus respectivas reservas al no ser factibles de generalizar y sólo poder aplicarse a la muestra estudiada.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En cuanto a los instrumentos, podemos indicar que cuentan con las propiedades de medición adecuadas, que Fletcher (1992, citado en Soto 2002) propone, como son claridad, confiabilidad y validez (de contenido). Son el tipo de instrumentos que miden dimensiones específicas y el método de administración puede ser autoadministrado o mediante un encuestador.

Consideramos que el método de investigación incluyó una aproximación multidisciplinaria, puesto que se incluyeron variables biomédicas psicológicas y sociales.

Al ser un estudio transversal, sabíamos que se tendría como consecuencia el ser considerado por algunos como poco satisfactorio en el sentido de que se evalúa una sola vez en lugar de seguir a las participantes por un tiempo considerable, sin embargo se intentó sustituir dicha falta con la utilización de un instrumento que, como ya se señaló anteriormente, fuera confiable y válido, en donde los ítems no fueran vagos sino concretos, donde se incluyeran cuestiones de índole sexual, que según varios autores, entre ellos Dennerstein y Hemes (2000), son datos omitidos en muchas ocasiones.

Además, un inconveniente común en el tipo de instrumentos en el que se plantean una serie de síntomas es el de la elicitación, problema en el cual pensamos que pudimos hacer algo al respecto mencionando antes de comenzar con los mismos que se les preguntaría sobre una serie de síntomas que pueden estar o no presentando y que no había respuestas correctas o incorrectas, aunado a que en ningún momento se les realizaba un comentario si éstas aseguraban no presentar ninguno de ellos. Además de que también es muy frecuente que al construir dichas listas se utilice un criterio arbitrario en el sentido de que, ya sea que se incluyan síntomas que desde nuestra perspectiva deban ser incluidos, o que por el contrario sean descartados y a este respecto lo que realizamos fue tratar de agregar después de una extensa revisión teórica los que fueran más comunes y relevantes.

Sin embargo, con todo ello en la fase de piloteo de los instrumentos nos pudimos percatar de diversos aspectos como son, el utilizar términos que para nosotros podrían resultar comunes como la incontinencia urinaria o los bochornos y que para los demás, en este caso, las participantes de la presente investigación ignoraban por completo, por lo que se tuvieron que sustituir los términos que desconocían por otros más descriptivos o de “uso popular”. Lo que nos lleva a pensar cuántas ocasiones nosotros como especialistas de alguna disciplina creemos que el otro nos comprende y sin embargo, aquéllos que no se atreven a preguntar y sólo asienten sin entender, o por el contrario cuando nosotros no somos capaces de interpretar esas pequeñas señales que te quieren comunicar una falta de sentido en nuestras palabras nos quedamos sin la oportunidad tanto ellos como nosotros de ser parte de un proceso de aprendizaje recíproco.

Sin embargo, también hay que señalar aspectos que quedan fuera de nuestro alcance, como es el hecho de la baja escolaridad de la población de estudio, lo que traía como consecuencia que si bien los instrumentos fueron diseñados con la intención de que pudiesen ser autoadministrados, en la gran mayoría de las ocasiones el entrevistador tenía que ser el que lo aplicara, algunas veces porque las participantes no sabían leer o según sus propias palabras no sabían hacerlo muy bien o simplemente preferían que alguien más lo hiciera por ellas.

Por otro lado, sería interesante incluir como variable el hecho de estar o no recibiendo terapia de reemplazo hormonal, puesto que en este sentido algunas participantes al ser cuestionadas sobre algunos síntomas como los bochornos o sudoraciones reportaban que a partir de estar recibiendo dicho tratamiento habían dejado de padecerlos. No obstante, como en un inicio no fue tomada como un indicador importante y debido a que dicha información sólo había sido obtenida de forma espontánea, por lo que no se tenían todos los reportados, evidentemente no se tomó en cuenta, por lo que consideramos para investigaciones posteriores el contemplarla.

Del mismo modo, en el caso de la dispareunia en algunas ocasiones mencionaron estar haciendo uso de lubricantes para combatir dicho problema, pero igualmente no se obtuvo

dicha información para todos los casos. Por lo que en este sentido, se podría incluir alguna pregunta que abordara acerca de cuáles han sido las acciones que han llevado a cabo, ya sea para prevenir o para intervenir sobre la sintomatología de la menopausia. Este sería un punto relevante a tratar, dado que en general se llegó a obtener información sobre toda una serie de actos a seguir, desde estar bajo tratamiento médico, hasta llevar una dieta basada en soya, acompañada de complementos vitamínicos, hacer ejercicio y “tener una vida tan ocupada que no deje pensar en problemas de la menopausia”, etc.

Asimismo, en la muestra se encontró un porcentaje considerable de mujeres histerectomizadas, lo que coincide con lo expuesto con Río de la Loza, Mendoza, Murillo, Luna y Santos (1998) en el sentido de que llama la atención la frecuencia tan alta de menopausia quirúrgica en nuestro medio, lo que a su vez trae a cuenta el trabajo realizado por García y Sobrado (2000) quienes señalan que en la menopausia artificial los síntomas generalmente son más intensos y se manifiestan de una manera más crítica debido a la ausencia de adaptación biológica del organismo, por lo que resultaría enriquecedor tomar en cuenta la influencia de dicha variable en la percepción de los síntomas.

Ahora, también consideramos digno de mención recalcar el hecho de hallar una importante cantidad de mujeres que padecían miomas y que sin embargo no habían sido intervenidas quirúrgicamente ni estaban recibiendo tratamiento médico, por lo que su calidad de vida se veía en gran parte deteriorada. A este respecto podemos señalar otro eje de análisis, ya que como las mismas participantes referían, la separación entre sus citas médicas era muy prolongada, lo que necesariamente nos hace remitirnos a la calidad de atención médica que se le ofrece a este grupo de edad y a la relación entre la demanda de los servicios médicos y su satisfacción.

En cuanto a las posibles correcciones que se recomendaría hacer a los instrumentos estaría el distribuir de manera azarosa los ítems, ya que como se puede ver en el análisis factorial la secuencia de los mismos probablemente tuvo un efecto psicológico que afectó

la tendencia de respuesta. Así como aplicar cada uno de los instrumentos por separado debido al mismo fenómeno.

En otro orden de ideas, sería especialmente importante la implementación de un trabajo multidisciplinario, dado que se evidenció una falta del mismo por medio de las quejas de las participantes, enfermeras y médicos. Las primeras hicieron explícita la falta de tacto de los médicos para abordar la problemática que ellas les planteaban en consulta, mientras que el personal de salud mencionaba la carencia de habilidades y herramientas que como especialistas dedicados al aspecto biomédico tenían. Con lo señalado anteriormente no queremos decir que sea una dificultad general, sino que únicamente lo exponemos como percepciones de aquellos que tuvieron la confianza de acercarse a nosotros y mencionarlo.

Dentro de este trabajo multidisciplinario, se podría desarrollar un programa para ayudar a las mujeres que transitan durante esta etapa, ya que como aseguran Pizarro y del Paso (1999) éstos son una buena opción para disminuir las complicaciones psicológicas y cogniciones negativas anteriores a la menopausia, además de tener alcances efectivos para la salud y el bienestar durante la transición a la menopausia. Por ejemplo, se podría implementar un programa de formación e información para optimizar el estilo de vida de las mujeres en el que se incluirían los factores fisiológicos, psicológicos y sociales de la menopausia.

Aspectos como los trastornos físicos y sexuales de la menopausia, así como los tratamientos para su control o disminución podrían ser temas a incluir. Los desórdenes psicológicos, principalmente la depresión y ansiedad, sus síntomas más característicos, su diagnóstico y sobre todo su tratamiento sería de especial importancia, sin olvidar el abordar las variables sociales, en donde se les exponga acerca de cómo la familia y sus interacciones con los demás aspectos juegan un papel determinante en la facilitación u obstaculización del desarrollo de sus síntomas.

Por lo tanto, coexiste la necesidad de programas equitativos sobre menopausia y salud con el objetivo de disminuir conductas de riesgo y promover las que ayuden a mejorar la salud y elegir tratamientos apropiados.

Por último, podemos señalar que una alternativa para estudiar la menopausia es el modelo multidisciplinario, en donde el foco de atención se encuentre en los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la menopausia. Así, el contexto psicosocial y cultural de las mujeres es tomado en cuenta y la experiencia de los cambios físicos en conjunción con los psicológicos, determinan el significado del impacto de la menopausia.

Los factores cognitivos han sido generalmente descuidados en las investigaciones, han sido suprimidos desde la naturaleza de la menopausia, con una dificultad para definir con parámetros vagos, mientras que el tomar en cuenta los significados culturales e históricos, pueden ser un interesante ejemplo del proceso de valoración de una gran variedad de factores.

En este sentido, una propuesta para estudiar la menopausia sería la siguiente: un modelo que abarcara lo que ellas comprenden como menopausia, es decir, si consideran que es una fase negativa en la que se deja de tener valor como mujer por el hecho de ser incapaces de concebir un hijo o de sentirse viejas, o si de forma inversa, la condición de menopausia implica el dejar de lado las molestias que causan el presentar periodos menstruales o el uso de métodos anticonceptivos con sus respectivos efectos colaterales, además de cuáles síntomas son los que se vivencian de forma más dramática y recurrente y del tipo de interacción entre los síntomas físicos y psicológicos que se dé en cada mujer en particular.

Otro aspecto a estudiar sería la causa, la cual implicaría el por qué presentan esa condición, si se debe a factores genéticos, en el sentido de que algunas creían que su madre había experimentado esta etapa de su vida de forma similar a ellas y en otros casos al hacer presente que sus congéneres no habían sufrido ningún síntoma, lo adjudicaban a su alimentación, a su inactividad o al exceso de preocupaciones.

Las consecuencias y cura-control abarcarían las construcciones acerca de su sintomatología, si ésta se ha vivenciado de manera leve o seria, si ha tenido un gran impacto en su vida o ha pasado desapercibida o si consideran en el caso de que se manifieste de forma aguda que es controlable o curable por medio de terapias, medicamentos o finalmente lo solucione la transición temporal. Consideramos que dichos aspectos podrían ser una herramienta apropiada para explorar las cogniciones de las mujeres acerca de la menopausia, para tomar en cuenta las diferencias individuales en la experiencia menopáusica, siendo que no todas las mujeres vivencian esta etapa de forma completamente similar.

Al mismo tiempo resulta interesante que en la mayoría de los casos, al completar los cuestionarios, las entrevistadas hacían comentarios relacionados a distintas situaciones de su vida, refiriendo que por encima de los síntomas que estaban presentando, ellas consideraban que el meollo de su problemática radicaba en los problemas familiares, por lo que, más allá de la sintomatología física y psicológica de la menopausia y de su relación con la calidad de vida pudimos percatarnos de la escasez de atención psicológica que se le da a dicho grupo de edad y sobre todo como sociedad y como familia, ya que muchas de ellas expresaban el deseo de sentirse tranquilas y sin preocupaciones y que no podían lograrlo debido a que el esposo les exigía el cumplimiento de sus obligaciones que como esposas y amas de casa tenían, las cuales abarcaban el tener relaciones sexuales, el mantener la casa aseada y los demás quehaceres domésticos, además de que los hijos les delegaban el cuidado de los nietos, todo ello visto en algunas ocasiones como un gusto, como una forma de sentirse útiles, pero en otros muchos como una obligación que difícilmente es realizada por convicción. Por lo que nosotros como sociedad debíamos plantearnos el por qué todavía pensamos que las mujeres deben satisfacer todas las necesidades familiares que se les imponen, y por qué no colaboramos todos los miembros de la familia para el adecuado funcionamiento del hogar en la medida de lo que a nuestra responsabilidad compete y así conformemos una sociedad más equitativa.

Si y sólo si deseáramos realizar una reflexión nos daremos cuenta de que basta con sólo un poco de empatía por las otras o los otros para hacernos cargo de nuestra propia realidad y no pretender que la mujer sea la responsable absoluta del pasado, presente y futuro de nuestra vida.

REFERENCIAS:

Alvaradejo, G. (1996). "*Estudio preliminar a la construcción de una escala de calidad de vida para pacientes que sobreviven a padecimientos oncológico*". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Arnold, R., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Kempen, G. I. and Kempen, J. (2004). *The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases*. Quality of Life Research, 13, 883-896.

Avis, M. Bond, M. y Arthur A. (1997). *Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics*. Pergamon, 44 (1), 85-92.

Banger, M. (2002). *Affective syndrome during perimenopause*. Maturitas, 41 (1), 13-18.

Barentsen, R., Weijer P., Gend, S. y Foekema, H. (2001). *Climateric symptoms in a representative Dutch population sample as measure with Greene Climateric Scale*. Maturitas, 38, 123-128.

Bergner, M. (1980). *Conceptual formulation ad methodology for the development of a health status measure*. Health Serv, 6 (3), 393-415.

Blum, O. M. (1999). Terapia psicosexual. En Carranza, L. S. (Ed), *Atención integral del climaterio*. (pp.311-329). México: McGraw-Hill Interamericana.

Bock D. (1993). *Calidad de vida, medidas en salud, cuidados y ética médica*. Nueva York: Marth.

Botella J. (1992). *La edad crítica: climaterio y menopausia*. Madrid: Salvat, pp. 309-18.

Buendía, B.J., Rodríguez, S.R., Yubero, B.N., Martínez, V. (2001). *Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres postmenopáusicas: el cuestionario MENCAV*. SemFYC. 27 (2), 94-100.

Cabrera, J. (2001). “*Calidad de vida en mujeres obesas y anoréxicas*”. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Casamadrid, P.J. (1986). “*La mujer, sus síntomas y sus actitudes en la fase del climaterio*”. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, Méx., México.

Casamadrid, P.J. (1999). Aspectos psicológicos y sociales. En Carranza, L. S. (Ed), *Atención integral del climaterio*. (pp.153-163). México: McGraw-Hill Interamericana.

Costa, M., Reus, V., Wolkowitz. O. M. y Manfredi, F. (1999). *Estrogen Replacement Therapy and Cognitive Decline in Memory-Impaired Post-Menopausal Women*. Biol. Psychiatry, 46, 182-188.

Deeks, A. A. and McCabe, M. P. (2004). *Well-being and menopause: An investigation of purpose in life, self-acceptance an social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women*. Quality of Life Research, 13, 389-398.

Dennerstein, L y Hemes, E. (2001). *The menopausal transition and quality of life: Methodologic issues*. Quality of Life Research, 9, 721-731.

Dirección General de Salud Pública. (2000). *Menopausia: un nuevo inicio*. México, D.F.: Secretaría de Salud.

Fah, J. L., Wang, S. J., Lee, S. J., Lu, S. R. and Juang, K. D. (2003). *Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmed Island*. Quality of Life Research, 12 (1), 53-61.

Font, A. (1994). *Cáncer y calidad de vida*. Anuario de psicología. 61 41-50.

García, T. M. y Sobrado, R. Z. (2000). *Impacto de la panhisterectomía en la calidad de vida de la mujer*. Revista Cubana Med. Gen. Integr. Endocrinol, 16(5) ,442-9.

Gijsbergs, C. y Annemanie, K. (1997). *The Contribution of Symptom Perception Theory*. Pergamon, 45, 231-246.

González, I. y Güemez, J. (1999). *Depresión en mujeres menopáusicas*. *Climaterio*, 2 (9), 86-90.

González, P. (1997). *La calidad de vida en pacientes VIH-SIDA, seropositivos*. Proyecto de tesis Doctoral en Psicología. México: UNAM

Guilleminault, C., Palombini, L. Poyanes, D. y Chowdhori, S. (2002). *Sleep Breathing in a cohort*. Journal of Psychosomatic Research, 3, 611-615.

Hardy, R. Kuh, D. (2002). *Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause*. Social Science and medicine, 55, 1975-1988.

Hunt, S. (2000). *The subjective health of adolescents*. Quality of Life Research, 9, 109-719.

Hunter, M. (2000). *The Women's Health Questionnaire (WHQ): The development, standardization and application of a measure of mid-aged women's emotional and physical health*. Quality of Life Research, 9, 733-738.

Hunter, M y O'Dea, I. (2001). *Cognitive appraisal of the menopause: The menopause representation questionnaire (MRQ)*. Social Science and medicine, 6 (1), 65-76.

Kuh, D., Hardy., Rodgers, B. and Wadsworth, M. (2001). *Lifetime risk factor for women's psychological distress in midlife*. Social Science and Medicine, 8 (1) 1-17.

Laplege, A. and Dennerstein, L.(2000). *Menopause and quality of life*. Quality of Life Research, 9, 689-692.

Llusiá, B. J. (1990). *La edad crítica. El climaterio y la menopausia*. Barcelona: Salvat.

Malean, F. (1989). *Early life family disadvantages and major depression in adulthood*. British Journal of Psychiatry, 12, 112-120.

MacDowell, I. y Newell, C. (1996). *Measuring Health*. New York: Oxford University Press.

Marcianik, A. y Niero, M. (2000). *Integrating the patient's views into the measurements of quality of life: Examples from the peri- and post-menopausal periods*. Quality of life research, 9 , 775-784.

Marquis, P., Caidella, P. and Loge, C. (2001). *Development and validation of a specific quality of life module in post-menopausal women with osteoporosis: The QUALIOST*,10 (6), 555-566.

Mischra, G., Brown., W. J. and Dobson, A. J. (2003). *Physical and mental health: Changes during menopause transition*. Quality of Life Research ,12 (4), 405-412.

Nussbaum, M. (1993). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ortiz, Q. L. y Pérez, P. J. (1991). *Vivir con menopausia*. Madrid: Meditor.

Palomar, J. (1995). *El desarrollo de un instrumento de medición sobre calidad de vida*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México. División de estudios de posgrado, D.F., México. pp 51-128.

Pizarro, J.E. y del Paso, I.I. (1999). *Importancia de la salud postmenopáusica*. Climaterio, 8 (2), 56-65.

Río de la Loza, C. F., Escalante, R. M., Mendoza, T. L., Murillo, U. A., Luna, G. Y Santos, G. J. (1996). *Sintomatología neuropsíquica durante el climaterio*. *Perinatol Reprod Human*, 12, 34-47.

Rowe, M., Kanouse, D.E., Mittman, B.S. y Bernstein, S.J. (1999). *Quality of Life Among Women Undergoing Hysterctomies*. *Obstet Gynecol*, 93, 915-921.

San Martín, H. y Pastor, V. (1990). *Epidemiología de la vejez*. Madrid: Mac Graw Hill.

Setién, M. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida: un sistema de medición aplicado al país vasco*. España: Siglo veintiuno.

Skevington, S. M., Lotfy, M. and O'Connel, K. A. (2004). *The World Health Organization's WHHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group*. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.

Skevington, S. M., Lotfy, M. and O'Connell. (2004). *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group*. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.

Soto, A. (2002). "*Calidad de vida en personas con VIH/SIDA*". Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Spilker, D. (1990). *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Raven Publishers: USA.

Suzanne, M. S., Kathryn, A. O. and the WHOQOL Group. (2004). *Can we identify the poorest quality of life?. Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL.100*. *Quality of Life Research*, 13, 23-34

Uribe, E. R. (1999). Actividad sexual. En Carranza, L. S. (Ed), *Atención integral del climaterio*. (pp.165-175). México: McGraw-Hill Interamericana.

Vargas, J. e Ibáñez, J. (2000). La importancia de determinar la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas. *Página y memorias del siglo XIX coloquio de investigación de la ENEP Iztacala los días 29 y 30 de Noviembre de 2000* (En red).

BIBLIOGRAFÍA:

Baker, D. A. y Crompton, J. L. (2000). *Quality, satisfaction and behavioral intentions*. Pergamon, 27 (3), 785-804.

Briones, G. (1986). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México: Trillas, pp. 93-102.

Coolican, H. (1997). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: El Manual Moderno, pp. 161-189.

Dufrene, R. L. (2000). *An evaluation of a patient satisfaction survey: validity and reliability*. Pergamon, 23, 293-300.

Goodman, M., Hull, J. W., Terkelsen, K. G., Smith, T. E. y Anthony, D. (1997). *Factors structure of quality of life: The Lehman interview*. Pergamon, 20 (4), 477-480.

Higginson, I. J., y Carr, A. J. (2001). Using quality of life measures in the clinical trials.

Schuck, P. (2004). *Assessing reproducibility for interval data in health-related quality of life questionnaires: Which coefficient should be used?*. Quality of Life Research, 13, 571-586.

Uttaro, T. y Lehman, A. (1999). *Graded response modeling of the Quality of Life Interview*. Pergamon, 22,41-52.

Vickers, A. J. (2004). *Statistical considerations for use of composite health-related quality of life scores in randomized trials*. Quality of Life Research, 13, 717-723.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA FACTORES PSICOLÓGICOS Y
CALIDAD DE VIDA EN LA MENOPAUSIA

El presente cuestionario tiene como propósito obtener información respecto a aquellos síntomas que usted ha experimentado en el último año, lo que nos permitirá aportar elementos que mejoren la atención médica en este periodo de vida. Cabe resaltar que la información que amablemente nos proporcione es confidencial y su manejo se hará de manera profesional y científica. **Gracias por su cooperación.**

Edad: _____ Estado civil _____

Ocupación: _____ Último grado de estudios _____

¿Padece alguna enfermedad crónica? SI () NO () ¿Cuál? _____

¿Ha consultado a un psiquiatra o psicólogo? SI () NO () ¿A quién? _____

En caso afirmativo, indique cuál fue el diagnóstico _____

¿Actualmente está recibiendo atención médica? SI () NO () _____

En caso afirmativo, indique con qué frecuencia la ha recibido a lo largo del último año _____

No. de registro _____

INSTRUCCIONES: Lea con atención las siguientes preguntas relacionadas a su historia ginecológica.

HISTORIA GINECOLÓGICA	RESPUESTAS
-----------------------	------------

H1. Especifique la edad en la que tuvo su primera menstruación.	
---	--

H2. Especifique la edad de su primera relación sexual.	
--	--

H3. Indique el número de embarazos que ha tenido.	
---	--

H31. De éstos indique cuántos nacimientos han sido por parto natural.	
---	--

H32. Indique cuántos nacimientos han sido por cesárea.	
--	--

H33. Si ha tenido abortos, indique el número.	
---	--

H4. Indique qué enfermedades ha padecido.	
---	--

H5. Si ha tenido intervenciones quirúrgicas, aclare cuáles han sido.	
--	--

H6. Indique el número de ocasiones en que ha presentado su ciclo menstrual en los últimos 12 meses (omite si ya no los presenta).	
---	--

H7. Especifique la edad en la que dejó de presentar periodos menstruales.	
---	--

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de enunciados acerca de los síntomas que usted ha experimentado en el último año. Lea cuidadosamente cada una de ellas y marque con una (X) en el cuadro que más se acerca a lo que usted ha sentido.

SÍNTOMAS							Muy frecuente	Frecuente	Ocasionalmente	Casi nunca	Nunca	no invadir
1. Siento oleadas de calor que se inician con una sensación de angustia.												
2. Tengo sudoraciones.												
3. He notado que tengo sequedad vaginal.												
4. Sufro de dolor vaginal al tener relaciones sexuales.												
5. He tenido infecciones vaginales.												
6. He tenido salida involuntaria de orina.												
7. Mi hambre ha aumentado.												
8. Tengo dolores de cabeza.												
9. Siento que mi corazón trabaja más rápido.												
10. Creo que los síntomas anteriores han durado mucho tiempo.												
A continuación se le presentan una serie de enunciados relacionados a su estado psicológico del último año. Por favor responda con la mayor veracidad posible.												
11. Me he sentido deprimida.												
12. He sentido tensión.												
13. He sentido ansiedad.												
14. Pienso que me es difícil relajarme.												
15. Me he sentido nerviosa.												
16. Me he sentido preocupada.												
17. Creo que he sido demasiado sensible.												
18. He llorado.												
19. Me he sentido sin esperanzas.												
20. He pensado en acabar con mi vida.												



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 PROGRAMA FACTORES PSICOLÓGICOS Y
 CALIDAD DE VIDA EN LA MENOPAUSIA

No. de registro _____

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones relacionadas a lo que usted ha vivido en el último año. Lea cuidadosamente cada una de ellas y marque con una (X) en el cuadro que más se acerque a lo que usted ha sentido.

CALIDAD DE VIDA					Muy frecuente-mente	Frecuente-mente	Ocasional-mente	Casi nunca	Nunca	no invadir
1.	Me canso con facilidad.									
2.	Me fatigo al hacer cualquier esfuerzo.									
3.	Mi rendimiento físico ha disminuido.									
4.	Tengo dificultades para conciliar el sueño.									
5.	Considero que descanso lo suficiente.									
6.	He perdido el interés por las cosas en general.									
7.	Se me dificulta realizar mis actividades de la vida diaria.									
8.	Considero que mi desempeño en el trabajo de la casa es eficaz.									
9.	Tengo problemas con los miembros de la familia.									
10.	Disfruto de las cosas que suelo hacer.									
11.	Me siento liberada al no tener el riesgo de un embarazo.									
12.	Considero que ésta es una etapa de mayor tranquilidad.									
13.	Me siento contenta con esta fase de mi vida.									
14.	Me preocupo por llegar a ser vieja.									
15.	La menopausia tuvo un impacto negativo en mi vida.									
16.	He perdido la confianza en mí misma.									
17.	Tengo dificultades para recordar acontecimientos recientes.									
18.	Me es difícil recordar cosas del pasado.									
19.	Concentrarme me resulta un problema.									
20.	Tengo dificultades para pensar con claridad.									
21.	Me siento físicamente atractiva.									
22.	Estoy contenta con mi pareja.									
23.	Considero que la relación con mi pareja es armónica.									
24.	Tengo una buena relación con mis hijos.									
25.	Considero que tengo una vida social activa.									
26.	Ha declinado mi interés en la sexualidad.									
27.	Ha disminuido la frecuencia de mis relaciones sexuales.									
28.	Encuentro satisfacción en mis relaciones sexuales.									

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los grupos de etapa climaterica

Variable	Grupo Premenopáusico	Grupo Perimenopáusico	Grupo Menopáusico	Grupo Postmenopáusico
No. de casos	38	13	11	58
Edad:				
Rango	45 - 55 años	45 - 55 años	45 - 52 años	45 - 55 años
Media	46,5	48,3	49,04	51,1
Estado civil:				
Soltera	15,80%	15,40%	9,10%	10,30%
Casada	63,20%	69,20%	81,80%	70,70%
Separada	2,60%	7,70%	9,10%	3,40%
Divorciada	5,30%	0%	0%	3,40%
Viuda	5,30%	7,70%	0%	10,30%
Unión libre	7,90%	0%	0%	1,70%
Ocupación:				
Hogar	76,30%	69,20%	45,50%	82,80%
Trabajo doméstico	7,90%	0%	9,10%	3,40%
Empleada en general	2,60%	15,40%	9,10%	6,90%
Comerciante	2,60%	7,70%	9,10%	5,20%
Profesora	7,90%	7,70%	9,10%	0%
Obrera	2,60%	0%	0%	0%
Enfermedad crónica:				
Diabetes	5,30%	15,40%	0,00%	15,50%
Hipertensión	7,90%	0%	9,10%	19%
Hipertiroidismo	5,30%	0%	9,10%	1,70%
Hipotiroidismo	2,60%	0%	0%	1,70%
Fibrosis pulmonar	0%	0%	0%	1,70%
Cardiopatía	0%	0%	0%	1,70%
Osteoporosis	0%	7,70%	0%	3,40%
Artritis reumatoide	0%	0%	0%	0%
Pielonifritis	2,60%	0%	0%	0%
Gastritis, colitis	2,60%	7,70%	0%	3,40%
Asma	2,60%	7,70%	0%	0%

Fuente: Proyecto calidad de vida y procesos psicológicos en la menopausia y el climaterio

N=120

Tabla 2

Datos gineco-obstétricos e historia reproductiva de los grupos de etapa climaterica

Variable	Grupo Premenopáusico	Grupo Perimenopáusico	Grupo Menopáusico	Grupo Postmenopáusico
Edad de la Menarca:				
Rango	11-18 años	11 - 16 años	12 - 15 años	10 - 17 años
Media	12,74	12,92	13,9	13,09
Edad de la 1a. Relación sexual				
Rango	14 - 33 años	13 - 22 años	16 - 31 años	11 - 32 años
Media	19,45	18,23	21,36	18,95
Número de embarazos				
Rango	0 - 18 em	2 - 14 em	1 - 6 em	0 - 11 em
Media	3,47	4,92	3,18	4,41
Número de partos				
Rango	0 - 6	0 - 6	0 - 5	0 - 9
Media	2,21	3,46	2	3,47
Número de cesáreas				
Rango	0 - 4	0 - 3	0 - 2	0 - 3
Media	0,79	0,69	0,64	0,59
Número de abortos				
Rango	0 - 3	0 - 7	0 - 5	0 - 7
Media	0,13	0,77	0,55	0,4
Edad de la menopausia				
Rango			44 - 55 años	27 - 53 años
Media			48,09	43,43

Fuente: Proyecto calidad de vida y procesos psicológicos en la menopausia y el climaterio

N=120

Tabla 3

Enfermedades e intervenciones gineco-obstétricas

Variable	Grupo Premenopáusico	Grupo Perimenopáusico	Grupo Menopáusico	Grupo Postmenopáusico
Enfermedades gineco-obstétricas				
Miomas	10,50%	23,10%	18,20%	31%
Quistes en ovarios	2,60%	0%	9,10%	8,60%
Alteración de la estática pélvica	0%	15,40%	9,10%	3,40%
Istmo cervical	2,60%	0%	0%	0%
Fibrosis en seno	2,60%	0%	0%	0%
Intervención quirúrgica				
Salpingoclasia	34,20%	23,10%	36,40%	27,60%
Histerectomía	2,60%	0%	9,10%	34,50%
Ooforectomía	0%	0%	9,10%	0%
Cauterización de úlcera	2,60%	0%	0%	0%
"Levantamiento de vejiga"	0%	15,40%	9,10%	1,70%

Fuente: Proyecto calidad de vida y procesos psicológicos en la menopausia y el climaterio

N=120

Tabla 4

Medias de los grupos de etapa climática en las categorías de análisis de los instrumentos

Variable	Grupo Premenopáusico	Grupo Perimenopáusico	Grupo Menopáusico	Grupo Postmenopáusico
Preocupación somática				
Media	8,6	13	14,81	12,98
Dispareunia				
Media	2,42	3	3,09	3,75
Alteración genitourinaria				
Media	2,92	4,38	4,63	3,43
Sensación de aprehensión				
Media	18,26	19,92	20,63	22
Sensibilidad				
Media	6,36	5,92	6,54	6,65
Pareja y sexualidad				
Media	17,5	15,53	17,9	13,01
Cansancio y fatiga				
Media	14,47	12,84	13,63	12,5
Memoria y concentración				
Media	16,63	15,07	14,81	14,87
Sentimientos positivos				
Media	7,65	7,38	7,72	7,6
Familia y sociedad				
Media	20	19,38	19,72	20,05
Sueño y descanso				
Media	7,52	5,76	5,63	6,41
Impacto de la menopausia				
Media	3,3	1,05	6,45	6,6
Sentimientos negativos				
Media	8,78	8,76	9,45	8,2

Tabla 5

Análisis factorial-ítems (rotación varimax) del Cuestionario de Sintomatología física y psicológica

Factor e ítem	Carga factorial	Varianza que explica (%)
Factor 1. Sensación de aprehensión. (8 ítems)		36,22
14. Pienso que me es difícil relajarme.	0,83	
15. Me he sentido nerviosa.	73	
16. Me he sentido preocupada.	0,71	
11. Me he sentido deprimida.	0,71	
13. He sentido ansiedad.	0,7	
19. Me he sentido sin esperanzas.	0,7	
12. He sentido tensión.	0,65	
20. He pensado en acabar con mi vida.	0,63	
Factor 2. Preocupación somática (5 ítems)		11,15
1. Siento oleadas de calor que se inician con una sensación de angustia.	0,7	
9. Siento que mi corazón trabaja más rápido.	0,69	
2. Tengo sudoraciones.	0,66	
8. Tengo dolores de cabeza.	0,65	
10. Creo que los síntomas anteriores han durado mucho tiempo.	0,65	
Factor 3. Dispareunia (2 ítems)		6,73
4. Sufro de dolor vaginal al tener relaciones sexuales.	0,87	
3. He notado que tengo sequedad vaginal.	0,79	
Factor 4. Sensibilidad.(2 ítems)		6,07
18. He llorado.	0,88	
17. Creo que he sido demasiado sensible.	0,81	
Factor 5. Alteración genitourinaria (2 ítems)		5,74
He tenido salida involuntaria de orina.	0,7	
He tenido infecciones vaginales.	0,54	

Tabla 6

Análisis factorial-ítems (rotación varimax) del Cuestionario de Calidad de Vida

Factor e ítem	Carga factorial	Varianza que explica (%)
Factor 1. Pareja y sexualidad (5 ítems)		24,22
23. Considero que la relación con mi pareja es armónica.	0,91	
28. Encuentro satisfacción en mis relaciones sexuales.	0,9	
22. Estoy contenta con mi pareja.	0,89	
27. Ha disminuido la frecuencia de mis relaciones sexuales.	0,89	
26. Ha declinado mi interés en la sexualidad.	0,88	
Factor 2. Cansancio y fatiga (3 ítems)		14,5
3. Mi rendimiento físico ha disminuido.	0,84	
2. Me fatigo al hacer cualquier esfuerzo.	0,84	
1. Me canso con facilidad.	0,83	
Factor 3. Memoria y concentración (4 ítems)		7,19
20. Tengo dificultades para pensar con claridad.	0,82	
19. Concentrarme me resulta un problema.	0,79	
17. Tengo dificultades para recordar acontecimientos recientes.	0,74	
18. Me es difícil recordar cosas del pasado.	0,71	
Factor 4. Sentimientos positivos a la etapa de vida (2 ítems)		6,04
13. Me siento contenta con esta fase de mi vida.	0,77	
12. Considero que esta es una etapa de mayor tranquilidad.	0,75	
Factor 5. Relaciones familiares y sociales (5 ítems)		5,06
24. Tengo una buena relación con mis hijos.	0,67	
10. Disfruto de las cosas que suelo hacer.	0,62	
9. Tengo problemas con los miembros de la familia.	0,61	
8. Considero que mi desempeño en el trabajo de la casa es eficaz.	0,5	
25. Considero que tengo una vida social activa.	0,32	
Factor 6. Sueño y descanso (2 ítems)		4,75
5. Considero que descanso lo suficiente.	0,81	
4. Tengo dificultades para conciliar el sueño.	0,66	
Factor 7. Impacto de la menopausia (2 ítems)		4,19
15. La menopausia tuvo un impacto negativo en mi vida.	0,86	
11. Me siento liberada al no tener el riesgo de un embarazo.	0,81	
Factor 8. Sentimientos negativos del periodo de vida (2 ítems)		3,78
16. He perdido la confianza en mí misma.	0,7	
6. He perdido el interés por las cosas en general.	0,46	

Figura 1. Media en cada grupo por instrumento

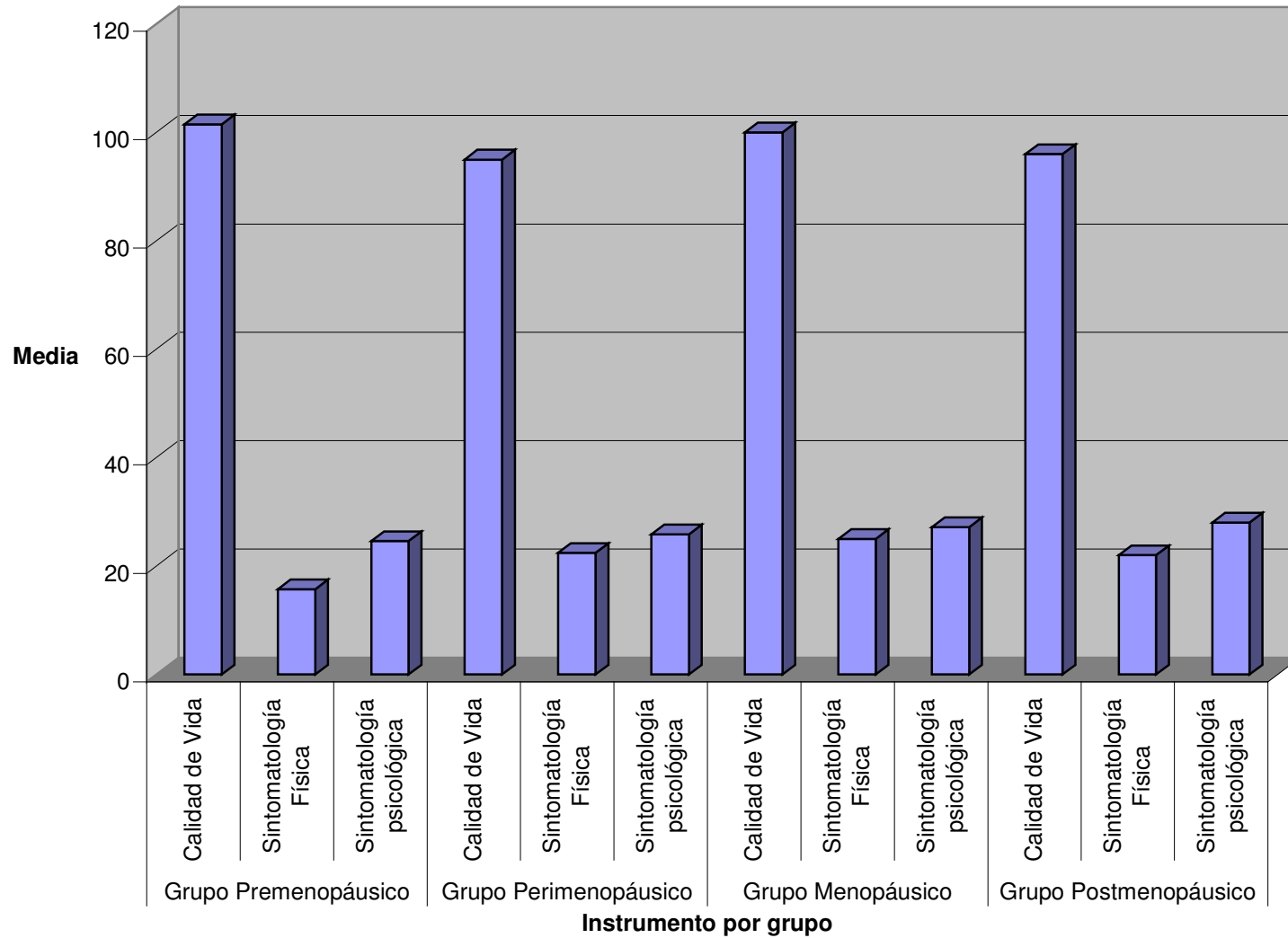


Figura 2. Porcentaje de respuesta por grupo en preocupación somática

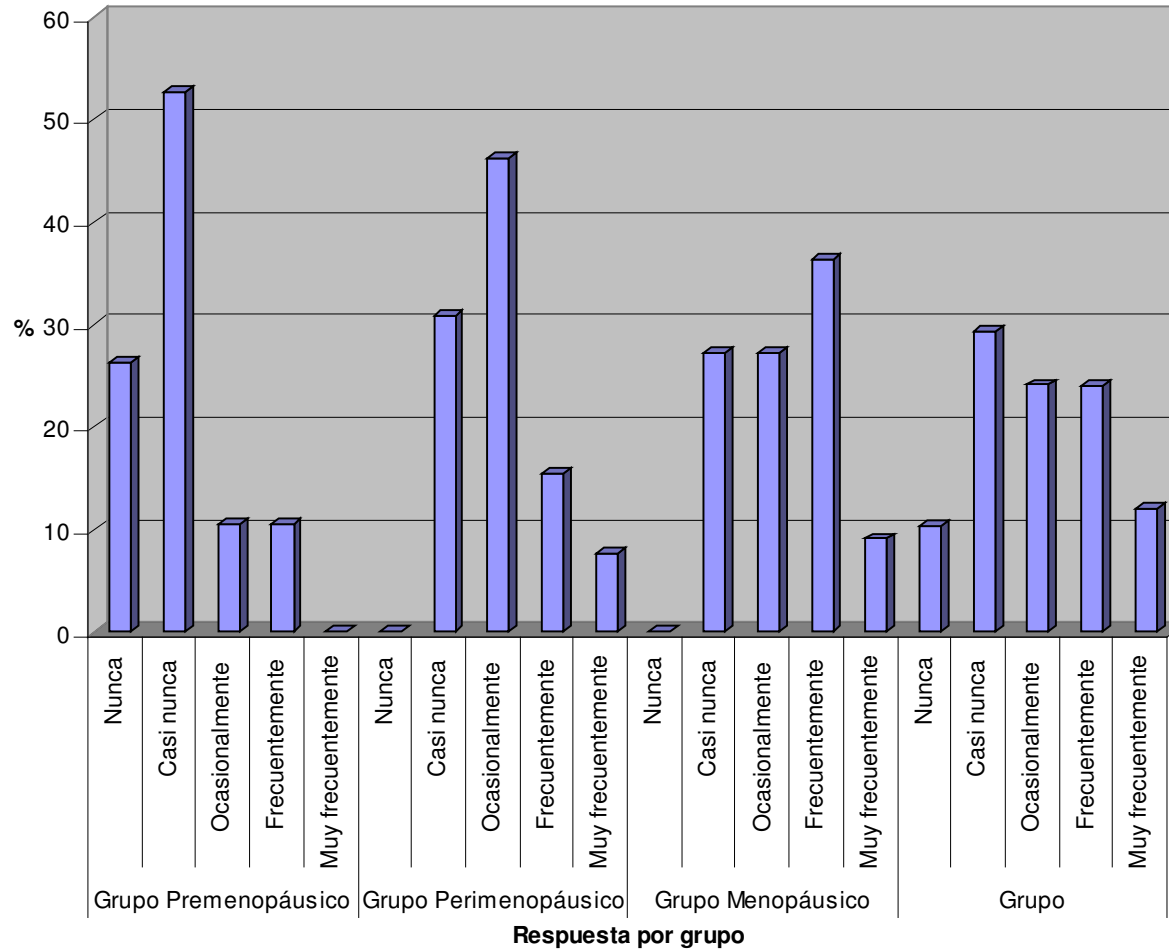


Figura 3. Porcentaje de respuesta por grupo en dispareunia

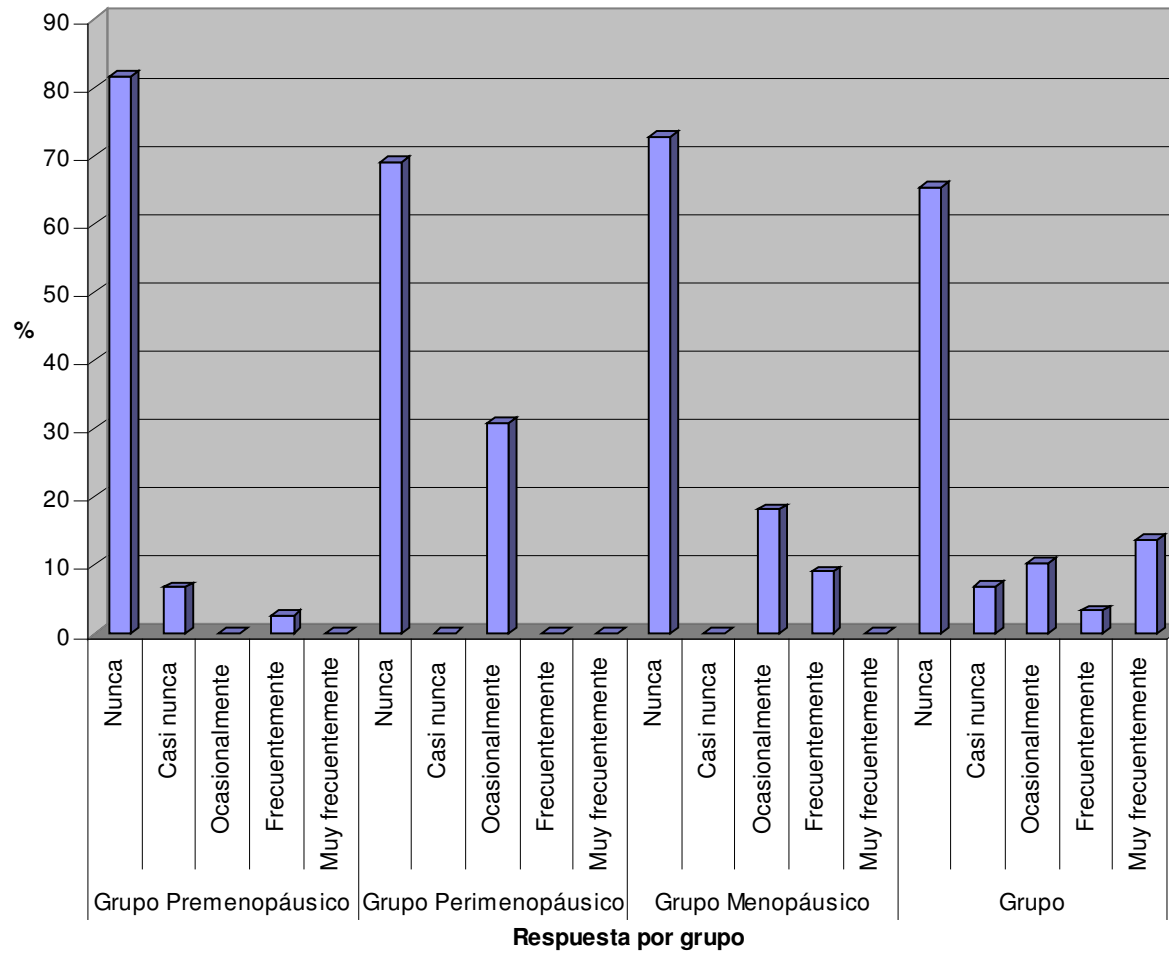


Figura 4. Porcentaje de respuesta por grupo en alteraciones genitourinarias

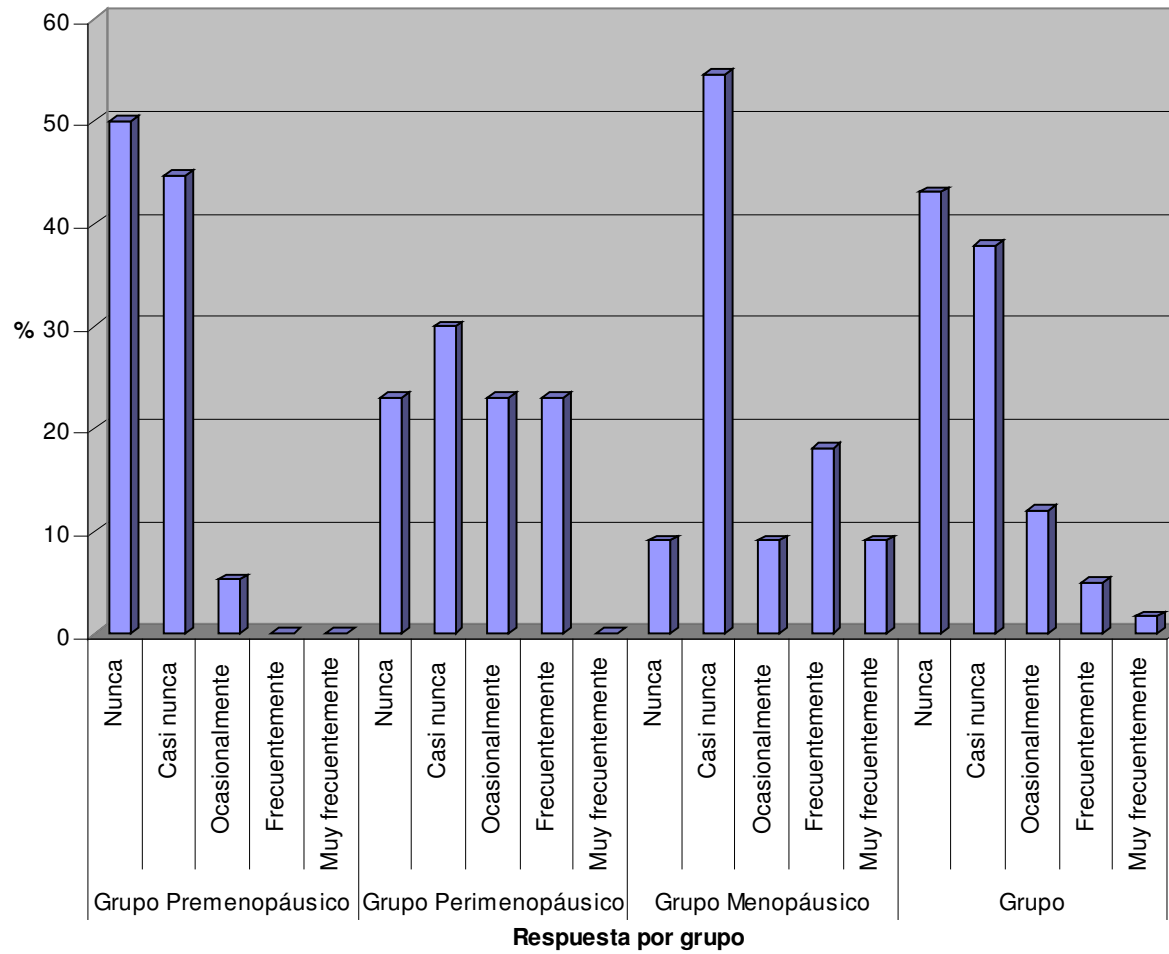


Figura 5. Porcentaje de respuesta por grupo en sensación de aprehensión

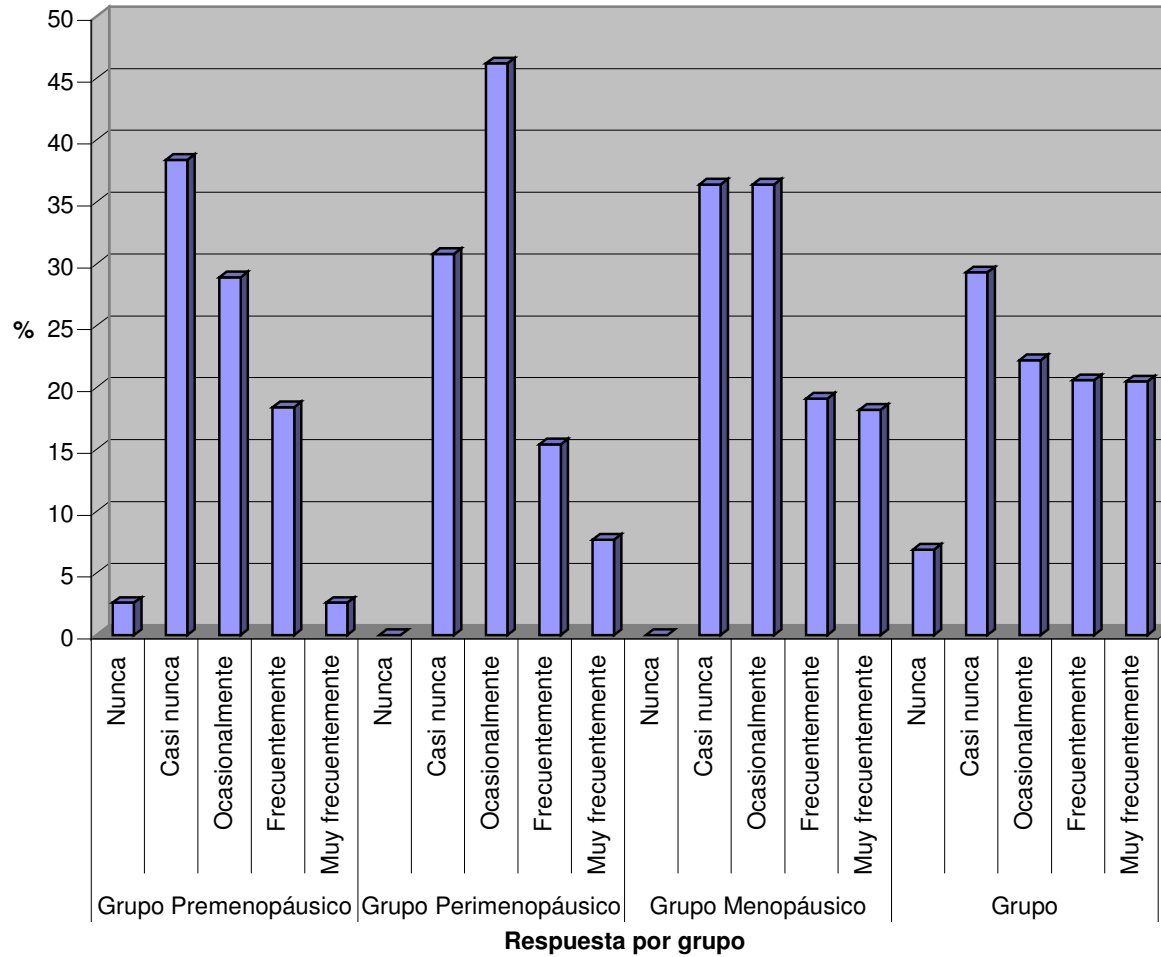


Figura 6. Porcentaje de respuesta por grupo en sensibilidad

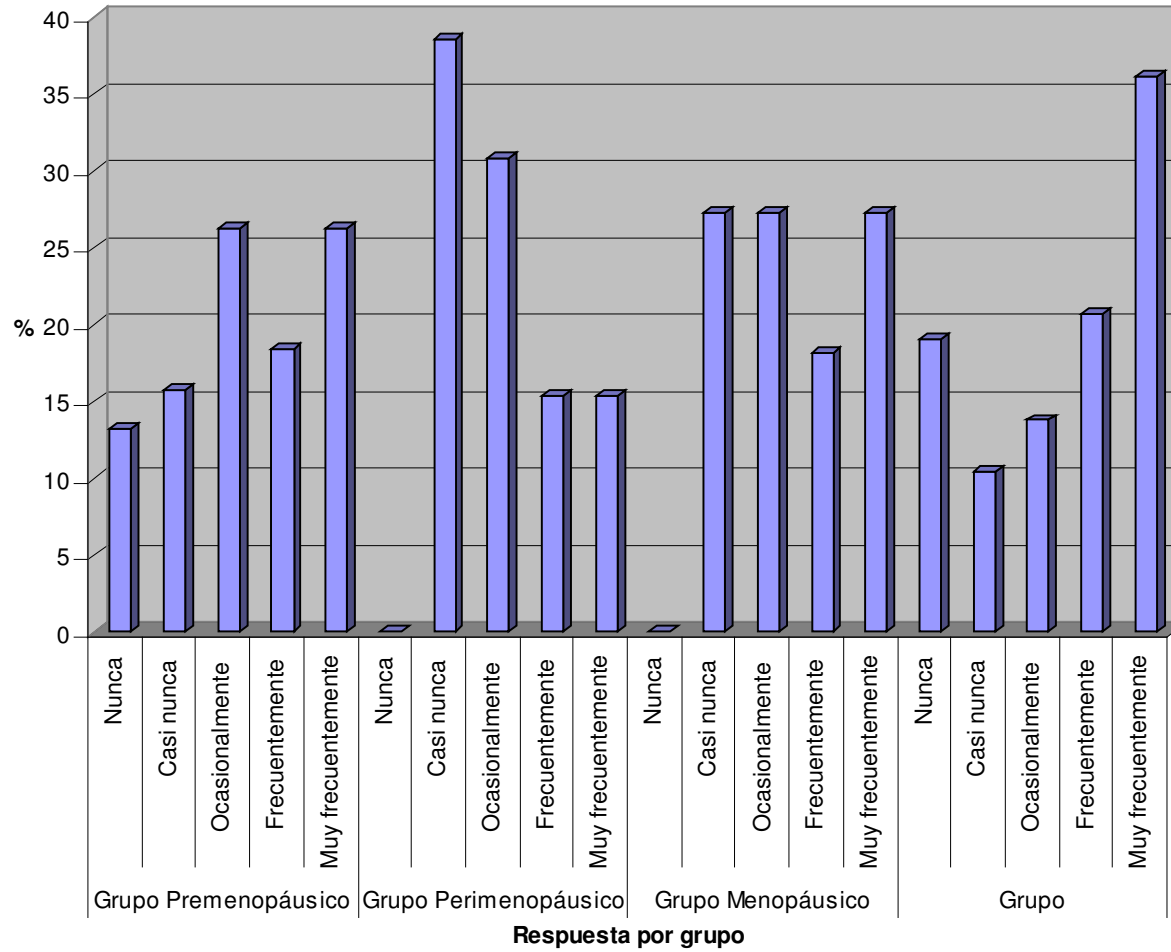


Figura 7. Porcentaje de respuesta por grupo en pareja y sexualidad

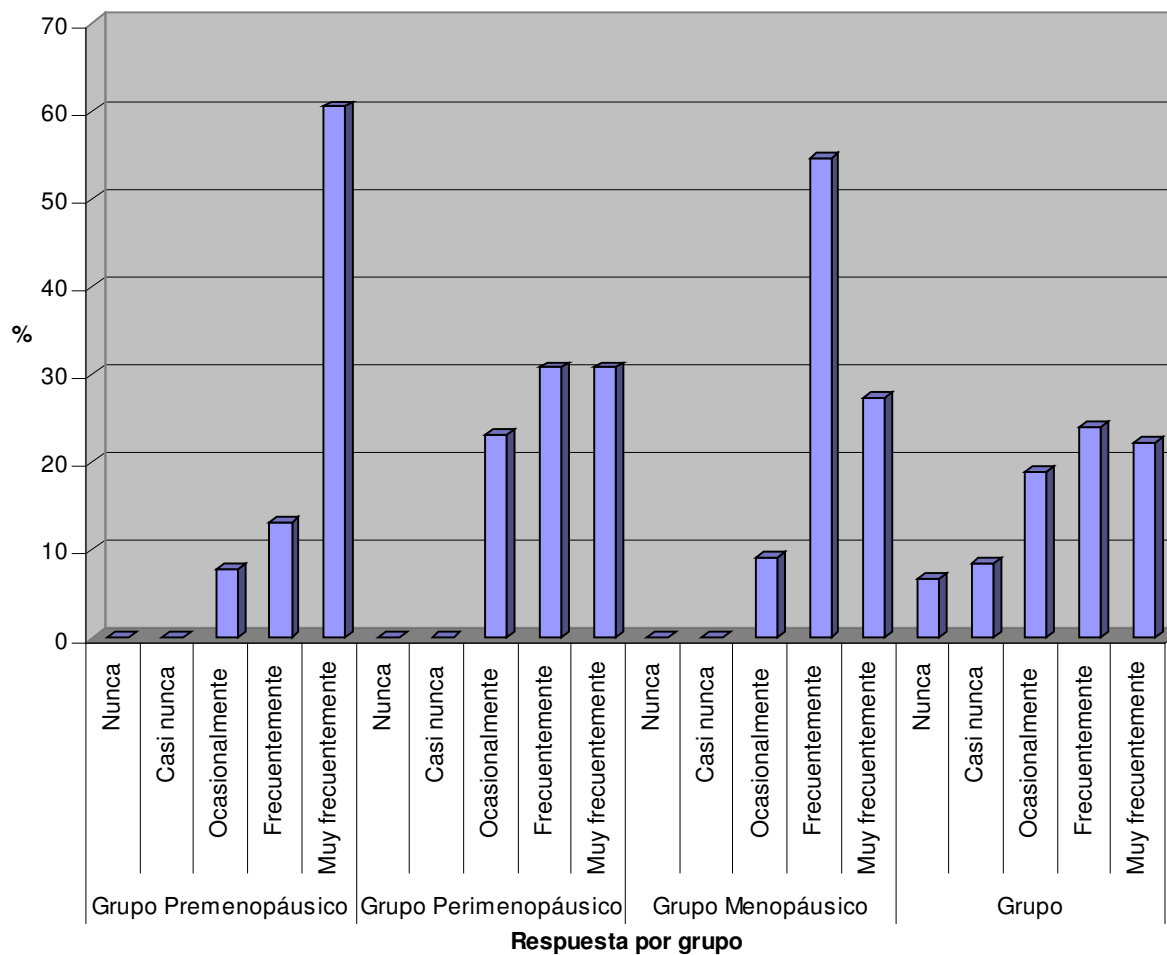


Figura 8. Porcentaje de respuesta por grupo en cansancio y fatiga

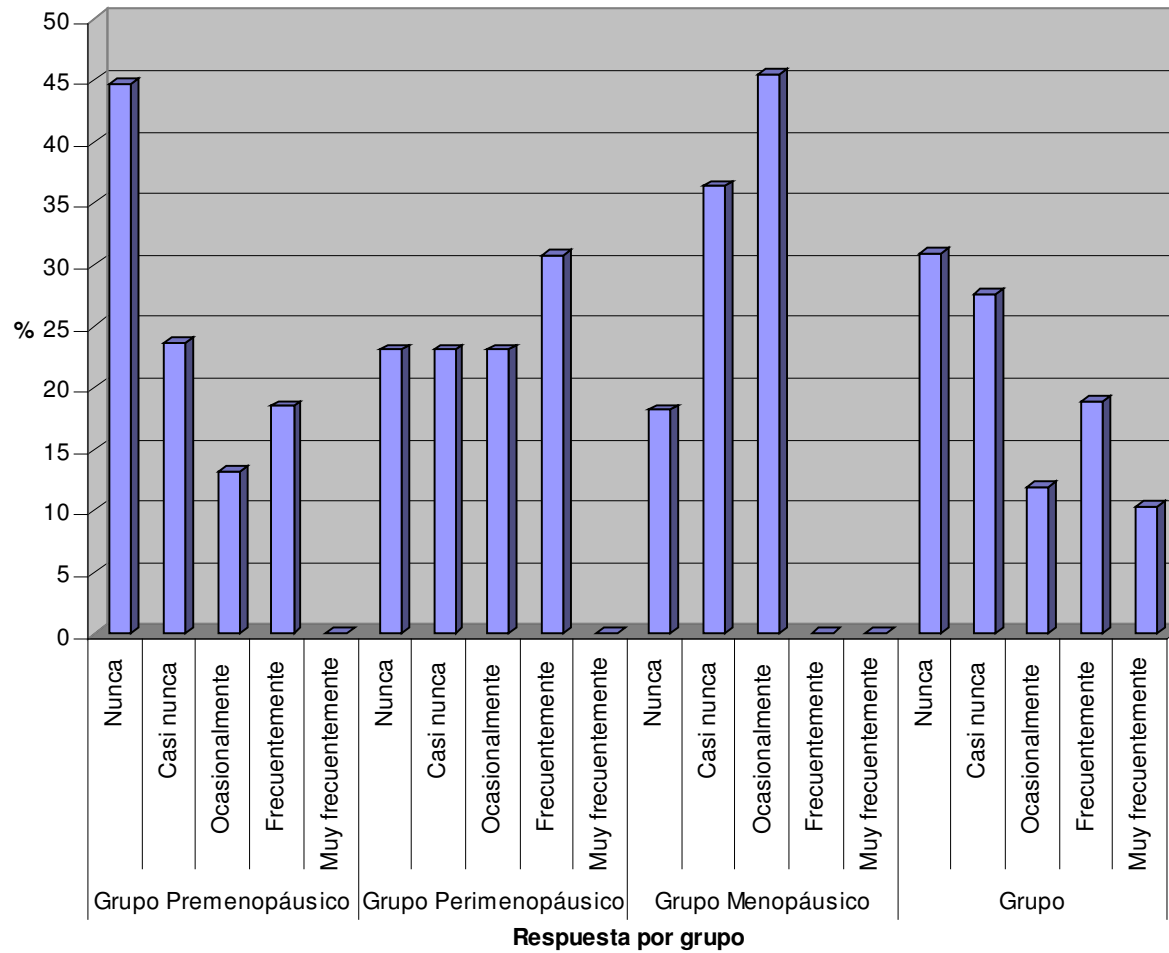


Figura 9. Porcentaje de respuesta por grupo en memoria y concentración

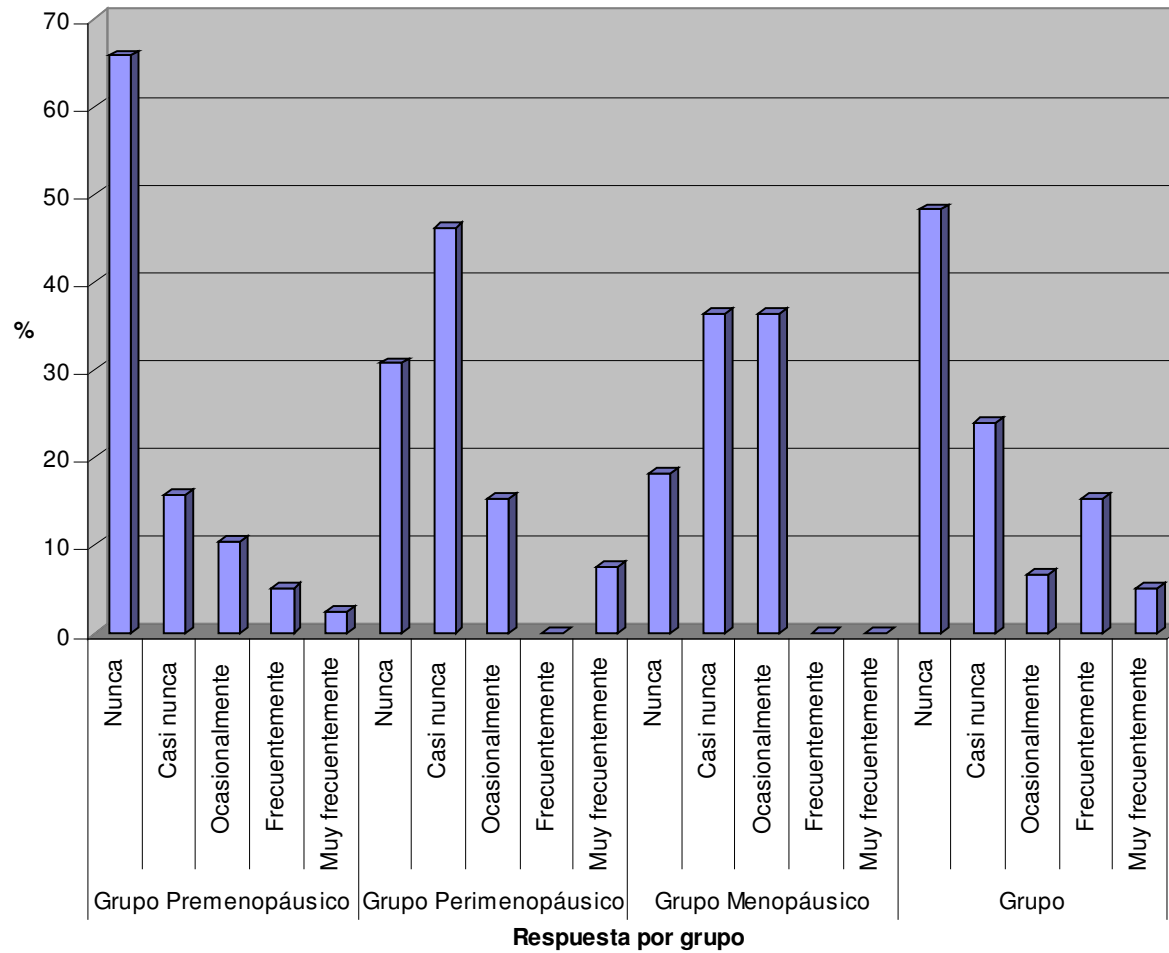


Figura 10. Porcentaje de respuesta por grupo en sentimientos positivos a la etapa de vida

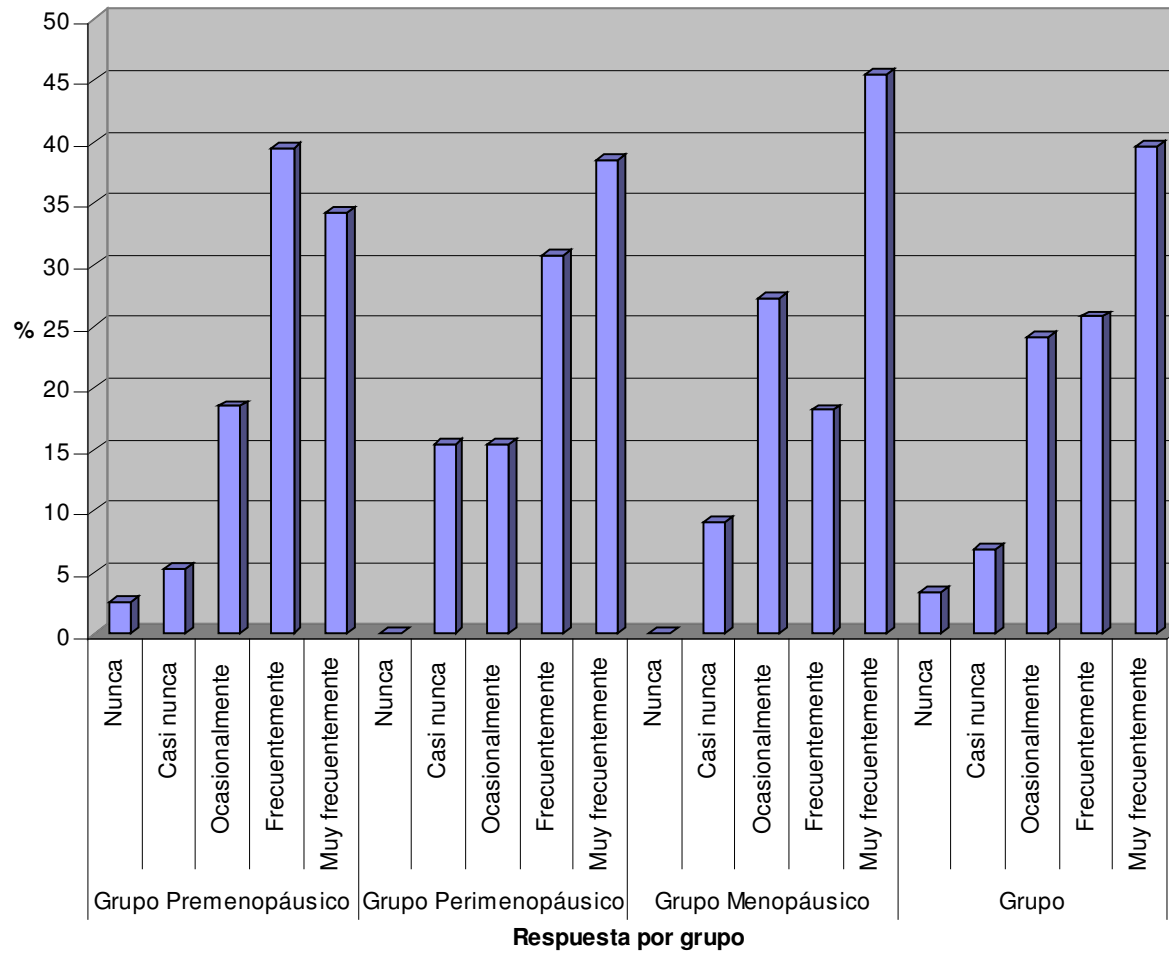


Figura 11. Porcentaje de respuesta por grupo en familia y sociedad

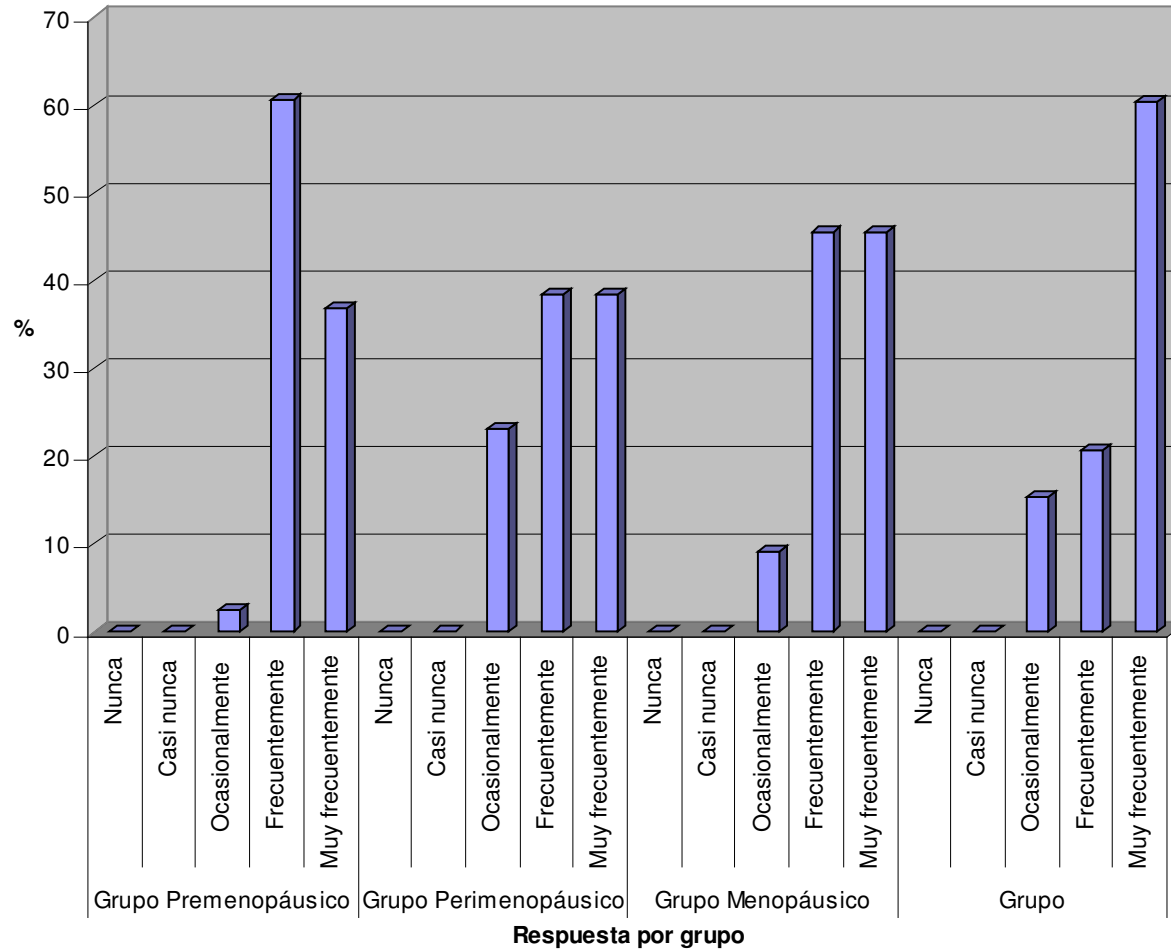


Figura 12. Porcentaje de respuesta por grupo en sueño y descanso

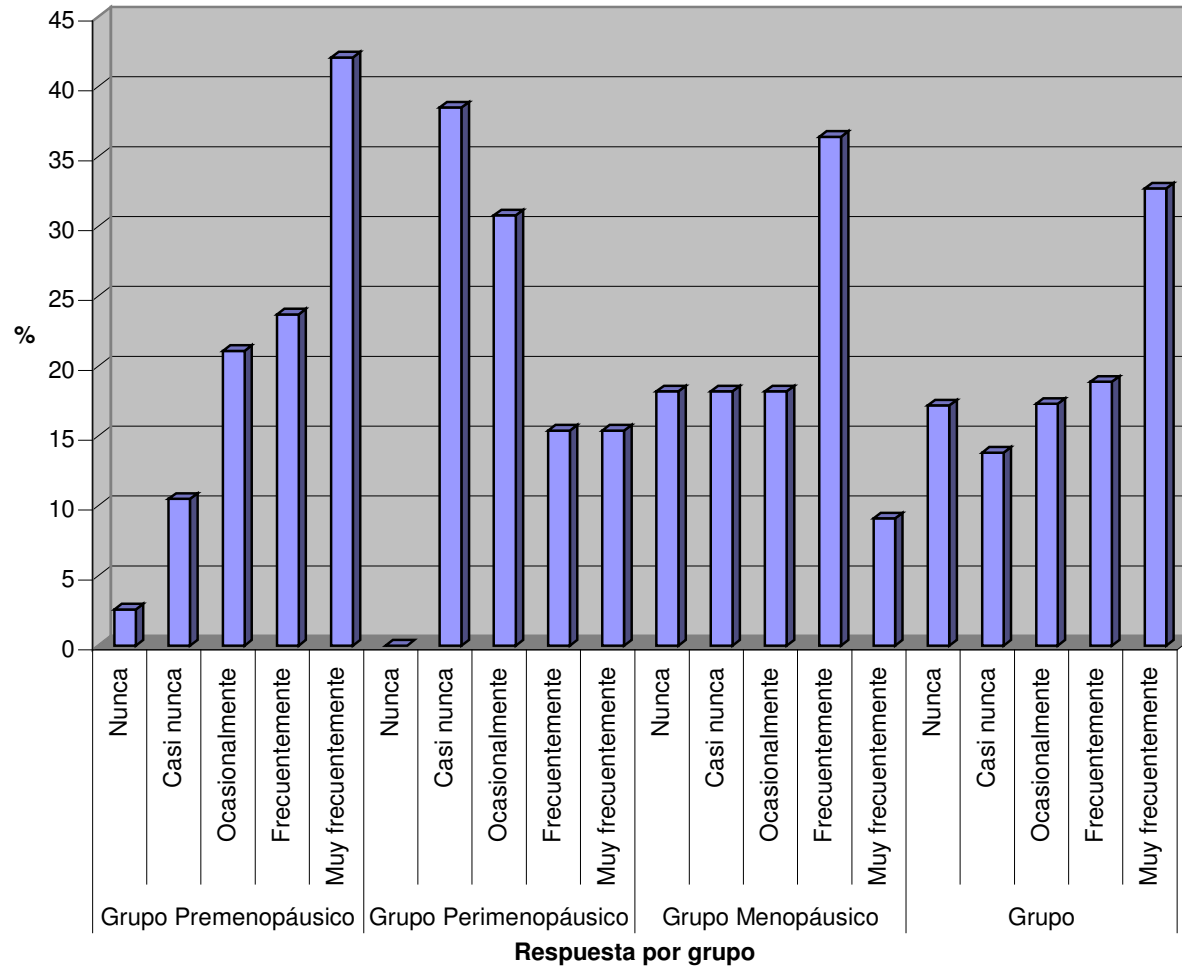


Figura 13. Porcentaje de respuesta por grupo en impacto de la menopausia

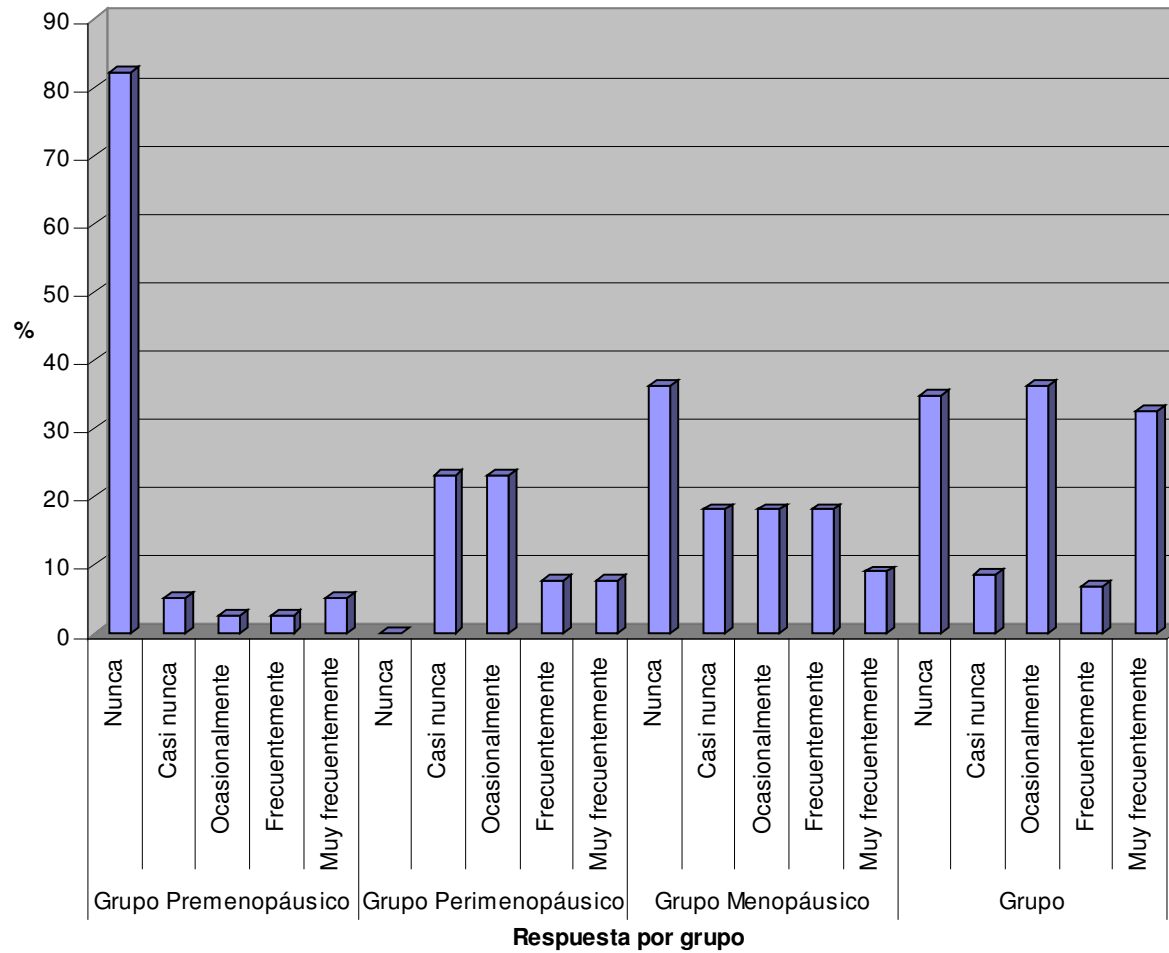


Figura 14. Porcentaje de respuesta por grupo en sentimientos negativos del periodo de vida

