



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Ginecología y Obstetricia

Hospital General de México

**Evaluación de la calidad de vida en mujeres
postmenopáusicas del Hospital General de México, O.D.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA

EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA:

PRESENTA

José Antonio Schievenini Anaya

Asesor:

Dra. Rocío Guerrero Bustos

México, D. F. julio de 2011



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.

DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DRA. ROCIO GUERRERO BUSTOS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE POSGRADO
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS

DR. JOSE ANOTNIO SCHIEVENINI ANAYA
RESIDENTE DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
AUTOR DE TESIS

CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 2 |
| Justificación | 9 |
| Objetivo General | 10 |
| Objetivos Específicos | 10 |
| Material y Métodos | 11 |
| • Tipo de estudio | 11 |
| • Tamaño de la muestra | 11 |
| • Criterios de inclusión | 11 |
| • Criterios de exclusión | 11 |
| • Variables | 11 |
| • Tipos de cuestionario y escalas de medición | 12 |
| • Análisis estadístico | 13 |
| Recolección de datos y análisis de resultados | 14 |
| Resultados | 15 |
| Discusión | 22 |
| Conclusiones | 23 |
| Bibliografía | 24 |
| Anexos | 26 |

*Agradezco a Dios,
a mis padres,
mis maestros,
gracias a mis amigos y
Gracias a la vida...*

RESUMEN

Comprender el impacto de la menopausia en la calidad de vida de una mujer, es una cuestión de importancia crítica en el manejo clínico de las mujeres sintomáticas y más aún cuando ésta se encuentra relacionada con la salud en lo que se refiere a los efectos del estado físico y emocional de un individuo en su calidad de vida en general.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, ya que el número de pacientes en nuestro hospital en esta etapa es numeroso y se debe contar con un instrumento de medida e identificar a aquellas pacientes que requieran tratamiento.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal en la consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, de marzo de 2011 a junio de 2011. Se evaluaron 50 pacientes en la postmenopausia 46 con menopausia espontánea y 4 con menopausia adquirida. A cada una se le aplicaron ambos cuestionarios para evaluar la calidad de vida en la postmenopausia: escala de Greene y el otro escala Cervantes; los cuales han sido previamente validados, estandarizados y que han demostrado su aplicabilidad clínica en la evaluación subjetiva de diferentes aspectos de la mujer durante el climaterio. El análisis estadístico se llevo a cabo mediante el análisis de Covarianza (ANCOVA).

Resultados: En general se demostró que la calidad de vida en nuestra población empeora a medida que avanza la edad en pacientes evaluadas con la Escala de Greene, no así en las pacientes evaluadas mediante la Escala Cervantes; a pesar de que ambos cuestionarios hayan sido previamente validados para este fin.

Conclusiones: Los hallazgos expuestos en este trabajo demuestran en parte la disminución progresiva en la calidad de vida de mujeres en la postmenopausia en relación directa con la edad. Es preciso concluir que a pesar de que existen gran cantidad de cuestionarios para medirla y otros modificados para hacerlo en mujeres postmenopáusicas hasta el momento ninguno ha demostrado poder evaluar completamente todos los aspectos que intervienen en su medición como son los factores socioculturales, étnicos y características propias de cada individuo, lo que hace que los resultados entre una escala y otra sean tan discordantes.

Palabras clave: Postmenopausia, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Comprender el impacto de la menopausia en la calidad de vida de una mujer, es una cuestión de importancia crítica en el manejo clínico de las mujeres sintomáticas. Aproximadamente 25 millones de mujeres en los Estados Unidos entrarán en la menopausia en la próxima década, y la mayoría (aproximadamente el 70%) experimentarán síntomas de la menopausia. Sin embargo, la severidad de los síntomas y el grado en que los síntomas interfieren con el funcionamiento y la calidad de vida son muy variables de una mujer a otra ¹.

La calidad de vida relacionada con la salud, se refiere a los efectos del estado físico y emocional de un individuo en su calidad de vida en general. En los últimos años, ha habido una creciente toma de conciencia de los aspectos de calidad de vida y el envejecimiento, con un énfasis en cuestionar a los pacientes cómo se sienten ².

La Calidad de Vida ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones ³.

La menopausia es el punto de anclaje que se define después de 12 meses de amenorrea después del último periodo menstrual, que refleja una disminución casi completa, pero antural de la secreción de hormonas ováricas ⁴.

La población en América Latina es en su mayoría menor de 25 años de edad, pero poco a poco está envejeciendo. De hecho, en Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, la población adulta ya es predominante. La esperanza de vida al nacer de la mujer es de 70-80 años en la mayoría de los países, aunque en algunos todavía es 60-65 años. Existe una preocupación especial en relación con el envejecimiento socioeconómico en América Latina, porque la población está envejeciendo más rápidamente en esta región de lo que históricamente sucede en los países desarrollados, con la circunstancia agravante de la desigualdad de acceso a la atención sanitaria eficiente y la prevención (a veces incluso para necesidades básicas de salud) y débil sistema de protección social. Las preocupaciones no son sólo los relacionados con los riesgos de osteoporosis y enfermedad cardiovascular, sino también a la expectativa con problemas de mantener una buena calidad de vida en una sociedad inclusiva. Las mujeres de América Latina son más propensas a una aparición más temprana de la menopausia, con un impacto muy negativo tanto en su calidad de vida, según lo expresado por los síntomas físicos y psicológicos, así como por una alta prevalencia de disfunción sexual. Estos hechos son especialmente preocupantes, debido al acceso desigual a la atención de la salud y la debilidad de los sistemas de protección social en los países de América Latina ⁵.

En lo que se refiere al aspecto sexual de la paciente en la postmenopausia merece apartado especial la disfunción sexual definida como: "una serie de síndromes en las que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente o recurrente." Éstas se clasifican, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IVTR), como:

- a) Deseo sexual hipoactivo: Ausencia o reducción de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente.
- b) Trastorno por aversión al sexo: Aversión extrema y recurrente hacia, y con evitación de todos o casi todos, los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
- c) Trastorno de la excitación sexual en la mujer: Incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
- d) Trastorno orgásmico femenino: Ausencia persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.
- e) Dispareunia: Dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante y posterior a la relación sexual.
- f) Vaginismo: Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfieren con el coito.
- g) Disritmia: Incremento de la actividad sexual normal en uno de los miembros de la pareja, manifestada por la insatisfacción que provoca en el otro miembro de la pareja, que el otro desee, o no, demasiado las relaciones sexuales ⁶

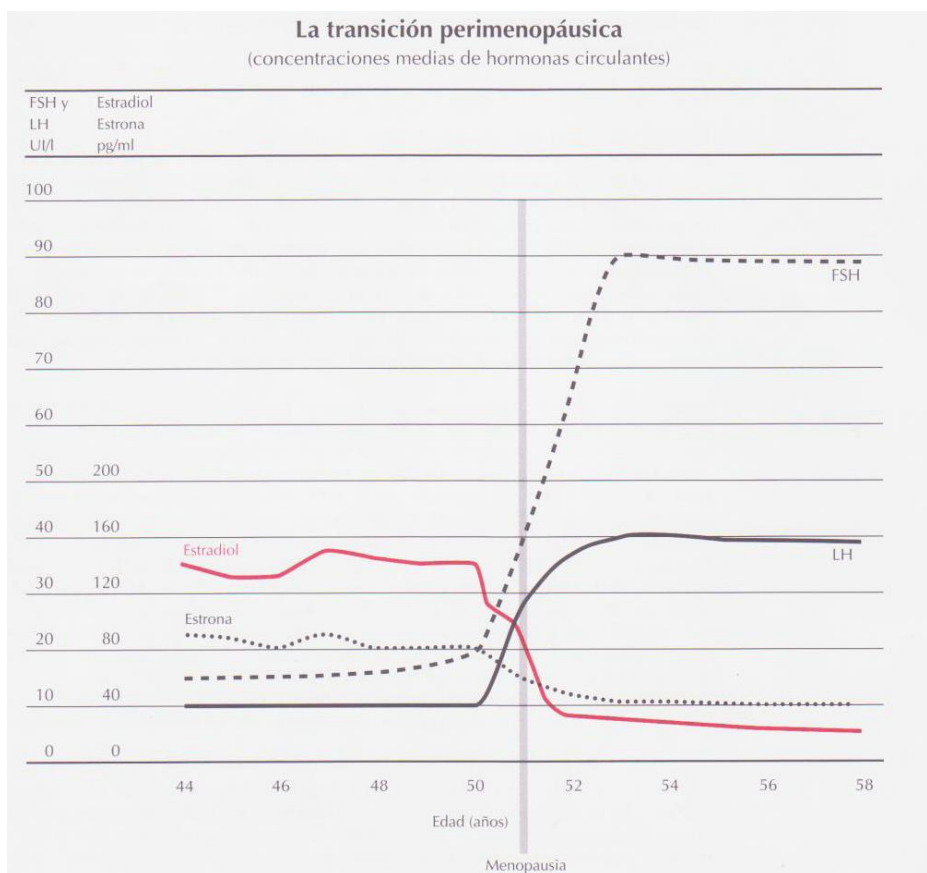
Ya que las necesidades de las mujeres en el campo de la sexualidad se están dando a conocer aunque de forma lenta y empiezan a ser un campo legítimo de investigación, estudio y tratamiento. Todas las mujeres son distintas y sus necesidades sexuales y problemas no se pueden encajar fácilmente en un patrón o categoría. El sistema de clasificación que se utiliza en la actualidad no es lo completo que podía ser pero resulta útil al proporcionarnos un marco para la definición de las dificultades sexuales. En términos generales las cuatro áreas en las cuales las mujeres tienen dificultades son: el deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor asociado al coito ⁷

En México, hace dos décadas, un estudio informó una mediana de edad de la menopausia de 48.2 años, mientras que un estudio más reciente reportó un promedio de 50 años. Los estudios han demostrado que los eventos estresantes de la vida, la desnutrición y el aumento de la exposición a toxinas ambientales (por ejemplo, el tabaco y el plomo) se asocian con la menopausia más temprana. Parece que el estrés activa el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y / o el estrés crónico puede dar lugar a aumento de la secreción de glucocorticoides, que puede alterar el equilibrio hormonal y reproductivo así como suprimir la ovulación, entre otros. Esto también puede explicar por qué en algunos estudios, las asociaciones entre las condiciones sociales y edad de la menopausia parecía ser explicada principalmente por el índice de masa corporal, el tabaquismo y la resistencia a la insulina y la función pulmonar. ⁸

Williams fue el primero en sugerir que la menopausia puede ser adaptativa. Afirmó que en algunas mujeres de edad puede suceder para evitar los peligros del parto. ⁹

La menopausia natural es causada por el envejecimiento de los ovarios, lo que conduce a una disminución en la producción de las hormonas (estrógeno y progesterona) que controlan el funcionamiento general del cuerpo de una mujer. Esta deficiencia de hormonas provoca diversos síntomas vasomotores sexuales, y psicológicos que afectan en general a la calidad de vida de la mujer. La naturaleza y gravedad de los síntomas son tales que varían no sólo entre los individuos de una misma población, sino también entre las diferentes culturas, etnias y países. La aparición de la menopausia entre los 45 y los 60 años de edad se ha establecido en todo el mundo ¹⁰.

Así también puede definirse como el cese permanente de la menstruación como resultado de la pérdida de actividad folicular ovárica. La menopausia natural se reconoce que se ha producido después de 12 meses consecutivos de amenorrea de la que no hay otra causa evidente patológica o fisiológica. En la actualidad, sólo puede reconocerse a posteriori aunque los cambios endocrinos se han empezado años antes. Cambios en las concentraciones séricas de la hormona foliculoestimulante (FSH) y estradiol son máximas en el año del último período menstrual (FMP). La elevación de FSH, es un pobre predictor de la edad de la menopausia ya que el médico no puede extraer ninguna conclusión acerca de la edad de la menopausia en una mujer en particular sobre la base de la presencia o el grado de elevación de FSH. Los cambios endocrinos de la menopausia no incluyen ninguna disminución aguda de los andrógenos. Después de la menopausia, la estrona, en lugar del estradiol, es el estrógeno circulante más importante y más potente. Se produce principalmente por la aromatización periférica de andrógenos, por lo que las células grasas se vuelven la fuente principal de estrógeno endógeno después de la menopausia (Figura 1)



Existe una considerable variación individual, raciales y étnicas en la edad de la menopausia natural, en los signos y síntomas del climaterio, y en lo que puede considerarse relacionados con las secuelas en la menopausia. Existe una falta de consenso en cuanto a si los cambios en la salud que ocurren durante el climaterio o los que se presentan más adelante en la vida son atribuibles a la menopausia y la función ovárica reducida o con el envejecimiento.

La comprensión de los factores que influyen en la edad de la menopausia son limitados. Aunque los factores familiares o hereditarios parecen ser los más predictivos. De otras variables estudiadas, la relación más consistente es el consumo de cigarrillos lo cual adelanta la menopausia de 1 a 2 años. A continuación se enlistan algunas definiciones referentes a las diferentes etapas de la paciente. En esta etapa se observa la mayor prevalencia del síndrome climatérico, debido a una disminución gradual de la función ovárica. El número de folículos primordiales se reduce, presentando una respuesta pobre o nula al estímulo de las gonadotropinas hipofisarias y por ende, la producción de estrógenos y progesterona se reduce. El hipoestrogenismo es la causa de la mayoría de las alteraciones del síndrome climatérico que ocurren en este periodo: reducción de la fertilidad, alteraciones menstruales, inestabilidad vasomotora, alteraciones del tracto genitourinario, cambios psicológicos y en la sexualidad (Tabla 1) ¹¹

| | Premenopausia | Posmenopausia |
|-----------------|----------------------|----------------------|
| Estradiol | 40–400 pg/ml | 10–20 pg/ml |
| Estrona | 30–200 pg/ml | 30–70 pg/ml |
| Testosterona | 20–80 ng/dl | 15–70 ng/dl |
| Androstenediona | 60–300 ng/dl | 30–150 ng/dl |

Climaterio: época de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva, en el que se van a presentar un conjunto de fenómenos que acompañan al cese de la función ovárica, implicando cambios biológicos, psicológicos y aún sociales en la mujer.

Premenopausia: Es el periodo aproximado de 5 años de duración (varía de 2 a 10 años), anterior a la fecha de la última menstruación. Se caracteriza por el inicio de los síntomas del déficit estrogénico y llega hasta la menopausia

Postmenopausia: Se refiere el periodo que comienza a partir de la menopausia y que pasado alrededor de 15 años, se confunde imperceptiblemente con la senectud. Sus síntomas y manifestaciones características dependen en gran medida del tiempo que tardan en desaparecer los niveles hormonales existentes anteriormente.

Menopausia inducida deriva de una intervención médica que reduce o detiene la secreción de hormonas ováricas. Estas intervenciones incluyen la cirugía, para extirpar los ovarios o para reducir su flujo sanguíneo, y la quimioterapia o la radioterapia sobre la pelvis (incluyendo los ovarios) para tratar alguna neoplasia.

Perimenopausia: La OMS estableció la siguiente definición y debe incluir el periodo inmediato anterior a la menopausia (cuando comienza las modificaciones endocrinas, biológicas y clínicas de aproximación a la menopausia) y el primer año después de la menopausia ¹²

Muchas mujeres de más de 40 años presentan síntomas asociados con la transición de la menopausia. Los síntomas comunes son los sofocos, alteraciones del estado de ánimo, dolor musculoesquelético y disfunción sexual. Estos síntomas aparecen al mismo tiempo con el

envejecimiento, la familia o cambiando los roles sociales, y la disminución de la actividad física. Al mismo tiempo, estas mujeres se enfrentan a un mayor riesgo de morbilidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y otras enfermedades crónicas. En combinación, estos cambios pueden dar lugar a reacciones de estrés físico y psicológico que afectan su calidad de vida. La atención a la salud de alta calidad, incluye una apreciación de estas amenazas a la salud y la calidad de vida de las mujeres mayores. La mejor práctica debe incorporar, basadas en la investigación, las habilidades clínicas con sensibilidad cultural y los procedimientos en la prestación de atención primaria a las mujeres en esta etapa de la vida ¹³.

La mayoría de las mujeres considera que la menopausia tiene efectos negativos físicos y psíquicos en la salud. Sin embargo, en la práctica clínica la evaluación sistemática de estos efectos es muy superficial ¹⁴.

La fluctuación de estrógenos que se produce con el inicio de la transición de la menopausia se cree que es asociada con disminución en la calidad de vida. Sin embargo, la evidencia es inconsistente: algunos estudios han encontrado cambios significativos en la calidad de vida durante el climaterio, pero otros no. Al evaluar la calidad de vida relacionada con condiciones físicas particulares, los instrumentos de calidad de vida que se ocupan de estas condiciones deben ser utilizados debido a las características clínicas de distintos instrumentos que no son iguales. Además, las estrategias de análisis en los estudios disponibles normalmente comparan mujeres premenopáusicas con mujeres de otros estados de la menopausia, tomados por separado, y por lo general en estos estudios no se tratan más cambios después del cese de la menstruación. No está claro si la transición de perimenopausia se asocia con un deterioro adicional, o mejora de la calidad de vida ¹⁵.

El Estudio de Salud de la Mujer a Través de la Nación (SWAN) es un estudio multiétnico de las mujeres en transición a la menopausia compuesto por mujeres de los cinco grupos raciales / étnicos: blancos, afroamericanos, hispanos, japoneses y chinos. Hasta la fecha, las diferencias étnicas se han encontrado en las siguientes áreas: calidad de vida, depresión, y función sexual. La interpretación de estas diferencias étnicas se convierte en un componente importante de SWAN. Se plantea la pregunta de si las diferencias pueden ser explicadas por las covariables como el nivel socioeconómico (SES) o la salud o si se deben a diferencias culturales o las características de la muestra en particular. Sin explorar estas explicaciones, uno podría concluir erróneamente que el resultado se debe a la etnia o la cultura ¹⁶.

Otro estudio "La satisfacción con la vida, la angustia, y la resistencia a través del ciclo de vida de la mujer" concluye que la satisfacción con la vida en mujeres de edad depende de manera crucial en el equilibrio de los recursos, capacidad de recuperación especialmente, pero también en el ingreso familiar, la presencia de una autoestima alta, y afiliación religiosa. La depresión y la ansiedad son factores de vulnerabilidad para la satisfacción baja de vida, junto con el desempleo. Cuando los recursos personales y sociales, y subraya se tuvieron en cuenta, la contribución negativa de edad se convirtió en muy pequeña. Cuando la mayor vulnerabilidad (bajo ingreso familiar, el desempleo, residencia) y factores de protección (autoestima, capacidad de recuperación) se asociaron con la

ansiedad y la depresión, de nuevo, la edad sólo tenía una pequeña contribución (en relación con la depresión). Los ginecólogos, por tanto, deben atender a los factores de vulnerabilidad (depresión, ansiedad, desempleo) que tienen un impacto negativo en la satisfacción con la vida y la calidad de vida, especialmente entre el envejecimiento de las mujeres. También deberían considerar el aspecto personal (autoestima) y social (asociación, ingresos) los recursos que le ayudan a las mujeres a mantener un alto nivel de satisfacción con la vida cuando se enfrenta a las adversidades de la transición menopáusica y el proceso del envejecimiento ¹⁷.

En el estudio "Asociación longitudinal de los síntomas vasomotores y los resultados psicosociales entre las mujeres posmenopáusicas en los Estados Unidos: un estudio basado en la población". Se menciona una asociación positiva entre un aumento de los síntomas vasomotores y un aumento de los síntomas psicosociales. Estos resultados confirman lo que ha sido a menudo la hipótesis en la literatura. Los médicos deben tomar en cuenta esta asociación en el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con cualquier condición ¹⁸.

La presencia de síntomas de la menopausia se asoció con una disminución significativa ($P < 0,05$) de los puntajes de la salud relacionada con la calidad de vida en el estudio "Los síntomas de la menopausia y la calidad de vida durante la transición menopáusica en mujeres de Sri Lanka" Estos resultados sugieren que la calidad de vida de estas mujeres podría mejorarse mediante el tratamiento de los síntomas de la menopausia ¹⁹.

Las escalas genéricas y escalas específicas son las dos principales categorías de medida. Las medidas genéricas son aplicables a prácticamente cualquier tipo de población, las medidas específicas se aplican a poblaciones particulares, como los afectados por una enfermedad o condición de salud. Cuando los cuestionarios son desarrollados, deben centrarse en la enfermedad y los aspectos específicos del tratamiento ²⁰.

Para evaluar la menopausia y el envejecimiento así como al impacto sobre la calidad de vida, relacionada con la salud se requieren sistemas específicos. Estos pueden ser más sensibles a los cambios en la condición que las medidas genéricas y más relevantes a las preocupaciones de las pacientes, sin embargo, muy a menudo se centran en los síntomas. Como consecuencia, las encuestadas tienden a concentrar su mente en los aspectos negativos de su condición, desatendiendo otros aspectos de sus vidas. Este riesgo puede, sin embargo, reducirse mediante la selección de los rangos adecuados de dicha edad ya que las mujeres muy probablemente han experimentado diversos grados de síntomas de la menopausia y que tienen una visión realista del impacto probable de la afección. En general, la utilización de una escala específica en lugar de un sistema genérico para medir la calidad de vida relacionada con la salud debería proporcionar una mayor sensibilidad a la mejora de la salud ²¹.

Diferentes cuestionarios específicos validos y confiables de calidad de vida en el periodo de la menopausia se han desarrollado, incluyendo el índice de Kupperman, la escala de Valoración de la Menopausia, y el cuestionario Específico de la Calidad de vida, la escala de vida de Utian, Cuestionario de Salud de la Mujer, la escala de Climaterio Greene y la escala Cervantes. El WHQ

(Cuestionario de Salud de la Mujer) por sus siglas en inglés es un cuestionario de 36 ítems con la evaluación de nueve campos de la salud física y emocional clasificado en cuatro escalas. El WHQ fue desarrollado para evaluar los cambios que experimentan las mujeres durante la transición de la menopausia. Se ha aplicado en estudios de mujeres sanas de mediana edad, en la peri y post menopausia a las mujeres que buscan ayuda y están recibiendo tratamiento para problemas de la menopausia, por ejemplo, con los síntomas vasomotores, problemas sexuales o problemas emocionales o que podrían estar buscando un tratamiento preventivo para la osteoporosis, y en muestras de mujeres que experimentan síntomas de la menopausia después del tratamiento para el cáncer de mama. El WHQ es ampliamente utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en las muestras de mujeres sanas y en aquellas que buscan ayuda para determinados problemas físicos o emocionales. Se ha utilizado en una serie de estudios de corte transversal y prospectivo de las mujeres de mediana edad **22**.

JUSTIFICACION

El manejo integral de la paciente postmenopáusica representa un reto y una prioridad en salud, principalmente en la vida moderna de las mujeres, ya que es en esta etapa de la vida, donde el deterioro progresivo ocasiona una serie de signos y síntomas diversos. La sintomatología vasomotora en la mujer climatérica repercute de manera importante en sus actividades laborales, sociales y relaciones familiares. Se debe mencionar que la importancia de este estudio está dada en función a la escasa investigación y documentación que se tiene en nuestro país acerca de este tema.

La meta de este trabajo fue evaluar la calidad de vida de las mujeres postmenopáusicas pertenecientes a la población de nuestra consulta así como demostrar la importancia de conocer la manera de evaluación y su relación con la salud, de tal forma que se identifiquen a aquellas pacientes que ameriten tratamiento médico y apoyo psicosocial con el fin de ofrecer un manejo multidisciplinario.

Tomando en cuenta la subjetividad y dificultades técnicas de los diferentes cuestionarios utilizados para evaluar la calidad de vida durante esta etapa de la vida de la mujer, decidimos utilizar dos cuestionarios, los cuales han sido previamente validados, estandarizados y que han demostrado su aplicabilidad clínica en la evaluación subjetiva de diferentes aspectos de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, ya que el número de pacientes en nuestro hospital en esta etapa es numeroso y se debe contar con un instrumento de medida e identificar a aquellas pacientes que requieran tratamiento y apoyo psicosocial.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Implementar un sistema de medida de la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.

Resaltar la importancia de la calidad de vida y su relación con la salud.

Identificar a aquellas pacientes que ameriten tratamiento médico y apoyo psicosocial en función a dichos sistemas de medida.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo observacional. Para analizar los datos se utilizó un Análisis de Covarianza (ANCOVA) utilizando el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (**SPSS**) SPSS 17.

Población en estudio y Tamaño de la muestra

La población de este estudio incluyó pacientes postmenopáusicas atendidas en la consulta externa del Hospital General de México, en el periodo comprendido entre el mes de marzo de 2011 y junio de 2011, que reunieron los criterios de inclusión y que aceptaron voluntariamente participar.

Criterios de inclusión

Mujeres con menopausia espontanea

Mujeres con menopausia inducida

Mujeres con síntomas vasomotores y/o urogenitales

Sin antecedentes de uso de THR en los últimos tres meses previos al inicio del estudio.

Mujeres que acepten participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión

Mujeres sin menopausia

Mujeres que no acepten participar en el estudio

VARIABLES

Variable independiente: Tiempo transcurrido desde la menopausia

Variable dependiente: Calidad de Vida medida a través de los cuestionarios: Escala de Greene y Escala Cervantes.

TIPOS DE CUESTIONARIOS Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Escalas de medición

Tipos de cuestionarios

La evaluación de la Calidad de Vida se realizó con los siguientes cuestionarios:

El desarrollo y la validación de una nueva escala específica de calidad para la menopausia en la lengua española ha sido recientemente reportada. El cuestionario, denominado **Escala Cervantes**, fue diseñado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, y los síntomas de la menopausia, así como el impacto de otros aspectos, tales como las relaciones de pareja, el bienestar emocional y sexualidad en la sintomatología de la menopausia y la calidad de vida. Esta mide un total de 31 ítems, cada síntoma es evaluado por la paciente en función a su severidad utilizando una escala de (0) poco y (5) severo. El total máximo es de 155. Las preguntas 3, 9, 29 evalúan Sintomatología vasomotora, las respuestas 1,5,11,14, 23 evalúan las salud, los puntos 5, 7, 16, 18, 25, 27, 31 el Envejecimiento, el Dominio Psíquico evaluado por los ítems 2,6,10, 12, 17, 18,19, 21, 24, la Sexualidad 4,15, 22, 30 y finalmente la Relación de Pareja con los puntos 8.13.26. En paralelo con el desarrollo de este instrumento, una escala de personalidad se ha desarrollado con el objetivo de medir los rasgos de carácter perdurable (introversión, inestabilidad emocional y falta de sinceridad) que pueden ser de ayuda en la interpretación de los resultados del cuestionario de calidad de vida.¹⁹

La **Escala de Greene** para el climaterio es un cuestionario de autoinforme que mide un total de 21 síntomas físicos y psicológicos asociados con la transición de la menopausia. Cada síntoma es evaluado por la paciente de acuerdo a su gravedad utilizando una escala de cuatro puntos: ausente (0); leve (1), moderado (2), y severo (3). Los puntos 1 a 11 evalúan síntomas psicológicos como ansiedad (1-6) y depresión (7-11). Los ejemplos incluyen "dificultad para conciliar el sueño" y "sensación de tristeza o depresión". Síntomas somáticos, incluidos los dolores de cabeza y musculares y dolores en las articulaciones, son evaluadas por los ítems 12-18. Los síntomas vasomotores (sofocos, sudoración por la noche) son evaluadas por los ítems 19 y 20 mientras el 21 es una sondeo para la pérdida de interés en el sexo. El total de puntuación es la suma de los 21 ítems ²⁰

Cálculo para el tamaño de muestra de la diferencia de dos medias independientes

La fórmula para el cálculo de muestra de la diferencia de dos medias es el siguiente:

$n_c = n_e = \frac{2 * S^2}{D^2} * (Z_{\alpha/2} * Z_{\beta})^2$, donde n_c es el tamaño de muestra para el grupo de referencia y n_e es el tamaño de muestra para el grupo con una intervención alternativa, D es la diferencia de promedios que se espera encontrar, S^2 es la varianza de ambas distribuciones, las cuales se asumen iguales, Z_{β} es el valor del eje de las abscisas de la función normal estándar en donde se acumula la probabilidad de $(1 - \beta)$. α es el error tipo I y β es el error tipo II.

Se consideró $\alpha = 0.05$ y $\beta = 0.20$ para permitir un error tipo I del 5% (significancia del 95%) y un error tipo II de hasta 20% (poder de 80%).

Para probar la diferencia de promedios en escala de Greene se utilizó una $D = 10$, que es aproximadamente un 15% del máximo de la escala (63). La varianza utilizada fue de 116.86 (obtenida de la muestra).

Para la escala de Cervantes se utilizó una $D = 20$, que es aproximadamente el 15% del máximo de la escala (155). La varianza S^2 que se utilizó fue de 267.32 (obtenida de la muestra).

El resultado es una N de 9 por grupo para Cervantes y 15 por grupo para Greene.

Recolección de datos y análisis de los resultados

Se realizó un estudio prospectivo a un total de 50 mujeres que reunieron los criterios de inclusión, es decir mujeres con menopausia espontánea o inducida; con síntomas vasomotores y/o urogenitales y sin antecedentes de uso de THR en los últimos tres meses previos al inicio del estudio además que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, en el periodo comprendido entre el mes de marzo y julio de 2011. Se le fue realizado a cada una de las paciente ambos cuestionarios para medir calidad de vida en este caso escala Cervantes y escala de Greene, los cuales fueron aplicados de manera directa a cada una de las pacientes durante la consulta externa por 1 Médico residente de 4º año de Ginecología y Obstetricia. Con la siguiente técnica

- Se indica a la paciente en qué consiste el estudio a realizar y cual es su finalidad.
- Se interroga a la paciente de manera directa cada una de las preguntas correspondientes a cada cuestionario
- El médico residente de 4º año rellena dicho cuestionario con las respuestas de cada paciente.

Se realizó un primer análisis utilizando como variable dependiente la calificación total de la escala de Greene y usando como factor fijo la agrupación de tiempos de menopausia transcurrida (que se describió anteriormente) y como covariable la edad (en años) de la paciente para descartar su efecto como variable confusora. El modelo ajusto la edad en 48.41 años (como si todas tuvieran esta misma edad).

Para analizar los datos se utilizó un Análisis de Covarianza (ANCOVA) utilizando el paquete estadístico SPSS 17.

RESULTADOS

Tabla 2: Distribución de pacientes por Grupo de edad

Tal como se muestra en la figura siguiente la mayoría de la pacientes que se presentan a la consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital se encuentran dentro del rango de entre los 46 y 50 años que es según la literatura el grupo de edad donde más se presenta la menopausia haciendo de mayor importancia el enfoque de diagnóstico y evaluación de la calidad de vida en las pacientes.

| Grupos de Edad | N= Pacientes |
|----------------|--------------|
| 40- 45 | 7 |
| 46- 50 | 26 |
| 51- 55 | 15 |
| 56-60 | 2 |

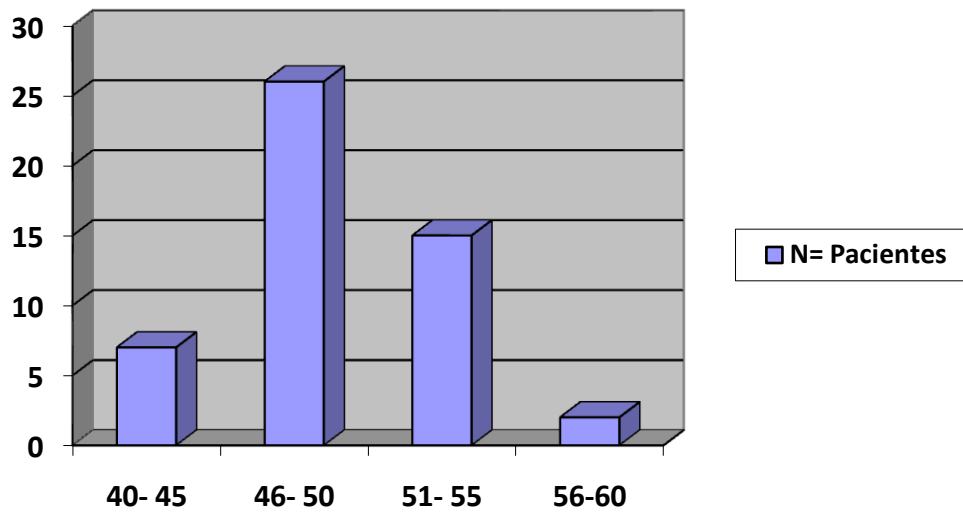


Tabla 3. Pacientes con menopausia espontánea y menopausia inducida.

La menopausia espontánea o natural ocupa en nuestra muestra el 92% del total lo que deja solo 8% para la menopausia inducida que en estos caso fueron secundarias a histerectomía con salpingooforectomía tres de ellas secundarias a miomatosis uterina y una más secundaria a adenomiosis.

| Menopausia | |
|------------|----|
| Inducida | 4 |
| Espontanea | 46 |
| | 50 |

Figura 3: Pacientes con menopausia espontánea y menopausia inducida

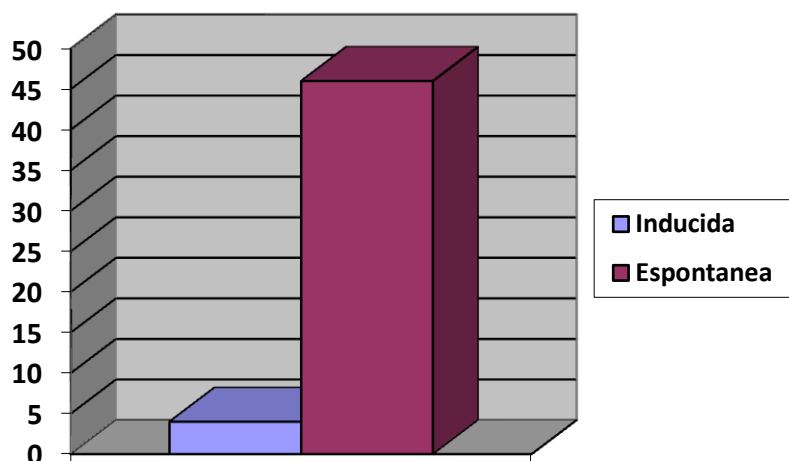


Tabla 4: Edad de las pacientes en el momento de la menopausia por grupo de edad.

De manera muy similar a los que menciona la literatura la edad de presentación de la menopausia en la mujer mexicana es de 48.2 años, en nuestra población fue en promedio a los 48.4 años.

| Fecha menopausia | N=pacientes |
|------------------|-------------|
| 40- 45 | 20 |
| 46-50 | 25 |
| 51-55 | 4 |
| 56-60 | 1 |
| | 50 |

Figura 4 Edad de las pacientes en el momento de la menopausia por grupo de edad.

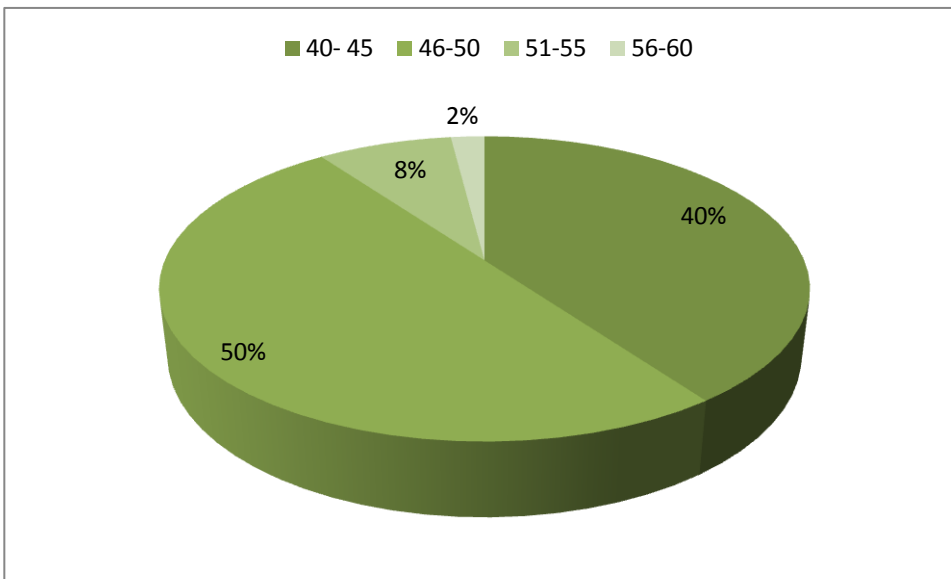


Tabla 5: Relación entre número de pacientes y los años transcurridos desde la menopausia

Los años transcurridos desde la menopausia fueron muy similares sin embargo una cuarta parte equivalente al 28% de la muestra se encontró dentro del primer año posterior al último periodo menstrual y únicamente un 12% a pacientes con más de siete años transcurridos desde la menopausia.

| Años transcurridos desde la menopausia | N= Pacientes |
|--|--------------|
| 1 | 14 |
| 2 | 9 |
| 3 | 10 |
| 4 a 6 | 11 |
| >7 | 6 |
| Total | 50 |

Figura 5: Relación entre número de pacientes y los años transcurridos desde la menopausia

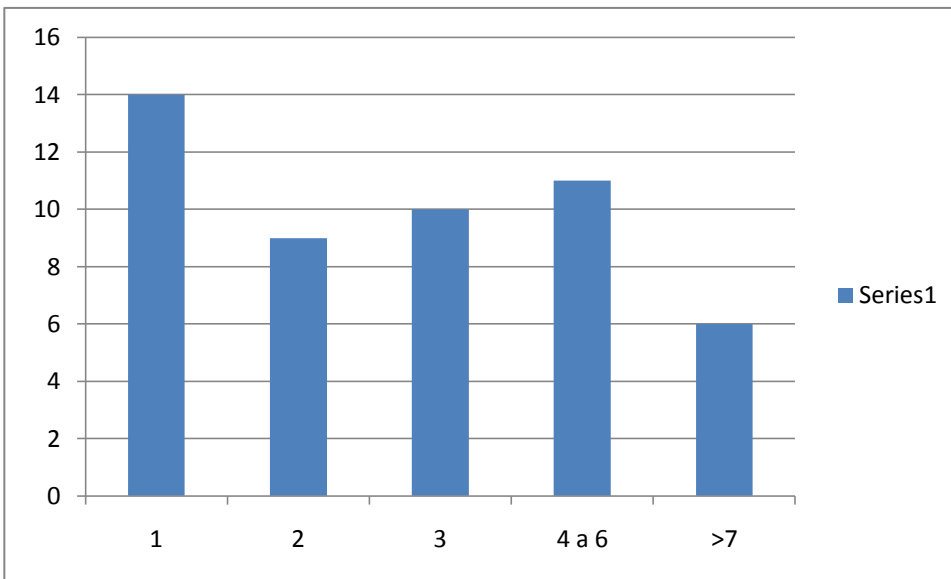


Tabla 6: Años transcurridos desde la menopausia y calidad de vida evaluados mediante la Escala de Greene.

Se observa como el puntaje aumenta directamente proporcional a los años transcurridos desde la menopausia, haciendo evidente la disminución en la calidad de vida conforme pasa la edad de la paciente

| Tiempo transcurrido desde la menopausia | Mediana | Error estándar | 95% intervalo de confianza | |
|---|---------------------|----------------|----------------------------|-------------|
| | | | Lower Bound | Upper Bound |
| 1 año | 9.751 ^a | 2.698 | 4.327 | 15.175 |
| 2 años | 12.848 ^a | 3.367 | 6.078 | 19.618 |
| 3 años | 12.199 ^a | 3.082 | 6.002 | 18.397 |
| 4 a 6 años | 19.688 ^a | 3.115 | 13.426 | 25.950 |
| 7 o más años | 28.634 ^a | 4.652 | 19.281 | 37.987 |

| Tiempo transcurrido desde la menopausia | Mediana | Error estándar | 95% intervalo de confianza | |
|---|---------------------|----------------|----------------------------|-------------|
| | | | Lower Bound | Upper Bound |
| 1 año | 9.751 ^a | 2.698 | 4.327 | 15.175 |
| 2 años | 12.848 ^a | 3.367 | 6.078 | 19.618 |
| 3 años | 12.199 ^a | 3.082 | 6.002 | 18.397 |
| 4 a 6 años | 19.688 ^a | 3.115 | 13.426 | 25.950 |
| 7 o más años | 28.634 ^a | 4.652 | 19.281 | 37.987 |

Edad = 48.41.

Figura 6 Años transcurridos desde la menopausia y calidad de vida evaluados mediante la Escala de Greene.

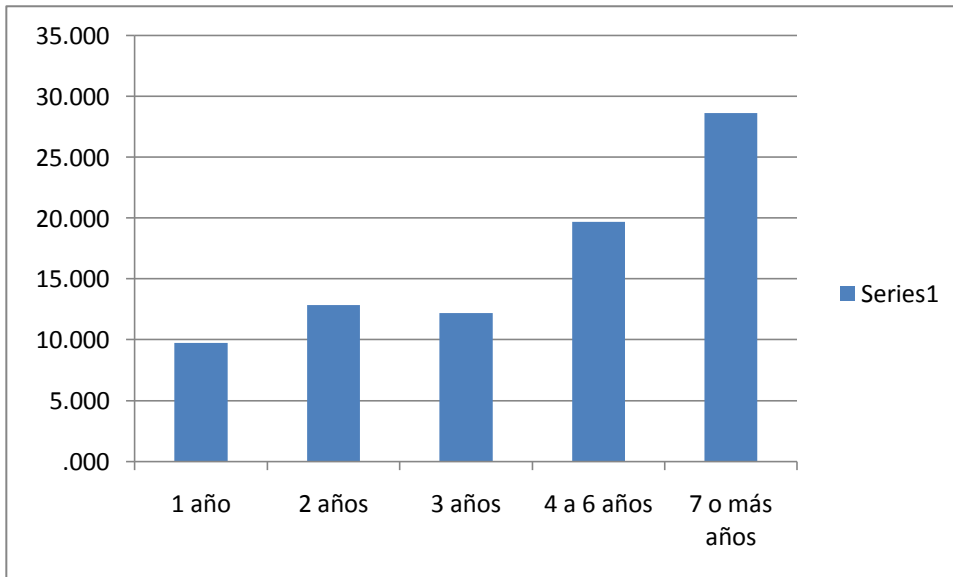


Tabla 7: Años transcurridos desde la menopausia y calidad de vida evaluados mediante la

Escala Cervantes.

Para esta escala se realizó un análisis cambiando la variable dependiente por la calificación total en la escala Cervantes. Se utilizó el mismo factor fijo (tiempo de menopausia) y la misma covariable (edad).

| Tiempo transcurrido desde la menopausia | | | 95% Intervalo de confianza | |
|---|---------------------|----------------|----------------------------|-------------|
| | Mediana | Error estándar | Lower Bound | Upper Bound |
| 1 año | 65.440 ^a | 2.755 | 59.901 | 70.979 |
| 2 años | 60.182 ^a | 3.439 | 53.269 | 67.096 |
| 3 años | 55.935 ^a | 3.148 | 49.606 | 62.264 |
| 4 a 6 años | 65.465 ^a | 3.181 | 59.070 | 71.860 |
| 7 o más años | 58.618 ^a | 4.750 | 49.067 | 68.169 |

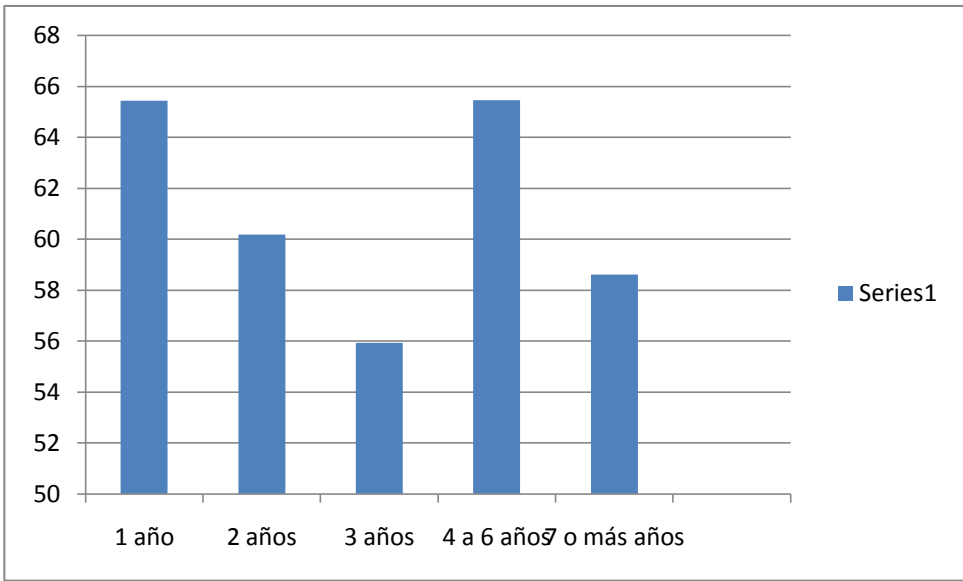
Edad = 48.41.

Figura 7: Años transcurridos desde la menopausia y calidad de vida evaluados mediante la Escala Cervantes.

En esta gráfica se observa que no existe relación entre los años transcurridos desde la menopausia y el puntaje obtenido en la escala Cervantes.

No se encontraron diferencias significativas por grupo de “ tiempo ” en la escala de Cervantes **pero sí** en la escala de Greene ($p < 0.05$).

Al comparar la Calidad de Vida en relación a los años transcurridos desde la menopausia encontramos que las pacientes evaluadas mediante la escala de Greene presentan un puntaje mayor conforme avanza el número de años después de la menopausia ($p < 0.05$) no así cuando fueron evaluadas mediante la escala de Cervantes, en las que no se encontró diferencia significativa por grupo de tiempo.



* $p < 0.05$

DISCUSIÓN

La población mundial crece a un ritmo acelerado y esto ha llevado al incremento en el número de mujeres mayores de 50 años. En las sociedades latinoamericanas también se ha acelerado el cambio poblacional. En las décadas pasadas ha crecido apreciablemente la proporción de personas mayores de 60 años y, en este grupo, es mayor la cantidad de mujeres. El resultado general de este proceso es la conformación de una población fundamentalmente adulta con los efectos que ello tiene en la modificación de las necesidades sociales y el consecuente cambio en los roles y funciones de la mujer. Por otro lado, la mayor longevidad femenina conlleva el riesgo de asociarse a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas. La discapacidad puede representar una tragedia a escala personal y un desafío para la sociedad que debe proveer servicios de salud y de previsión adecuados en ambientes económicos difíciles. En este contexto, se destaca la importancia del estudio del impacto que tienen estas transformaciones en la calidad de vida (CV) de la mujer de mediana edad. La salud es un componente importante de la CV ²⁵

La edad de menopausia encontrada en nuestra población es similar a la reportada por María P. Vélez en su estudio llevado a cabo hace dos décadas en México encontrando una edad media de presentación de la menopausia de 48.2 años ⁸

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, en el que encontramos que la calidad de vida disminuye conforme pasan los años transcurridos desde la menopausia esto en las pacientes evaluadas mediante la escala de Greene lo cual fue estadísticamente significativo, al igual que lo demostrado por C. Travers y colaboradores ²⁶

Así también se menciona por Alison J. Huang et al, la persistencia de síntomas vasomotores en la postmenopausia lo que disminuye en gran medida la calidad de vida de las pacientes evaluado mediante la escala de Greene ²⁷

De igual forma la presencia de síntomas de la menopausia se asoció con una disminución significativa ($P < 0,05$) de los puntajes de la salud relacionada con la calidad de vida en el estudio "Los síntomas de la menopausia y la calidad de vida durante la transición menopáusica en mujeres de Sri Lanka" Estos resultados sugieren que la calidad de vida de estas mujeres podría mejorarse mediante el tratamiento de los síntomas de la menopausia ¹⁹.

La escala Cervantes no logró relacionar en esta población a la edad con la calidad de vida ya que como menciona Castelo Branco. C y colaboradores en su discusión el efecto de la menopausia en la calidad de vida está relacionado a la historia sociocultural e individual de cada paciente lo que afecta como se perciben los síntomas, además de otros innumerables factores que afectan al individuo y su percepción de calidad como es la presencia de enfermedades subyacentes que por si mismas merman esta condición sin dejar a un lado el deterioro propio secundario al envejecimiento. Por lo que es muy importante que el clínico cuente con instrumentos que apoyen estas mediciones. Sin embargo, por ahora, no existe bien desarrollado un sistema de evaluación estadísticamente

establecido para el seguimiento de los rasgos de personalidad que pueden afectar significativamente la calidad de vida y la percepción de las mujeres durante y después de la menopausia ²³

CONCLUSIONES

Los hallazgos expuestos en este trabajo demuestran en parte la disminución progresiva en la calidad de vida de mujeres en la postmenopausia en relación directa con los años transcurridos desde la menopausia en aquellas pacientes evaluadas mediante la escala de Greene; no así cuando fueron evaluadas con la Escala de Cervantes.

Es preciso concluir que a pesar de que existen gran cantidad de cuestionarios para medir la calidad de vida y otros modificados para hacerlo en mujeres postmenopáusicas hasta el momento ninguno ha demostrado poder evaluar completamente todos los aspectos que intervienen en la medición de la calidad de vida como son los factores socioculturales, étnicos y características propias de cada individuo, sin mencionar el gran peso que tiene el aspecto sexual y la disfunción sexual que puedan presentar las pacientes a esta edad, lo que hace que los resultados entre una escala y otra sean tan discordantes.

Sin embargo también es de suma importancia mencionar que el ginecólogo debe contar con instrumentos de medida para identificar y poder tratar a la paciente en esta etapa de la vida, por lo que consideramos deba implementarse un sistema de medida de la calidad de vida en nuestras pacientes dicho de otra manera es importante, para no correr el riesgo de medicar innecesariamente la menopausia, identificar las percepciones subjetivas y actitudes de la mujer hacia su salud, su ciclo reproductivo, la menstruación, la fertilidad y el envejecimiento

Así también no olvidar ni dejar a un lado el soporte psicoemocional brindado a las pacientes en la consulta de climaterio que pudiera resultar de gran importancia para aumentar la autoestima en estas pacientes y así su calidad de vida.

Es necesario evaluar la calidad de vida de la mujer climatérica desde una perspectiva bio-psico-socio-cultural mediante escalas específicamente diseñadas y validadas que permitan una mejor comprensión de la percepción de la mujer y sus necesidades a lo largo de esta etapa vital para mejorar la eficiencia de los tratamientos dirigidos a aliviar la sintomatología.

Las futuras investigaciones tienen que incluir sistemáticamente los distintos dominios que pueden verse afectados en la vida de la mujer de mediana edad en nuestra sociedad.

Bibliografía

1. H. P. G. Schneider, et al. Assessment of health-related quality of life in menopause and aging. *CLIMACTERIC* 2008;11:93–107
2. Nananda F. Col. Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life: methodological considerations. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* 2009;16, 5; 843/845.
3. Sudhindra Mohan Bhattacharya et al. A comparison of health-related quality of life (HRQOL) after natural and surgical Menopause. *Maturitas* 2010; 66,10431–434.
4. Michael R. Soules. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) Park City, Utah, July, 2001. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2001; Vol. 8, No. 6, pp. 402–407.
5. S. Palacios, et al. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *CLIMACTERIC* 2010;13:419–428.
6. Sánchez-Bravo et al. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatol Reprod Hum* 2005; 19: 152-160.
7. Astbury-Ward E. Una Aproximación a la disfunción sexual femenina. *Asociación Española para la Salud Sexual (AESS)*.
8. Maria P. Vélez, et al. Life course socioeconomic adversity and age at natural menopause in women from Latin America and the Caribbean. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* 2010, Vol. 17, No. 3, pp. 552/559.
- 9.. Armin Rashidi. Evolution of the menopause: life histories and mechanisms. *Menopause International* 2009; 15: 26–30.
- 10.. Laurence M A Shaw. Menopause, evolution and changing cultures. *Menopause International* 2009; 15: 175–179.
11. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/035ssa202.html
12. International Position Paper on Women's Health and Menopause: a comprehensive approach. National Institute of Health.
13. Y.-W. Chiu, et al. Factors influencing women's quality of life in the later half of life. *CLIMACTERIC* 2008;11:201–211.
14. Mónica del Prado. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). *Rev Méd Chile* 2008; 136: 1511-1517
15. Ying Chen, MD. Impact of menopause on quality of life in community-based women in China. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2008; Vol. 15, No. 1, pp. 144/149.
16. Nancy E. Avis, PhD. Disentangling cultural issues in quality of life data. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*; 2007; Vol. 14, No. 4, pp. 708/716.
17. Manfred E. Beutel. Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*; 2009 Vol. 16, No. 6, pp. 1132/1138.
18. Kristen B. Van Dole. Longitudinal association of vasomotor symptoms and psychosocial outcomes among postmenopausal women in the United States: a population-based study. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*; 2010, Vol. 17, No. 5, pp. 917/923.

19. Himansu Waidyasekera, MBBS. Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*; 2009; Vol. 16, No. 1, pp. 164/170.
20. Cheryl D. Hill, PhD. Development and preliminary validation of the Menopause Symptoms Treatment Satisfaction Questionnaire (MS-TSQ). *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*; 2007, Vol. 14, No. 6, pp. 1047/1055.
21. Mapi Values. Development of a revised version of the Women's Health Questionnaire. *CLIMACTERIC* 2006;9:4–12.
22. Myra S Hunter. The Women's Health Questionnaire (WHQ): Frequently Asked Questions (FAQ). *Health and Quality of Life Outcomes* 2003.
23. Camil Castelo-Branco. Understanding how personality factors may influence quality of life: development and validation of the Cervantes Personality Scale. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*; 2008, Vol. 15, No. 5, pp. 914/918.
24. J.G. Greene. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas*; 1998, 29, 25–31
- 25 N. Siseles et al. Impacto de la Menopausia sobre Calidad y Expectativa de Vida de la Mujer en la mediana edad.
26. C. Travers et al. Greene Climacteric Scale: norms in an Australian population in relation to age and menopausal status. *CILIMATERIC* 2005;8:56–62.
27. A.J. Huang et al. Persistent Hot Flushes in Older Postmenopausal Women. *Arch Intern Med.* 2008;168(8):840-846.

ANEXOS

Hospital General de México

ESCALA DE GREENE

| I.ANSIEDAD | 0 Ausente | 1 Leve | 2 Moderada | 3 Severa |
|---|----------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|
| 1.El corazón la palpita rápido o frecuentemente | | | | |
| 2. Sentimientos de tensión o nerviosismo | | | | |
| 3. Dificultad para dormir | | | | |
| 4. Excitabilidad | | | | |
| 5. Ataques de pánico | | | | |
| 6. Dificultad para concentrarse | | | | |
| II.DEPRESIÓN | | | | |
| 7.. Sentirse Cansada o carente de energía | | | | |
| 8. Perdida de interés en actividades cotidianas | | | | |
| 9. Sentimientos de infelicidad | | | | |
| 10. Grita o llorar con facilidad | | | | |
| 11. Mal genio | | | | |
| III. SOMÁTICA | | | | |
| 12. Sensación de vértigo o desmayos | | | | |
| 13. Presión u opresión en la cabeza o cuerpo | | | | |
| 14. Siente hormigueo o se le duermen diferentes partes del cuerpo | | | | |
| 15. Dolores de cabeza | | | | |
| 16. Dolores musculares o articulares | | | | |
| 17. Perdida de sensibilidad en manos o pies | | | | |
| 18. Dificultad para respirar | | | | |
| 19. Bochornos | | | | |
| 20. Sudores nocturnos | | | | |

IV. SEXUALIDAD

21. Pérdida de interés en el sexo

Nombre _____ Edad _____ años Fecha de Menopausia _____

Espontanea _____ Inducida _____ FECHA: _____ TOTAL:

0= Ausente

1. Leve (No incomoda)

2. Moderada (Incomoda sin interferir con actividad diaria)

3. Severa (Interfiere con las actividades)

0-9: Sintomatología ausente

10-29: Sintomatología leve

30-49: Sintomatología moderada

>50 Sintomatología severa.

Escala Cervantes

Postmenopausia

Nombre: _____

Edad: _____ años

Fecha: _____

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1. Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Todos los días |
| 2. No puedo más de lo nerviosa que estoy | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Constantemente |
| 3. Noto mucho calor de repente | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 En todo momento |
| 4. Mi interés por el sexo se mantiene como siempre | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Igual o más |
| 5. No consigo dormir las horas necesarias | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Constantemente |
| 7. Noto hormigueos en las manos y los pies | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Insoportable |
| 8. Me considero feliz en mi relación de pareja | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Constantemente |
| 9. De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Constantemente |
| 10. He perdido la capacidad de relajarme | | | | | | |
| No | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Constantemente |
| 11. Aunque duermo no consigo descansar | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Constantemente |
| 12. Noto como si las cosas me dieran vueltas | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Mucho |
| 13. Mi papel como esposa o pareja es | | | | | | |
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Muy importante |
| 14. Creo que retengo líquido porque estoy hinchada | | | | | | |
| No | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sí, mucho más |
| 15. Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales | | | | | | |
| Nada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Completamente |
| 16. Noto que los músculos o las articulaciones me duelen | | | | | | |
| No | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Dolor insoportable |
| 17. Creo que los demás estarían mejor sin mi | | | | | | |
| No | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Cierto |
| 18. Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina | | | | | | |
| No | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Mucho |
| 19. Desde que me levanto me encuentro cansada | | | | | | |
| Nada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Mucho |
| 20. Tengo tan buena salud como cualquier persona a mi edad | | | | | | |
| No | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 No igual o menor |
| 21. Tengo la sensación de que no sirvo para nada | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 En todo momento |
| 22. Tengo relaciones sexuales tan frecuentemente como antes | | | | | | |
| Menos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Igual o más |
| 23. Notó que e corazón me late muy deprisa y sin control | | | | | | |
| Nada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Mucho |
| 24. A veces pienso que no me importaría estar muerta | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Constantemente |
| 25. Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Constantemente |
| 26. En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Siempre |
| 27. Siento picor en la vagina, como si estuviera demasiado seca | | | | | | |
| Nada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Mucho |
| 28. Me siento vacía | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Simpre |
| 29. Noto sofocaciones | | | | | | |
| Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 En todo momento |
| 30. En mi vida el sexo es | | | | | | |
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Muy importante |
| 31. He notado que tengo más sequedad en la piel, me aburren incluso las cosas que antes me divertían | | | | | | |
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Mucho |

Menopausia y salud (15 ítems)

Respuestas 1,3,5,7,9,11,14,16,18,20,23,25,27,29,31

- Sintomatología vasomotora

Respuestas 3, 9, 29

- Salud

Respuestas 1,5,11,14, 23

- Envejecimiento

Respuestas 5, 7,16, 18, 25, 27, 31

Dominio Psíquico (9 ítems)

Repuestas 2,6,10, 12, 17, 18,19, 21, 24

Sexualidad (4ítems)

Respuestas 4,15, 22, 30

Relación de pareja (3 ítems)

Respuestas 8, 13, 26