



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249.
TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO.**

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD,
EN PACIENTES EN POSTMENOPAUSIA CON Y SIN TERAPIA HORMONAL
DE REEMPLAZO ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
249 DEL IMSS, JULIO - DICIEMBRE 2011”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

MC. CHAVEZ CRUZ BLANCA ESTELA.

**"EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD,
EN PACIENTES EN POSTMENOPAUSIA CON Y SIN TERAPIA HORMONAL
DE REEMPLAZO ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
249 DEL IMSS, JULIO - DICIEMBRE 2011"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

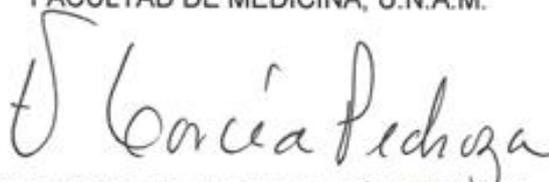
PRESENTA

MC. CHAVEZ CRUZ BLANCA ESTELA.

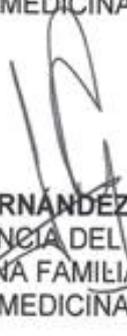
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**"EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD,
EN PACIENTES EN POSTMENOPAUSIA CON Y SIN TERAPIA HORMONAL
DE REEMPLAZO ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
249 DEL IMSS, JULIO - DICIEMBRE 2011"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

MC. CHAVEZ CRUZ BLANCA ESTELA.

AUTORIZACIONES



**DRA. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 249; TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO.**



**DRA. MARIA ESTHER REYES RUIZ.
DIRECTORA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



**DR. VICTOR MANUEL PEREZ ILAGOR.
ASESOR METODOLOGICO.
MEDICO EPIDEMIOLOGO UMF 249.**



**DR. GUILLERMO AUSTREBERTO ESPINOSA FUENTES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 222**

I N D I C E

Introducción	Pág. 2
Marco teórico	Pág. 4
Capítulo I. Evaluación.	Pág. 4
Capítulo II. Calidad de vida.	Pág. 6
Capítulo III. Menopausia.	Pág. 11
Capítulo IV. La menopausia en la calidad de vida.	Pág. 24
V. Planteamiento del problema	Pág. 27
VI. Justificación	Pág. 28
VII. Hipótesis	Pág. 30
VIII. Objetivos	Pág. 31
IX. Metodología	Pág. 32
IX.I Tipo de estudio	Pág. 32
IX.II Población, lugar y tiempo	Pág. 32
IX.III Criterios de selección	Pág. 32
IX.III.I Criterios de inclusión	Pág. 32
IX.III.II Criterios de no inclusión	Pág. 32
IX.III.III Criterios de eliminación	Pág. 33
IX.IV Operacionalización de las variables	Pág. 33
IX.V Método para captar la información	Pág. 38
IX.VI Análisis estadístico	Pág. 46
X Consideraciones éticas	Pág. 48
XI Resultados.	Pág. 49
XII Análisis e interpretación de resultados	Pág. 76
XIII Discusión.	Pág. 79
XIV Conclusiones.	Pág. 80
XV Sugerencias.	Pág. 81
XVI Referencias bibliográficas	Pág. 82
XVII Anexos	Pág. 84
XVII.I Cronograma de actividades	Pág. 84
XVII.II Formato de consentimiento informado	Pág. 85
XVII.III Hoja de recolección de datos	Pág. 86
XVII.IV Hoja de recolección de datos generales	Pág. 87
XVII.V Instrumento de medición	Pág. 88

INTRODUCCIÓN

La postmenopausia constituye una etapa en la vida de la mujer donde se presentan cambios físicos, psicológicos y sociales, mismos que ponen a prueba su capacidad para llevar a cabo los ajustes necesarios, que le permitan mantener su equilibrio emocional y continuar su desarrollo; implica un cambio en la vida de la mujer y el paso a la adaptación de lo que será su última etapa vital.

Lo que supone la evidencia más determinante del envejecimiento femenino, la disminución de estrógenos, se suma a la ruptura con algunas de las características sociales definitorias de la mujer (capacidad reproductora, rol maternal, esplendor físico, etc.), las cuales requieren recomponer el papel a desempeñar en las principales áreas vitales. Pero esta reconstrucción es un proceso que puede no ser fácil y estar condicionada por factores que provoquen desadaptación (desocupación laboral, escasas relaciones interpersonales, relación de pareja escasamente armónica, etc.) o por síntomas propios de la transición menopáusica.

Uno de los principales efectos de esta etapa, se presenta en los componentes fundamentales de la calidad de vida percibida, y por ende, con la satisfacción de la salud. Por lo tanto, se ha supuesto un término para adecuar la denominación a los contenidos del concepto de calidad de vida acuñándose así el término "calidad de vida relacionada con la salud" que permite clarificar la aplicación limitada de la calidad de vida al ámbito de los servicios médicos.

En 1993 la OMS define calidad de vida como: "la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de un sistema de valores en el que vive y en relación con sus aspiraciones, expectativas, valoraciones e intereses." Y es en torno a esta definición que se elabora este trabajo, que pretende valorar aspectos de autopercepción del estado de postmenopausia relacionados con la vida diaria de la paciente y de qué modo se ve afectada, explorando ocho dimensiones del estado de salud, función física, función social, limitaciones del rol; problemas físicos, emocionales; salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general.

En específico, "La calidad de Vida relacionada a la salud", constituye un indicador caracterizado por tomar en cuenta la perspectiva del individuo, dando cuenta de una subjetividad no evaluada por la mayoría del resto de los indicadores utilizados en salud, siendo esta única cualidad la que le asigna un lugar que junto con la información clínica puede ser muy útil en la toma de decisiones médicas. La meta de la atención en salud se está orientando no sólo al control de la sintomatología, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente.

Hasta ahora, la mayoría de los estudios sobre estas variables, han tenido como principal objetivo analizar el efecto que en ésta tiene el tratamiento hormonal sustitutivo; sin embargo, son muy pocos los instrumentos de medición de la calidad de vida diseñados, no sólo como una medida de resultados de ensayos clínicos, sino también para la evaluación clínica y poblacional de los cambios que supone la menopausia en la calidad de vida de las mujeres. Por lo que es

impostergable, promover la evaluación de la calidad de vida en las mujeres en postmenopausia, buscando comprender y precisar las necesidades de estas pacientes de acuerdo a los aspectos afectados.

Dentro de los instrumentos para evaluar la calidad de vida, de los más utilizados para valorar la salud general, se encuentra el SF-36, mismo que centra más en la valoración del estado funcional y bienestar emocional, pero sin valorar otros aspectos propios de la menopausia. También existen algunos cuestionarios más de calidad de vida relacionada con la salud específicos para la menopausia pero diseñados por y para otros países, tales como el Women's Health Questionnaire (WHQ) en población anglosajona y sueca, la versión italiana del mismo, el Menopause Rating Scale (MRS) en Alemania, el Utian Menopause Quality of Life Score (UQOL) en Estados Unidos, el Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) en Canadá o el Quality of life questionnaire in osteoporosis (QUALIOST), validado para mujeres postmenopáusicas con osteoporosis en Francia y el Reino Unido, la escala Cervantes desarrollada en España, entre otros.

La afectación del estado emocional, en el sistema familiar y social determinado por el déficit estrogénico es difícil de predecir, son muchos los factores sociales y psicológicos que inciden en esta etapa, que influyen en la aparición de sintomatología y que tienen que ver con la respuesta individual a esta situación crítica de la vida, que amenaza su ajuste, imagen y autoconcepto, y sobre todo la actitud hacia la menopausia. Dichos efectos de la menopausia han supuesto un problema, hoy en día, dicha situación se acentúa debido a que la esperanza de vida es mayor y por lo tanto los efectos son mayores, como consecuencia del mayor tiempo de vida bajo los efectos de la disminución en la producción de estrógenos. Es por ello, importante reconocer que es una fase normal del ciclo vital femenino, un fenómeno fisiológico, no patológico. Esta fase no está conformada por un evento aislado sino por un conjunto de cambios en diversos dominios: físico, psicológico, social, acorde a roles y posiciones de la mujer de mediana edad y en función de creencias, valores y oportunidades del contexto sociocultural al cual pertenece. Es importante identificar las percepciones subjetivas y actitudes de la mujer hacia su salud, su ciclo reproductivo, la menstruación, la fertilidad, para el correcto manejo de la paciente en postmenopausia.

MARCO TEORICO

CAPITULO I

EVALUACIÓN, MEDICIÓN Y CALIFICACIÓN.

De forma general, se puede decir que la palabra evaluación tiene usos diferentes y puede aplicarse a una gamma muy variada de actividades humanas.

La Real Academia Española define evaluar como el “señalar el valor de una cosa”. En cuanto al término evaluativo/va, se distingue “un uso evaluativo y un uso descriptor”, en el empleo del término. En el uso evaluativo hay un juicio de valor.⁽¹⁾

Evaluar no es sinónimo de medir, puesto que exige la emisión de un juicio de valor acerca de la realidad analizada que no incorpora el sólo hecho de medir. La medida puede ser parte de la evaluación, pero no la agota en ningún caso.

Evaluar no es sinónimo de calificar, puesto que aunque esta entraña un juicio de valor, la evaluación exige, tras la valoración, la toma de decisiones que de ella se derive, y que no incorpora el sólo hecho de calificar. La calificación puede estar incorporada en la evaluación, pero de nuevo no la agota en ningún caso.

La evaluación se caracteriza como: Un proceso en el que tienen lugar procedimientos de recogida de información así como su posterior interpretación en función del contraste con determinadas instancias de referencia o patrones de deseabilidad, de modo que se posibilite la emisión de un juicio de valor de la realidad evaluada, capaz de proporcionar determinadas pautas para orientar la acción o la toma de decisiones.

La evaluación es una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante en que apoyar un juicio acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución), o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán, con el propósito de producir efectos y resultados concretos; comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado, de forma tal, que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción, o para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados. La evaluación es una actividad o proceso sistemático de identificación, recogida y tratamiento de datos sobre elementos y hechos, con el objetivo de valorarlos primero y, sobre dicha valoración, tomar decisiones. O como se expresa en otra conocida definición, "es el procedimiento que define, obtiene y ofrece información útil para juzgar decisiones alternativas".⁽²⁾

El concepto de evaluación, por ser el más amplio de los tres, engloba a los otros dos, pero no se identifica con ellos. La actividad evaluadora es una característica inherente a toda actividad humana intencional y, por lo tanto, debe ser sistemática. "Evaluar algo es determinar su valor". Así pues, y para empezar, ese juicio de valor intencional estará apoyado en conocimientos y datos de lo evaluado. Por lo tanto evaluar exige unas escalas o criterios de valor que sirvan de marco de referencia a nuestros juicios. La consecuencia que se deriva de ello es que evaluar exige medir (en el sentido de recoger de una u otra manera datos lo más objetivos posibles). Aunque la evaluación puede incorporar las actividades de medir y calificar, nunca se queda ahí. Tiene además un carácter instrumental.⁽³⁾

La medición es un dato puntual, mientras que la evaluación es un proceso permanente; la medición es cuantificación, mientras que la evaluación es valoración (bueno, malo, aceptable, regular, ventajoso, desventajoso, de buena calidad, de baja calidad, etc. "La medición es un dato más que se utiliza en el proceso de evaluación". Medición es la clasificación de casos o situaciones y sus propiedades, de acuerdo a ciertas reglas lógicas. Asignación de números a las observaciones, de modo que los números sean susceptibles de análisis por medio de manipulaciones y operaciones de acuerdo a ciertas reglas.

La calificación será la expresión cualitativa (Apto/No apto; Progresa adecuadamente/ Necesita mejorar; Suficiente/Insuficiente, etc.) o cuantitativa (10, 9, 8, etc.) del juicio de valor que emitimos.⁽²⁾

CAPITULO II

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de un sistema de valores en el que vive y en relación con sus aspiraciones, expectativas, valoraciones e intereses.” (OMS, 1993)

“La calidad de vida es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones”.⁽⁵⁾

El carácter controversial del concepto calidad de vida, se ha traducido en amplios debates de cuyo análisis es posible diferenciar dos aproximaciones básicas: la que concibe la calidad de vida como una entidad unitaria, y la que la considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. Prácticamente existe consenso en la condición multidimensional de la calidad de vida, pues cualquier reducción de la calidad de vida a un concepto monofactorial de salud, ingreso o posición social resulta inadmisibile. “La vida es antológicamente multidimensional y la evaluación de su calidad habrá de serlo también”. Lo anterior implica que, así como consideramos factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también habremos de considerar factores socio ambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de los individuos.

Otro tema de debate se refiere al carácter subjetivo u objetivo de la calidad de vida, al respecto existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales:

- a) Se define la calidad de las condiciones de vida de una persona.
- b) Como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales.
- c) Como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.
- d) Como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.⁽⁶⁾

La vida establece unas condiciones objetivas y la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, es decir, subjetividad. No se puede ignorar ningún tipo de condición en ninguna consideración de la calidad de vida de un sujeto o de un grupo de sujetos determinados. Por ejemplo, mientras que podríamos considerar como incuestionable el ingrediente de apoyo social del cual disfruta un individuo, se refiere a un hecho objetivo, es decir, al número de relaciones que un sujeto dado establece o mantiene en un período de tiempo determinado; no menos importante, sin embargo, es la condición subjetiva de la satisfacción que siente el sujeto en sus relaciones sociales”.

“Dado que la calidad de vida se refiere a los aspectos subjetivos, algunos autores mantienen que solo el sujeto puede decidir los elementos que determinan la calidad de su vida”, dado que las necesidades humanas básicas son bastante generales es bastante improbable que los componentes de calidad de vida señalados por dos seres humanos diferentes, difieran en gran medida; lo que es probable es que ciertos componentes tengan mas peso que otros en determinados momentos o en determinadas situaciones”.⁽⁷⁾

Por su parte la OMS (1993) conceptualiza cinco amplios dominios: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno, es decir, define la calidad de vida como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de un sistema de valores en el que vive y en relación con sus aspiraciones, expectativas, valoraciones e intereses.” Definir empíricamente los contenidos o componentes de la calidad de vida significa preguntar a los individuos acerca de los componentes de su calidad de vida. Usando esta estrategia, Flannagan (1982) establece los componentes de la calidad de vida a través del estudio de tres muestras etarias, logrando definir cinco categorías principales: bienestar físico y material, relaciones con otras personas; actividades sociales, comunitarias y cívicas; desarrollo personal; factores socioeconómicos; factores de autonomía personal; satisfacción subjetiva y factores de personalidad.⁽⁶⁾

No menos importante es el hecho de que “ la calidad de vida se expresa en diferentes contextos, es decir, las circunstancias en las que se encuentra una persona determinada permiten la explicación –al menos hasta cierto punto- de su calidad de vida particular”. Lo anterior se refiere a que, si bien es posible aspirar a establecer una serie de componentes comunes a calidad de vida de una persona o población, estos factores variarán en “ponderación” (en otras palabras, se les atribuirá una significación diferente) de acuerdo a variables contextuales tales como la edad, el genero, la posición social, étnica, etc. Por ejemplo, la salud, componente consensuado de la calidad de vida, puede tener una importancia secundaria para una persona joven sana, sin embargo, para una persona adulta mayor probablemente cobre una relevancia prioritaria.

En síntesis, nos encontramos frente ante un macro-concepto complejo y multidimensional que envuelve componentes o condiciones diferentes, cuyo peso varía en relación a una serie de parámetros personales o sociales.

La calidad de vida como propósito superior de los procesos de planificación aparece asociada a la satisfacción del conjunto de necesidades que se relacionan con la existencia y bienestar de las comunidades, la preservación de la cultura de la sociedad en que se insertan o de las condiciones ambientales, unidas a las formas de organización interna que una sociedad posee para satisfacer estos requerimientos.⁽⁸⁾

No obstante lo dicho anteriormente, al revisar la bibliografía encontramos que existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales se define la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales,

como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, finalmente como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. ⁽⁶⁾

MENOPAUSIA Y CALIDAD DE VIDA.

Existe un importante interés y necesidad en reflejar la perspectiva subjetiva de la paciente para llegar a conclusiones fiables cuando se pretende medir calidad de vida. Esa misma necesidad se exige en la evaluación de la sintomatología clínica. Son las propias mujeres, por tanto quienes deben hablar. Así pues, es necesario desarrollar escalas de auto medida que sean cumplimentadas por las propias interesadas. De la misma forma, es importante que estas escalas sean completas y asimilen todas las áreas que integran el concepto de calidad de vida, como la función sexual, la psicología, o la percepción de salud general y bienestar.

El sistema más ampliamente utilizado, de acuerdo con estas premisas es el de cuestionarios estandarizados. Entre sus ventajas, están las opciones de respuesta, que permite valorarlas previamente y de esa forma, aplicar una evaluación no sesgada para todas las participantes.

Existen dos tipos de cuestionarios estandarizados, los generales y los específicos. Los primeros cubren un amplio rango de objetivos y tienen una aplicación universal, de manera que pueden usarse para la mayoría de los problemas de salud. Sin embargo esto lo hace poco sensibles. Antes una cuestión tan específica como la que aquí nos ocupa, es evidente que los cuestionarios estandarizados específicos parecen más adecuados. ⁽⁹⁾

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA MENOPAUSIA

INDICE DE BLATT KUPPERMAN. La evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene sobre la mujer se ha hecho tradicionalmente a partir de escalas clínicas, cuyo propósito principal ha sido proporcionar una cuantificación numérica que pueda ser usada para la evaluación de la eficacia de las intervenciones médicas. Entre las opciones disponibles, el índice de Blatt Kupperman (IBK) ha sido el referente tradicional. Presenta en buena medida una sintomatología florida, detectable sobre todo en las fases iniciales del fallo ovárico. Los distintos conceptos son puntuados con un índice variable entre el 1 y el 4, y en el que los sofocos destacan por encima de los otros aspectos. Según que la intensidad del síntoma sea considerada como leve, moderada o importante, el factor por el que índice queda multiplicado oscila entre 1 y 3.

Sin Embargo, estas escalas no reflejan necesariamente como las mujeres perciben esos síntomas o responden al tratamiento de hecho, el índice de Blatt Kupperman, desarrollado a partir de la experiencia clínica de los autores en Nueva York en la década de 1950, resulta completamente insuficiente de acuerdo con las exigencias de la investigación actual. ⁽¹⁰⁾

Recientemente, los distintos intentos realizados para desarrollar escalas capaces de reflejar adecuadamente la magnitud de las repercusiones que el fallo ovárico puede tener sobre la mujer han sido orientados desde la psicología moderna, la

disciplina mejor situada para valorar de forma fiable una perspectiva subjetiva como la que necesariamente presenta esta faceta de la postmenopausia. Más concretamente, todas las propuestas han seguido de forma escrupulosa el rigor metodológico exigido por la subespecialidad psicológica apropiada, en este caso la psicometría. Dos son las exigencias fundamentales que se exigen metodológicamente a todas las escalas modernas, la fiabilidad y la validez.

La fiabilidad es la consistencia de la escala, es decir, la capacidad de mantener su solidez en los diferentes estudios, a fin de permitir comparaciones entre ellas. La validez es la capacidad de la escala para medir lo que supone que mide en este caso la repercusión en la mujer de la sintomatología específicamente inducida por la postmenopausia.

Junto a estas exigencias metodológicas, la siguiente necesidad ha sido la de construir una escala estandarizada, es decir que sea completa y ampliamente reconocida por la comunidad científica.

CUESTIONARIO WHOQOL - BREF

Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100/WHOQOL-BREF): WHOQOL Group, 1998. Descripción: La OMS inició en Febrero de 1991 un proyecto para el desarrollo de un instrumento (WHOQOL) de medida de calidad de vida fiable y válida, que permitiera comparaciones transculturales, que se basó en las siguientes asunciones:

- 1) Se observa una amplia entidad englobada bajo el término «calidad de vida».
- 2) Puede construirse una medida cuantitativa de calidad de vida que sea fiable, válida y sensible.
- 3) Esta medida de calidad de vida puede ser aplicada a distintas poblaciones.
- 4) Cualquier factor que afecte a la calidad de vida debería influir sobre varios de los componentes del instrumento, y el instrumento debería, por tanto, servir como medida del efecto de las enfermedades y de las intervenciones de salud específicas sobre la calidad de vida.

En este contexto, se diseñó un instrumento que:

- 1) Fuera desarrollado transculturalmente (15 centros alrededor del mundo colaboraron en su desarrollo).
- 2) Pudiese aplicarse tanto para medir la calidad de vida en una determinada cultura como para comparar la calidad de vida entre diferentes culturas.
- 3) Concediese importancia a la percepción del individuo.
- 4) Tuviese una aplicación potencial alta para la evaluación de la calidad de vida en distintas situaciones y diferentes grupos de población.
- 5) Tuviese rigor psicométrico y un desarrollo sistemático.

Los ítems de que consta han sido obtenidos a partir de respuestas realizadas por pacientes con un amplio espectro de enfermedades, por personas sanas y por profesionales de la salud. Se han desarrollado dos instrumentos: el WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF.

El WHOQOL-100 consta de 100 ítems que evalúan la calidad de vida percibida por el sujeto. Estructuralmente, se compone de 6 áreas, las cuales a su vez están subdivididas en un total de 24 facetas (además de otra que integra la calidad global de vida y la salud general), que son: salud física, funciones psicológicas, independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad/religión/creencias personales. El WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 que consta de 26 ítems.

Tanto el WHOQOL-100 como el WHOQOL-BREF tienen una buena validez discriminante y de contenido y una adecuada fiabilidad test-retest. Las puntuaciones en las áreas del WHOQOLBREF se correlacionan con un coeficiente de 0,9 con las del WHOQOL-100. ⁽¹¹⁾

La ESCALA CERVANTES específico para la mujer española de entre 45 y 64 años de edad, durante la perimenopausia y la posmenopausia, es capaz de valorar el impacto de su estado de salud en distintas áreas físicas y psicosociales y, en especial, su repercusión en el bienestar general. Es un instrumento de 31 ítems, estructurados en las 4 dimensiones de menopausia y salud, sexualidad, dominio psíquico y relación de pareja. La dimensión de menopausia y salud incluye las subdimensiones de sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento. ⁽¹²⁾

CUESTIONARIO SF-36. Es un instrumento desarrollado a partir de un extenso grupo de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; de problemas físicos; limitaciones del rol, problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. ^(12,13)

CAPITULO III

MENOPAUSIA

Climaterio: Comprende el período durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva, o sea, que señala una transición.

El climaterio se divide en 3 etapas, premenopausia, menopausia y postmenopausia

Menopausia inducida: Cese de la menstruación debido a pérdida de la función ovárica por extirpación quirúrgica de ambos ovarios (con o sin histerectomía) o daño de la función ovárica por quimioterapia o radiación.

Menopausia natural: Último periodo menstrual que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica en retrospectiva, una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, para la cual no exista ninguna otra causa obvia, patológica o fisiológica.

Menopausia prematura: Cuando el cese de la menstruación ocurre a una edad menor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Se acepta la edad menor de 40 años como criterio práctico.

Menopausia tardía: Cuando el cese de la menstruación ocurre después de lo estimado en una población de referencia. Se acepta 54 años de edad como criterio práctico.

Perimenopausia: Periodo comprendido desde el inicio de los eventos biológicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma.

Postmenopausia: Etapa iniciada a partir del último periodo menstrual, ya sea por menopausia inducida o natural.

Premenopausia: Totalidad del periodo reproductivo, hasta la última menstruación.

Síndrome climatérico: Conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y postmenopausia, como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo.

Terapia de reemplazo estrogénica: Tratamiento hormonal que incluye sólo estrógenos, encaminado a restablecer el equilibrio que ha disminuido o se ha perdido durante la peri o postmenopausia.

Terapia de reemplazo hormonal: Tratamiento que incluye estrógenos más alguna progestina, encaminado a restablecer el equilibrio que ha disminuido o se ha perdido en la peri o en la postmenopausia. ⁽¹⁴⁾

La edad de aparición de la menopausia es variable. Se acepta que puede ocurrir entre 35 y 55 años, como promedio 50 años. Por debajo de los 40 años se considera temprana y por encima de los 52, tardía. En ambos casos, el médico debe priorizar la atención para identificar las causas.

Se ha sugerido que antes de los 45 años, el 30 % de las mujeres ha dejado de menstruar y que después de los 55, el 2 %, aproximadamente, sigue menstruando. En nuestro medio es raro encontrar pacientes con menopausia precoz; en otros estudios se ha comunicado una frecuencia del 1,6 %. Entre los factores que influyen en la aparición de la menopausia precoz, se señalan:

- Herencia.
- Raza: Las mediterráneas y nórdicas la tienen más temprano.
- Hábito de fumar: Adelanta la edad de aparición de la menopausia.
- Otros: Estado civil, categoría laboral, nivel socioeconómico, obesidad, uso de anticoncepción hormonal, etcétera. ^(15,16)

FISIOPATOLOGÍA.

El climaterio es la consecuencia de una menor actividad endocrina del ovario, sobre todo de los estrógenos. La menopausia se produce al interrumpirse el ciclo ovárico. El folículo constituye el aspecto más importante de la histología ovárica, la dotación folicular se instaura desde la vida intrauterina, no se conoce exactamente por qué ocurre la atresia de la mayoría de los folículos ováricos, pero lo cierto es que la rapidez de la disminución del número de folículos es aproximadamente lineal en una escala semilogarítmica por lo que a partir de los 40 años el ritmo de atresia aumenta y cerca de los 50 años prácticamente no quedan folículos, por tanto la dotación folicular debe ser el elemento crítico que determina el tiempo de la vida reproductiva y por tanto la edad de la menopausia.

El ciclo ovárico se interrumpe porque se agota la reserva foliculogénica, es decir, porque los folículos primordiales se acaban. Al bajar los estrógenos se produce una pérdida del *feedback* negativo sobre el hipotálamo, y las gonadotropinas. En el climaterio se producen cambios anatomofuncionales primarios de los ovarios, pero estudios recientes demuestran que con la edad se producen cambios a nivel hipotálamo-hipofisario e incluso cerebral, que contribuyen a la pérdida de los ciclos reproductivos y que son consecuencia del fallo ovárico. En las etapas de transición (premenopausia y menopausia) se pueden hallar concentraciones de las hormonas de la reproducción similares a las del período reproductivo. ⁽¹⁷⁾

ETAPAS / NOMENCLATURA DEL ENVEJECIMIENTO REPRODUCTIVO NORMAL EN MUJERES.

ETAPAS	-5	-	-3	-2	-1	1	2
Terminología	Reproductiva			Transición a la menopausia		Postmenopausia	
	Temprana	Pico	Tardía	Temprana	Tardía	Temprana	Tardía
Duración de la etapa	Variable			Perimenopausia			
				Variable	a)un año	b)4 años	Hasta la desaparición
Ciclos menstruales	Variable a regular	Regular		Duración variable del ciclo (>7 días diferente de lo normal),	>2 ciclos saltados y un intervalo de amenorrea (>60 días).	Amenorrea por 12 meses.	Ninguno
Endócrino	FSH normal		↑ FHS	↑ FHS		↑ FHS	

(18)

Ovario.

Hacia los 40 a 45 años éste va perdiendo su capacidad de ovular y entra de nuevo, lo mismo que antes de la nubilidad, en una fase de ciclos anovulatorios fisiológicos. Pero al mismo tiempo, los primordios son cada vez más escasos. El cómo de los casi 2 millones de primordios que tiene el feto de 5 meses y de los casi 1 millón que tiene la recién nacida se pasa a cero, se debe, no a las sucesivas ovulaciones, que son lo de menos, sino al fenómeno de atresia. Después de los 35 años de edad, el ovario disminuye de tamaño y peso y contiene menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos atrésicos en degeneración. La atresia se hace cada vez más intensa cuando el ovario envejece; y llega un momento en que, faltando los elementos básicos del ciclo, que son los folículos primordiales o primordios, el ciclo se termina. Así el ovario de la climatérica, más que un ovario sin secreción es un ovario sin ciclo. Al no madurar folículos, no hay estrógenos ni inhibina, la LH que ahora está aumentado, forma andrógenos. Así, el ovario climatérico deja de formar estradiol y progesterona, pero forma testosterona y androstendiona.

Hipófisis.

La falta de feedback estrogénico a través del hipotálamo, dispara la hipófisis con aumento de FSH y LH. El primero es más precoz, pero luego se igualan. La elevación de los niveles de FSH constituye uno de los primeros signos del envejecimiento de la función reproductiva en el ser humano; el aumento de ambas caracteriza el estadio hipergonadotrópico propio de la posmenopausia. No hay referencias en la literatura acerca del valor del índice LH/FSH durante el climaterio.

No hay tampoco consenso en cuanto al efecto del climaterio sobre los niveles de prolactina; se han comunicado niveles disminuidos, pero también se ha informado una secreción normal incluso hasta una época bien avanzada del climaterio. Los cambios en la hipófisis y el hipotálamo repercuten sobre el equilibrio de las monoaminas del SNC y son la causa de los sofocos, cambios de carácter y otras alteraciones psíquicas de la climatérica mal comprendidos todavía. ^(19, 20)

Otras hormonas.

La falta de estrógenos eleva la paratohormona y descende la calcitonina, resultando de aquí una movilización de calcio y una tendencia a la disminución de la masa ósea. Por otra parte, el descenso de los estrógenos produce alteraciones en el perfil lipídico, que se caracterizan por una elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), formadas fundamentalmente por colesterol y por un descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL).

SÍNDROME CLIMATÉRICO.

El climaterio se define como el período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, que se atribuyen a la disminución progresiva de la actividad de la función ovárica. Suele ubicarse a partir de los 45 años de edad y finaliza hacia los 65 años, edad que marca el comienzo de la senectud. En sentido estricto, el climaterio, al igual que la pubertad (ambos son períodos de transición pero con claro sentido opuesto), son situaciones que no se pueden considerar enfermedad, sino cambios fisiológicos. Lo que suele ocurrir con frecuencia es que, debido al proceso en sí, se puede producir un equilibrio funcional inestable que lleve a desviaciones patológicas, lo que constituye el llamado síndrome climatérico.

En algunas ocasiones el llamado síndrome climatérico se limita a un aumento de la intensidad de las manifestaciones climatéricas normales. Es muy frecuente pues ocurre en 2 de cada 3 mujeres. Se plantea que en este síndrome se presentan, con relativa frecuencia, alteraciones psicológicas como irritabilidad, depresión, ansiedad, nerviosismo, disminución de la libido; alteraciones genitourinarias como sequedad vaginal, prurito, disuria, incontinencia urinaria y prolapsos; y síntomas neurovegetativos como sofocación, sudaciones, cefalea, parestesias, insomnios, entre otros.

Los cambios que se producen durante el climaterio son esencialmente neuroendocrinos pero ellos, por sí solos, no pueden explicar los cambios en el nivel de bienestar psicológico de estas mujeres. En esta etapa particular de la vida y dada su condición social de mujer se explica la influencia sobre el bienestar de un conjunto de factores externos como los ambientales e internos como la personalidad, autoestima, aspiraciones, aunque está aún por determinar qué influencia pueden ejercer aquellos cambios neuroendocrinos sobre la esfera emocional, ya sea la cualidad de las emociones, su intensidad o su forma de expresión.

CONSECUENCIAS DEL CESE DE LA FUNCION OVÁRICA.

Es preciso tener presente que cuando ocurre la menopausia existe desde el punto de vista biológico al menos dos fenómenos imbricados, que son: el hipoestrogenismo post menopausia y la edad de la mujer (envejecimiento) por lo que en muchas ocasiones resulta difícil precisar a cuál de estos eventos obedece un determinado síntoma.

Aunque ello fuera posible no se debe olvidar que la forma en que se expresa (se siente o se padece) un determinado síntoma depende no solo de su etiología sino de factores condicionantes como serían: herencia, nutrición, hábitos tóxicos, enfermedades acompañantes, posibilidad de acceso a la atención médico, nivel educacional, nivel social, relaciones de familia, entre otros.

Hoy día se asocia el cese de la función reproductiva ovárica con:

Síntomas neurovegetativos: Sofocación, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio, vértigos. Los que tienen un máxima frecuencia durante la perimenopausia y disminuyen en frecuencia e intensidad a medida que transcurren los años de postmenopausia. Las crisis vasomotoras o sofocaciones, son el síntoma más frecuente, y característico, del climaterio se manifiestan como oleadas de calor que recorren el cuerpo subiendo hacia la cabeza, que producen enrojecimiento de la piel del pecho, cuello y cara, se acompañan de intensa sudoración, palpitaciones y sensación de angustia. Su frecuencia varía desde 10 en 24 horas hasta 10 en una hora y su duración va desde segundos hasta 1 hora como promedio 3/min. Estas crisis se presentan fundamentalmente durante la noche y son precipitados por: stress, calor, consumo de alcohol y el ayuno.

Alteraciones psicológicas: Labilidad emocional, nerviosismo, irritabilidad, estado de ánimo depresivo, disminución de la libido. Los que en múltiples ocasiones están presentes desde años antes de la menopausia, no conllevan deterioro de la salud mental y están asociados con malas relaciones de familia o de pareja, al condicionamiento de género, etc. En un número importante de mujeres disminuye su autoestima por lo que la autopercepción de su imagen corporal deviene negativa lo que se expresa como sensación de minusvalía y devaluación.

Alteraciones Genito-urinarias: Sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, incontinencia urinaria. Constituyen el cortejo sintomático más típico del hipoestrogenismo las que limitan el pleno disfrute del erotismo.

Otros problemas relacionados con el déficit estrogénico: Incremento de la frecuencia con que se presentan afecciones como la Aterosclerosis en su expresión cardio y cerebro vascular (primera causa de muerte de la mujer post menopausia en países desarrollados, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las neoplasias de mama y útero y la osteoporosis, enfermedades todas que limitan la expectativa de vida de la mujer y/o inducen incapacidades.^(21,22)

DESCRIPCIÓN CLÍNICA.

Cambios locales.

Ovarios y trompas: Después de los 35 años de edad el ovario disminuye de tamaño y peso y ocurre el fenómeno de atresia. Los ovarios no solamente se empequeñecen sino que su superficie se arruga (ova-rios giratus). Hacia los 55 o 60 años, los ovarios no son mayores que una almendra. La trompa se atrofia y se retrae progresivamente y el ligamento suspensorio del ovario también se retrae, por lo que éste se eleva en la fosa ilíaca.

Útero y vagina: Igualmente el útero se atrofia y se reduce su tamaño y el endometrio deja de menstruar y se retrae, aunque no debemos olvidar que a veces persiste en proliferación y hasta con hiperplasia. La vagina se adelgaza y atrofia y en su exudado desaparecen las células glucogénicas y carbopicnóticas. Además, hay sequedad vaginal, dispareunia y prurito.

Vulva, periné y ligamentos: En la vulva se atrofian los labios mayores y menores que permite, en mujeres delgadas, observar la hendidura vulvar desde el exterior. Con frecuencia la mucosa vulvar al tiempo que se atrofia se hace blanquecina y sus rugosidades desaparecen. El periné también se relaja, pues como se sabe los músculos perineales conservan su función y su tono por la acción de los estrógenos. Otro tanto ocurre con los ligamentos del útero, en especial los retináculos que se relajan y atrofian. La consecuencia de todo esto es que la mujer se hace propensa a los prolapsos y descensos de los genitales, con síntomas tales como tenesmo vesical, disuria, incontinencia urinaria, etcétera.

Cambios Generales.

El cese de la función ovárica produce una disminución hormonal de estrógenos, específicamente el estradiol que es el más potente y que expresa con síntomas característicos muy conocidos llamado síndrome climatérico que se presenta en 2 de cada 3 mujeres y los más frecuentes son los siguientes: sofocos, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio y vértigos. La aparición de los calores se ve favorecida por el estrés, el calor, el alcohol y el ayuno. En nuestro medio, las crisis vasomotoras afectan el 80 % de las mujeres en esta etapa, y guardan relación directa, como ya señalamos, con los disturbios endocrinos. Se ha referido la secuencia calor-taquicardia-enrojecimiento-frío con características de aparición nocturnas y que pueden sucederse con una frecuencia de 3 a 10 en 24 horas.

Constitución femenina: Suele modificarse en esta etapa con tendencia a la obesidad en la mayoría de las mujeres, aunque en algunas hay adelgazamiento. Los caracteres sexuales tienden a atrofiarse y a veces se marca una tendencia a la virilización (virilismo climatérico).

Cambios digestivos: Consisten fundamentalmente en dispepsias, muchas veces atribuidas a alteraciones hepáticas o del colecisto y que, en realidad, no son más

que trastornos sui géneris del climaterio. Hay también disquécia, sensación de bola epigástrica y a veces meteorismo.

Cambios circulatorios: Con frecuencia la mujer es propensa al dermatografismo, hiperemias cutáneas y vasospasmos. Hay tendencia a la hipertensión, sofocos, como ya señalamos, y alteraciones en el riego de los miembros con parestesia.

Trastornos nerviosos: Hay gran inestabilidad psíquica, cambios de carácter, irritabilidad, insomnio, etcétera. Numerosas investigaciones de corte psico-social han demostrado la importancia de estos factores en las manifestaciones del síndrome climatérico.

Las opiniones acerca de la menopausia varían de un grupo social a otro. *Defey* y otros, estudiaron la descripción que hacen las mujeres comunes y los ginecólogos acerca de la menopausia y encontraron que en ambos grupos existía la opinión de que esta etapa estaba caracterizada por sentimientos de soledad y el síndrome del nido vacío. Sin embargo, los especialistas percibían a las mujeres menopáusicas como abandonadas de una vida sexual activa, deprimidas, faltas de proyectos para el futuro y preocupadas acerca del cuidado de su salud. Las mujeres piensan, según estos autores, que la menopausia es una etapa de crisis vital con oportunidades para la autorealización y cambios positivos en los estilos de vida con vistas a una mayor autonomía. El componente cultural que rodea a la etapa del climaterio ha de determinar, en gran medida, el bienestar psicológico de las mujeres en esta etapa, según sea, en su contexto social, la representación cultural de la misma. Autores como *Chirkov, Suh, Ryan, Deci Keyes* y otros, hablan a favor de las influencias culturales sobre el bienestar.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico del síndrome climatérico es clínico. La disminución de la actividad folicular o pérdida de la capacidad reproductiva en la mujer es la manifestación del envejecimiento reproductor, la edad de inicio oscila entre los 35 a 55 años. El término climaterio define el periodo de la vida en donde pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva, se extiende desde 2 a 8 años antes de la fecha de la menopausia, siendo la edad promedio en México de la menopausia de 49 años. Es conveniente que pacientes en edades perimenopáusicas o posmenopáusicas, con síntomas urinarios o de incontinencia, se descarten problemas infecciosos y anatómicos antes de considerarlo secundario a hipoestrogenismo. Debe realizarse un interrogatorio dirigido de los síntomas más comunes en el climaterio para detectar cuales son secundarios a hipoestrogenismo. ⁽¹⁸⁾

Laboratorio:

Hormona folículo estimulante FSH: 2-7U/l. En mujeres posmenopáusicas, superior a 20U/l.

Hormona luteinizante LH: 2-7U/l. En mujeres posmenopáusicas superior a 10U/l.

TRATAMIENTO.

El climaterio y la menopausia se consideran dentro de los procesos psicofisiológicos, de causa endocrina, mediados por el estrés y con manifestaciones severas de éste, tales como irritabilidad, alteraciones del sueño, frecuencia cardíaca acelerada, dolores de cabeza, necesidad de tranquilizadores o hipnóticos, signos de ansiedad (sudor, temor, agitación) y depresión (olvido, tristeza, astenia, etcétera), entre otros. Con este enfoque, se hace evidente lo importante que resulta la labor preventiva, dirigida, en lo fundamental, hacia la limitación, y cuando sea posible, hacia la eliminación de estresores físicos y psicofisiológicos. La detección de estos agentes causales de estrés por el médico, deberá realizarse con un enfoque sistémico, conociendo al individuo y al medio donde vive. Por otra parte, es de todo conocido que el cáncer ginecológico está entre las causas más frecuentes de muerte en la población femenina y algunos de ellos como el adenocarcinoma de endometrio y el de mama aparece con mayor frecuencia en las edades perimenopáusicas. De acuerdo con lo que deseamos para las mujeres climatéricas es un enfoque terapéutico integral, pues sólo así se logrará el propósito de que durante esos años la mujer tenga una calidad de vida adecuada, por lo cual la terapéutica debe abarcar factores afectivos, sociales, nutricionales y físicos, pues todos inciden en esta etapa de la vida femenina, sin olvidar los problemas de salud más frecuente que se presentan en la mujer climatérica.

Se debe indicar:

- Suprimir hábitos nocivos como el tabaquismo y alcoholismo.
- Exposición diaria al sol (15 min.) tratando que no sea entre las 11:00 y 13:00 horas, que es cuando los rayos del sol caen en forma directa.
- Moderar el consumo de café y otros estimulantes.
- Dieta rica en calcio, 1000-1500 mg diarios de calcio elemental y en alimentos ricos en vitaminas y minerales. Suplementación con calcio cuando la dieta sea insuficiente para aportar los requerimientos mínimos.
- Promover las actividades de acondicionamiento físico para evitar el sedentarismo. Promover un programa de ejercicios que deberá combinar los de tipo aeróbico para el acondicionamiento cardiovascular con los del tipo de flexibilidad para fortalecimiento muscular y prevención de la pérdida de masa ósea. Evitar el ejercicio físico excesivo que puede resultar contraproducente. Promover el ejercicio físico como la caminata, natación, o el uso de la bicicleta. El ejercicio aeróbico debe iniciar con un ritmo lento e ir aumentando gradualmente, con una duración de 20 a 30 minutos por sesión, 2 a 3 veces por semana como mínimo. La práctica de la gimnasia, el correr y la danza son también recomendables.
- Eliminar la obesidad y reducir el sobrepeso apoyándose en el seguimiento de dietas y ejercicio. Debe promoverse un tipo de alimentación, que sea útil también para la prevención de otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y

diversos tipos de cáncer. Se deberá recomendar de manera general la moderación en el consumo de alimentos de origen animal (por su contenido de grasas saturadas y colesterol) y de alimentos con exceso de hidratos de carbono simples, sal y lípidos; por el contrario, debe estimularse el consumo de verduras, frutas y leguminosas, fuentes de nutrimentos antioxidantes y fibra. La ingestión diaria de sal no excederá 4 g al día. El valor energético total diario de los alimentos será entre 25 y 30 Kcal/kg/día, para las personas sedentarias y de 30 a 40 Kcal/kg/día para las personas físicamente activas o que realizan ejercicio de manera regular (cálculo realizado con base al peso ideal de la persona).

- **Prevención secundaria:** Una vez que se detectan datos de enfermedades establecidas como osteoporosis, alteraciones genitourinarias se deberán implementar acciones dirigidas a evitar su progresión teniendo en consideración los lineamientos de la prevención primaria y los procedimientos terapéuticos aprobados para cada padecimiento en particular. Se deberán realizar: densitometría ósea, de existir indicación médica, cuando se disponga del recurso, estudios metabólicos y cardiológicos, vigilancia permanente de las mujeres ya sea que reciban o no tratamiento farmacológico, manejo y referencia oportuna al siguiente nivel de atención de las mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas con alguna enfermedad concomitante que no respondan al manejo terapéutico inicial.
- **Prevención terciaria:** las mujeres que hayan sufrido daño secundario a alguna enfermedad como fracturas de origen osteoporótico o infarto al miocardio o hayan recibido tratamiento por alguna enfermedad neoplásica, deberán recibir apoyo para su rehabilitación física y psicológica por personal capacitado. ⁽¹⁴⁾

Hay otros aspectos emocionales que debemos enfocar en la mujer climatérica que son los relacionados con la sexualidad. Muchas de ellas consideran que cesó su vida sexual al acabar la vida reproductiva, pues en esta etapa los hijos abandonan el hogar y es de todos conocido el síndrome del nido vacío; otras no tienen compañero, pues los hombres de su edad pueden tener problemas sexuales o son más difíciles de encontrar, hay una variación en cuanto a la sexualidad. ^(18,19)

TRATAMIENTO. TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO

El médico tiene, en general, dos posturas: aquellos que consideran el hipoestrogenismo como la más importante y promueven el empleo de la terapia hormonal de reemplazo (THR) en todas las mujeres posmenopáusicas y aquellos que plantean que no se requiere tratamiento, pues consideran que la forma en que la mujer expresa el síndrome climatérico tras la menopausia depende más del contexto familiar y de otros factores culturales.

Las mujeres, por su parte, también desarrollan dos actitudes: unas adoptan la actitud pasiva de “soportar” las manifestaciones clínicas sin buscar ayuda, es decir, sin demandar atención médica, bien por no tener síntomas o por

desconocer la relación entre déficit estrogénico, aterosclerosis, depresión o cáncer, mientras que otras solicitan emplear terapia hormonal de reemplazo (THR) para mejorar su calidad de vida.

Está planteado desde hace varias décadas, fundamentalmente, la estrogenoterapia, pero en 1970 Deborah Grady y otros, en sus trabajos, señalan los efectos terapéuticos beneficiosos de las combinaciones entre agentes estrogénicos y progestacionales, pero aún es un área de interés y controversias. Evidencias recientes indican que la adición de progesterona, ya sea cíclicamente o continuamente, protegería contra la estimulación estrogénica desfavorable sobre el endometrio, sin reducir los efectos beneficiosos sobre el corazón o el sistema esquelético.

No existen bases para el uso profiláctico de la terapéutica hormonal, pero su indicación en mujeres sintomáticas y en las que tienen factores de riesgo conocido para la osteoporosis y aterosclerosis es poco discutido. Esta terapéutica contribuye a la prevención de la atrofia urogenital y en general produce una sensación de bienestar en la mujer que presenta síntomas durante el climaterio. La estrogenoterapia simple estaría contraindicada en las pacientes con útero intacto, por los riesgos que comporta su uso. Están absolutamente contraindicadas en las pacientes con enfermedad hepática activa, enfermedad tromboembólica activa y hemorragia genital de causa no precisada. En pacientes con útero, debemos combinarla con agentes progestacionales. ^(17,22)

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ESQUEMAS DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

ESQUEMA	INDICACIONES	VENTAJAS	DESVENTAJAS	DOSIS RECOMENDADA
I Estrógeno continuo sin interrupción (TRE).	Mujer peri o postmenopáusica sin útero.	La administración continua evita la sintomatología vasomotora que se llega a presentar con esquemas discontinuos durante el periodo libre de hormonas.	Mayor aumento de triglicéridos con formulaciones de administración oral. El succinato de estriol carece de efectos sistémicos adversos.	Vía oral: -Estrógenos conjugados, 0.625-1.25 mg/día. -Valerianato de estradiol, 2 mg/día. -Succinato de estriol, 4-12 mg/día. Vía transdérmica: -Estradiol, 1-8 mg cada 4 días (2 veces por semana). -Estradiol, 3.55-1.452 mg cada 7 días (1 vez por semana). Vía Percutánea: -Estradiol, 3.0 mg/día (2 aplicaciones cutáneas por día).

<p>II Estrógeno continuo sin interrupción más progestágeno por 10 a 14 días cada mes (Cíclico) (TRH).</p>	<p>Mujer peri o postmenopáusica con útero.</p>	<p>En perimenopausia control de sangrados irregulares, en postmenopausia posible efecto psicológico positivo al continuar la función menstrual; ausencia de sintomatología vasomotora al no suspender efecto estrogénico.</p>	<p>Continuación del sangrado menstrual en postmenopausia.</p>	<p>Vía oral: -Estrógenos conjugados, 0.625-1.25 mg/día, asociado con Acetato de medroxiprogesterona, 5 mg del día 15 al día 28, de cada ciclo. Vía transdérmica: -17β Estradiol, 4 mg 2 veces por semana por 2 semanas, seguido de 17β Estradiol, 10 mg asociado con Acetato de noretisterona 30 mg, 2 veces por semana las siguientes 2 semanas del ciclo. Vía Oral: Estrógenos, los mencionados en el esquema I, asociados con algún progestágeno siguiente: Progesterona micronizada, 200 mg/día. Acetato de clormadinona, 5 mg/día. Acetato de medroxiprogesterona, 5-10 mg/día. Vía vaginal: Progesterona micronizada en gel, 45-90 mg/día, en los últimos 12 días del ciclo en días alternos (6 aplicaciones en total).</p>
<p>III Estrógenos por 21 días seguido de Progestágeno en los últimos 10 a 14 días de administración estrogénica. Periodo libre de hormonas por 7 días (Secuencial) (TRH).</p>	<p>Mujer peri o postmenopáusica con útero.</p>	<p>Control de sangrados irregulares en perimenopausia.</p>	<p>Continuación del sangrado menstrual en postmenopausia. Recurrencia de sintomatología vasomotora en periodo libre de hormonas.</p>	<p>Vía Oral: -Valerianato de estradiol, 2 mg/día, asociado con Acetato de ciproterona, 1 mg/día. -Valerianato de estradiol, 2 mg/día, asociado con Acetato de medroxiprogesterona, 10 mg/día.</p>
<p>IV Estrógenos combinados con progestágenos en forma continua (TRH).</p>	<p>Mujer postmenopáusica con útero.</p>	<p>Ausencia de sangrado por privación hormonal.</p>	<p>Posible reducción mínima del efecto protector endometrial del progestágeno. Manchado en los primeros ciclos de tratamiento.</p>	<p>Vía Oral: 17β Estradiol, 2 mg asociado con Acetato de noretisterona, 1 mg/día. Estrógenos conjugados, 0.625 mg asociado con Acetato de medroxiprogesterona, 2.5 mg/día. Vía transdérmica Estradiol hemihidratado 3.2 mg asociado con acetato de noretisterona 11.2 mg. Si no se cuenta con estas combinaciones se pueden combinar las presentaciones de estrógenos ya descritas con cualquiera de los progestágenos siguientes: Progesterona micronizada, 100 mg/día. Medroxiprogesterona, 2.5 mg/día. Clormadinona, 2 mg/día.</p>

V Estrógenos con andrógenos combinados.	Mujer peri o postmenopáusica con o sin útero con intensa disminución de la libido. Falta de respuesta a dosis habituales de TRH.	Aplicación mensual intramuscular, normalización de los ciclos, sensación de bienestar así como aumento de la libido.	Administración parenteral intramuscular, efecto negativo sobre el perfil de lípidos por lo que no se recomienda su uso por más de 6 meses. Desarrollo de tolerancia al compuesto.	Vía parenteral (intramuscular): Valerianato de estradiol, 4 mg asociado con Enantato de prasterona 200 mg en solución oleosa, cada 4 semanas. Valerianato de estradiol, 4 mg asociado con Enantato de testosterona 90.3 mg en solución oleosa, cada 4 semanas.
VI Estrógeno local.	Mujer con sintomatología genitourinaria por deficiencia estrogénica y/o atrofia urogenital.	Absorción sistémica adecuada por vía vaginal cuando se emplean estrógenos conjugados. Mejoría de sintomatología genitourinaria.	La aplicación de estriol carece de efectos extragenitales. Molestia y rechazo al aplicador vaginal.	Vía vaginal: Estrógenos conjugados, crema vaginal, 0.625-1.250 mg dos veces por semana. Estriol micronizado, óvulo vaginal 3.5 mg 2 veces por semana durante 3 semanas, posteriormente uno por semana. Estriol, crema vaginal 0.5 mg/día por 2 semanas y continuar 0.5 mg/día 2 veces por semana.
VII Progestágeno sólo, de 10 a 14 días a partir del día 15 del ciclo.	Mujer perimenopáusica con útero y alteraciones menstruales y/o hiperplasia simple de endometrio.	Permite reconocer el momento de la menopausia y regulariza el ciclo.	La administración cíclica es más difícil y afecta el apego de la paciente a la terapia y no elimina totalmente la sintomatología vasomotora. Es posible un déficit de estrógeno aun con sangrado lo que retarda una suplementación oportuna.	Progestágenos descritos en esquema II.
VIII Progestágeno sólo sin interrupción.	Mujer postmenopáusica con y sin útero.	Inactivación endometrial, inducción de amenorrea, sensación de bienestar. Efectos benéficos sobre densidad mineral ósea, sólo con tibolona.	Disminución transitoria de HDL.	Vía oral: Tibolona, 2.5 mg/día. Acetato de Medroxiprogesterona, 20 mg/día. Vía parenteral (intramuscular): Acetato de Medroxiprogesterona, 150 mg cada 3 meses.
IX Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógenos (SERM's).	Mujer postmenopáusica con osteoporosis.	No estimula endometrio ni el tejido mamario. Disminuye el colesterol y LDL.	Incrementa la incidencia de fenómenos trombóticos similar a los estrógenos. Incrementa la sintomatología vasomotora.	Vía oral: Clorhidrato de raloxifeno, 60 mg/día.

(14)

Ventajas de la estrogoterapia de reemplazo

1. Resuelven los síntomas neurovegetativos.
2. Mejoran la sexualidad.
3. Retardan la pérdida de la masa ósea después de la menopausia, favorecen la formación de los osteoblastos.

4. Previenen las enfermedades cardiovasculares al aumentar los niveles de HDL - colesterol y disminuir los niveles sanguíneos de LDL - colesterol.

Se debe evitar en:

1. Mujeres con factores de riesgo para las enfermedades hepáticas y de la vesícula biliar.
2. Su efecto sobre el cáncer de útero es discutible, algunos autores señalan que este cáncer es menor en las mujeres que utilizaron estrógenos y progesteronas que entre las mujeres sin terapéutica hormonal estrogénica. Toda mujer antes de comenzar esta terapia debe ser bien informada sobre las ventajas y desventajas. ^(21,22,23)

Modalidades terapéuticas de terapia hormonal:

Paciente con síndrome climatérico.		
Con útero intacto.		Sin útero.
Etapa premenopáusica.	Etapa postmenopáusica.	Terapia estrogénica simple o Tibolona.
Terapia cíclica o secuencial combinada.	Terapia continua combinada.	
(Estrógenos – Progestágenos)	(Estrógenos – Progestágenos)	

(18)

CAPITULO IV

LA MENOPAUSIA EN LA CALIDAD DE VIDA.

Existen innumerables publicaciones sobre la sintomatología generada por la menopausia, pero estas son ya muy escasas cuando se trata de medir la influencia del mismo sobre la calidad de vida. De la misma manera, las pocas disponibles tampoco son unánimes en cuanto a los instrumentos de medida que en algunos casos son, de acuerdo con los más exigentes criterios actuales de poca utilidad.

Así, el WHIFN, un estudio holandés sobre 5.213 mujeres de 39 a 60 años utilizó una escala de bienestar construida a partir de la inclusión de 21 síntomas generales considerados como no característicos del climaterio, pero que de alguna forma dibujaban lo que podía definir el estado de bienestar general. Confirmaron que la edad y el estado menopáusico tenían poca influencia en la génesis de esos síntomas, pero no ocurría lo mismo con el cuadro vasomotor, cuya intensidad, por tanto, se manifestó como el principal determinante de la reducción del bienestar general. No mucho más tarde, se realiza en Holanda el estudio de Wiklund, en este caso para evaluar el efecto del THS, incorpora ya un intento claro de introducir el concepto de calidad de vida utilizando distintos tests, tales como el Nottingham Health Profile o el Psychological General Well-Being.⁽¹⁰⁾

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

ESTUDIO GAZEL. Se trata de un estudio de gran interés, desarrollado en Francia a partir de cuestionarios respondidos por 286 mujeres. Se utilizó como instrumento el Nottingham Health Profile, cuyas secciones (movilidad física, aislamiento social, reacciones emocionales, dolor, sueño y energía) son bastante generales, si bien dado su capacidad para evaluar la repercusión en la calidad de vida de procesos sintomáticos, como el climaterio, puede resultar de cierta utilidad. Este estudio encontró que tras corregir el sesgo por la edad, la mujer menopáusica presentaba una peor calidad de vida que la pre menopáusica en cuatro de las seis secciones analizadas, concretamente aislamiento social, dolor, sueño y energía, todo lo cual resultaba explicable por las molestias propias del climaterio sufridas por estas mujeres.

Es interesante subrayar que, cuando tras un análisis discriminante se corrigió para la sintomatología climatérica, las diferencias entre mujeres pre y postmenopáusicas desaparecieron, lo cual sugería, como se ha indicado antes, que el deterioro de la calidad de vida en la mujer climatérica va íntimamente unido a la sintomatología generada por el proceso.

MENQOL. Hilditch et al propusieron un acercamiento distinto, ya directamente orientado hacia la calidad de vida desde su inicio, aunque esencialmente buscaban, como Greene, la selección de síntomas climatéricos con repercusión clara en la mujer. Para ello presentaron a 88 mujeres climatéricas una lista de 106 síntomas, al fin de que fuesen ellas mismas quienes eligiesen cuáles de ellos consideraban que, en su propia experiencia, se relacionaban de manera clara con el proceso. De esta forma, se incorporaba la propia percepción del individuo con aquello que el consideraba que le afecta. Igualmente, se ajustaba a la perspectiva de la población que se deseaba evaluar. Finalmente, acabaron identificando 30 síntomas agrupado en cuatro factores, muy cercano a los propuestos en la escala de Greene, en lo que se seguía la terminología de este autor: vasomotor, psicología, físico, y sexual. Sin embargo se incorporaba además una pregunta global sobre calidad de vida. El resultado fue MENQOL (Menopause Quality of Life), un instrumento especialmente concebido para valorar la calidad de vida en el climaterio desde la percepción propia de las mujeres en ese periodo de la vida.

DATOS CON MENQOL. Blumel y Castelo-Branco han realizado recientemente un estudio cruzado que merece destacarse por tres razones: su mayor actualidad: a utilización de un instrumento, el MENQOL, particularmente apropiado, y finalmente, porque se han desarrollado sobre mujeres de un ámbito cultural muy cercano al nuestro. Tras incluir en el estudio a 481 mujeres de entre 40 y 59 años. Los autores encuentran un deterioro considerable en la calidad de vida de las mujeres climatéricas, con importantes diferencias respecto a las premenopausicas. Como los autores muestran, esta diferencia no está ligada a la edad, pues desaparece cuando las pacientes se agrupan de acuerdo con este parámetro.⁽⁷⁾

DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL CLIMATERIO. Natacha Ortiz O, Catalina Marlño V. Evaluaron los cambios originados por el climaterio sobre la calidad de vida de un grupo de mujeres colombianas. Aplicaron el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia a 430 mujeres de 40 a 59 años, seleccionadas aleatoriamente en la ciudad de Bogotá. Encontraron que la calidad de vida se ve afectada por síntomas vasomotores; el puntaje de estos síntomas aumenta desde 2.0 ± 1.7 en las premenopáusicas a 3.6 ± 2.2 ($p < 0.0001$) en aquellas con cinco o más años de menopausia. Las manifestaciones físicas del climaterio aumentan desde 2.5 ± 1.0 a 3.6 ± 0.9 ($p < 0.0001$). La pérdida de calidad de vida por trastornos psíquico-sociales predomina, en cambio, en los primeros años de la menopausia (2.3 ± 1.3 a 2.9 ± 1.0 en los cinco primeros años de menopausia), ($p < 0.001$). No encontraron deterioro de la sexualidad con el climaterio. Concluyeron que el climaterio deteriora la calidad de vida por síntomas vasomotores, psicosociales y físicos. A diferencia de lo clásicamente descrito, no observaron deterioro de la sexualidad, aunque sí disminución del número de mujeres sexualmente activas. Diferencias culturales o de estilos de vida, pueden explicar esta observación.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL CLIMATERIO EN UNA POBLACIÓN CHILENA DE MUJERES SALUDABLES. Sócrates Aedo, Arnaldo Porcile, Cristina Iribarra. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile. Aplicaron la versión chilena de

la escala MRS a mujeres de 45-64 años inscritas en el SSMO: Grupo 1, concurrentes a controles preventivos de salud (n=844) y Grupo 2, concurrentes a ginecólogo (n=360). Resultados: El adecuado comportamiento del instrumento fue confirmado porque el análisis de confiabilidad interna, que presentó un alfa de Crombach $>0,86$; la confiabilidad externa mostró una correlación en re-encuesta del Grupo 1 y 2 con coeficiente de Pearson $p<0,01$ para sus 11 ítems y sus dominios; la validez de contenido fue confirmada porque en los 2 grupos en estudio se identificaron 3 dominios de contenidos (psicológico, somático y urogenital), tal como ha sido visto en otros países; y la validez discriminante de la versión chilena de la escala MRS demostró que ambos grupos informaron puntajes que orientan a un deterioro de calidad de vida en relación al climaterio, estando significativamente más afectado el grupo 2. La versión chilena de la escala MRS es metodológicamente comparable con la versión original de Heinemann y permitió evaluar la calidad de vida en relación al climaterio en una población chilena.

En conclusión, parece que hay unanimidad en la literatura sobre la repercusión que el climaterio ejerce sobre la calidad de vida. Más aun, y como era previsible, el deterioro parece paralelo a la magnitud de los síntomas.⁽¹⁴⁾

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El crecimiento poblacional ha contribuido al incremento del número de mujeres mayores de 50 años, esto conlleva el riesgo de asociarse a una mayor frecuencia de enfermedades degenerativas que representan un serio problema en la vida personal y un desafío para la sociedad que debe proveer servicios de salud adecuados.

En el ámbito de la postmenopausia, es claro que las consecuencias del cese de la función ovárica deben contemplarse también desde la perspectiva de la capacidad de llevar una vida satisfactoria, no basta identificar la presencia de bochornos u otro síntoma; interesa la apreciación subjetiva de la mujer quien dirá si ve afectado o no su bienestar por esa molestia, de igual forma si los cambios psíquicos afectan su capacidad laboral, su capacidad de relacionarse con otras personas, etcétera. Se sabe que la postmenopausia, a causa del hipoestrogenismo por el cese de la función ovárica, puede influir en grado variable sobre la calidad de vida de la mujer y esto debe ser valorado.

En México, cerca del 46 % de las mujeres padecen menopausia, lo que provoca en 80% de ellas, pérdida del apetito sexual. De igual manera se presentan cambios emocionales muy bruscos que conducen a afectación en el ámbito familiar y laboral.

La Terapia Hormonal Sustitutiva se ha propuesto como una opción para la mejoría de los síntomas ocasionados por el hipoestrogenismo, pero una valoración y manejo integrales conducen a obtener un equilibrio físico y psicológico, generando la armonía necesaria para sentirse bien en todos los aspectos; de esta manera, la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se ha convertido en un componente esencial para estudiar el efecto de la menopausia en el bienestar de la mujer, así como para valorar los beneficios del tratamiento hormonal sustitutivo. Sin embargo, a pesar del porcentaje de mujeres que cursan con menopausia en nuestra población, se carece de información sobre el efecto que tiene en la calidad de vida el uso y no uso de la terapia hormonal de reemplazo. En este contexto, se destaca la importancia del estudio del impacto que tienen estas transformaciones biológicas en la calidad de vida individual de la mujer en postmenopausia.

La atención de la paciente en postmenopausia en medicina familiar debe considerar las afectaciones que produce la postmenopausia en las diferentes esferas de la vida de la paciente. Tener conocimiento sobre los síntomas que presenta la paciente en la etapa de postmenopausia y que dimensiones de su vida se ven comprometidas según la percepción que tiene de su salud en relación con la postmenopausia, permite al médico familiar, establecer la necesidad de administrar terapia hormonal de reemplazo y a su vez, identificar las intervenciones que debe realizar, a fin de no permitir que esta percepción y afectación, dañe otras áreas de su vida (funcionalidad familiar, afectación en subsistema conyugal...).

Lo anterior motiva a cuestionar ¿Cuál es el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en postmenopausia con y sin terapia hormonal de reemplazo atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 249 del IMSS?

VI. JUSTIFICACION.

En México la menopausia sucede en promedio, a los 47.6 años (entre los 41 y 55 años). El aumento de la esperanza de vida, junto con los adelantos terapéuticos, nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico de las mujeres de este grupo de edad, que se distingue por mayor prevalencia de los procesos crónicos.

En el año 2005 la esperanza de vida se estableció en 79 años de edad para la mujer, y en el 2010 de 80 años. Se espera que para el 2035, una de cada 3 mujeres mexicanas estará en etapa de climaterio o en la postmenopausia, y con expectativa de vida de 83.4 años. En el censo de población del año 2000 (INEGI) había 6, 776,314 mujeres mayores de 50 años, en el 2005 con el recuento de la población había 8, 195,864, lo que representa un aumento de la población femenina mayor de 50% de 17.3%.

En el hospital de Ginecoobstetricia No. 221, perteneciente a la Delegación número 16 del IMSS, Estado de México poniente, se han atendido de enero a marzo de 2010, un total de 16 mil 677 consultas externas, de las cuales dos mil 634 corresponden a pacientes en postmenopausia y con síndrome climatérico. En la unidad de medicina familiar 249, de esta misma delegación, ubicada en la calle de Agripín García Estrada esquina Fraternidad, ex rancho Los Uribe, Santiago Tlaxomulco, Municipio de Toluca, Estado de México, al mes de octubre del año 2010, presentaba una población adscrita de 64.384 derechohabientes, de los cuales, 2987 son mujeres ubicadas en el rango de edad de 45 a 55 años. Así mismo, durante el año 2010 de enero a octubre, se registraron 258 consultas con diagnóstico de Climaterio y menopausia, de pacientes con y sin terapia hormonal de reemplazo, como único motivo de consulta y como diagnóstico agregado al motivo de consulta principal.

En la actualidad la disyuntiva está en considerar la menopausia como un problema de salud pública y por tanto dar manejo farmacológico a este proceso; o bien, considerarlo una etapa más de la vida de las mujeres, que se entronca con la senescencia y los procesos asociados a ella. Es por ello, que la importancia de la atención médica en esta etapa de la vida de la mujer incluye la coexistencia de enfermedades crónico-degenerativas que pueden ocasionar incremento de la morbilidad y de la mortalidad y el adecuado manejo de las implicaciones que tiene el proceso en la salud de la mujer y en consecuencia en el medio que la rodea (su familia).

Pero el problema se extiende más allá de la forma en como es considerada la postmenopausia por los sistemas de salud, comprende la forma en que la paciente que la presenta la percibe y a su vez, afecta su calidad de vida. Por ello, el estudio de la postmenopausia y su afectación en la calidad de vida es un objetivo de gran magnitud, debido principalmente a que afecta a un sector amplio e importantísimo de nuestra sociedad y a su transcendencia, pues en un gran número de mujeres esta etapa supone un cambio importante en su estado de salud, aunado a las crisis familiares que sufre por la etapa del ciclo vital en la que se encuentra.

Considerando que dentro de las situaciones que pueden generar disfunción en la familia, y en específico en el subsistema conyugal, se encuentra no solo lo relacionado a la salud sexual que se ve afectada por la disfunción ovárica, la forma en que una paciente percibe su salud en relación a su función física, rol físico, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y su salud mental pueden afectar también la forma en que las pacientes lleven a cabo sus actividades, desarrollen sus relaciones y cumplan con las diferentes funciones que tienen dentro de la familia.

Con estos argumentos, se destaca la importancia del estudio del impacto que tiene el estado de postmenopausia en la percepción del nivel de calidad de vida, de tal forma que pueda darse un manejo integral a esta evitando el deterioro que se produce en todas las esferas y que contribuyen a mermar aún más su estado de salud y conlleva también al aumento en necesidad de otros recursos y gastos en salud.

El evaluar la calidad de vida en pacientes en postmenopausia en la UMF 249 del IMSS ha sido factible debido a que existe una población femenina de 45 a 55 años de 2,987 a octubre 2010, de un total de 64,384 adscritos a la unidad, y se han contado con los recursos humanos, físicos y económicos necesarios para la realización del estudio.

VII. HIPOTESIS.

De trabajo:

El nivel de calidad de vida relacionada con la salud percibido por las pacientes en postmenopausia con terapia hormonal de reemplazo es mayor al de las pacientes sin terapia hormonal de reemplazo.

Nula:

El nivel de calidad de vida relacionada con la salud percibido por las pacientes en postmenopausia con terapia hormonal de reemplazo es menor al de las pacientes sin terapia hormonal de reemplazo.

VIII. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en postmenopausia con y sin terapia hormonal de reemplazo atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 249 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la calidad de vida relacionada con la salud que poseen las pacientes en postmenopausia según la edad.
- Identificar la calidad de vida relacionada con la salud que poseen las pacientes en postmenopausia según el estado civil.
- Identificar la de calidad de vida relacionada con la salud que poseen las pacientes en postmenopausia según su escolaridad.
- Identificar la calidad de vida relacionada con la salud que poseen las pacientes en postmenopausia según la ocupación que poseen.
- Identificar la calidad de vida relacionada con la salud que poseen las pacientes en postmenopausia con terapia hormonal de reemplazo.
- Identificar la calidad de vida relacionada con la salud que poseen las pacientes en postmenopausia sin terapia hormonal de reemplazo.
- Señalar el grado en que las actividades físicas de la vida diaria son afectadas por la menopausia.
- Describir el grado de interferencia en el trabajo y otras actividades diarias, ocasionadas por la postmenopausia.
- Estimar la valoración personal del estado de salud general de la paciente en postmenopausia.
- Reconocer la calidad en la vitalidad, manifestada por pacientes en postmenopausia.
- Identificar el grado en el que los problemas físicos derivados de la postmenopausia, interfieren en la vida social habitual en estas pacientes.
- Reportar el grado en el que los problemas emocionales afectan la vida diaria de una paciente en postmenopausia.
- Describir la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general en pacientes en postmenopausia.

IX. METODOLOGIA:

IX.I Tipo de estudio.

Diseño observacional analítico (comparativo), de tipo transversal. Prospectivo.

IX.II Población, lugar y tiempo.

Mujeres de 45 a 55 años adscritas a la UMF 249 del IMSS, con diagnóstico de postmenopausia, en el periodo comprendido de julio a diciembre del año 2011.

20 mujeres con terapia hormonal de reemplazo, 20 mujeres sin terapia hormonal de reemplazo.

El **universo de trabajo** serán todas aquellas pacientes seleccionadas mediante la revisión del expediente clínico, con diagnóstico de climaterio en postmenopausia (mediante el SIMF), con y sin terapia hormonal de reemplazo, sin considerar las que cuenten con criterios de no inclusión y las que rechacen participar en el estudio.

Muestreo no probabilístico por cuota con casos consecutivos.

IX.III Criterios de Selección:

IX.III.I Inclusión:

- Mujeres de 45 a 55 años de edad adscritas a la UMF 249 del instituto mexicano del seguro social, que se encuentren en postmenopausia sin terapia hormonal de reemplazo.
- Mujeres de 45 a 55 años de edad adscritas a la UMF 249 del instituto mexicano del seguro social, que se encuentren en postmenopausia con más de tres meses de terapia hormonal de reemplazo.

IX.III.II No inclusión:

Mujeres de 45 a 55 años de edad en postmenopausia:

- En tratamiento con antidepresivos y/o ansiolíticos 3 meses previos al estudio.
- Con patología crónica degenerativa coexistente (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémica, Cáncer, Enfermedad articular degenerativa...).
- Mujeres que en los últimos 3 meses hayan presentado un evento adverso que haya condicionado estrés, ansiedad o depresión.
- Mujeres que rechacen participar en el estudio.

- Mujeres con THR que han fallado el tratamiento en los últimos 6 meses previos al estudio.
 - Mujeres que no sepan leer ni escribir.

IX.III.III Eliminación:

- Pacientes que no hayan contestado el cuestionario al 100%.

IX.IV Información a recolectar (operacionalización de variables).

Variable Independiente:

- Postmenopausia.

Variable Dependiente:

- Calidad de vida.

Operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medición	Escala de medición	Ítem
Postmenopausia	Etapa comprendida entre la presentación de la menopausia hasta 10 años después.	Femenina de 45 a 55 años en estado de post menopausia con o sin terapia hormonal de reemplazo.	Con terapia hormonal de reemplazo Sin terapia hormonal de reemplazo	Cualitativa Nominal.	
Calidad de vida relacionada con la salud.	La percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de un sistema de valores en el que vive y en relación con sus aspiraciones, expectativas, valoraciones e intereses.	Obtención de una puntuación mayor de 50 en mas de 4 de las esferas que comprende el instrumento SF-36	MAS DE 4 BUENA MENOS DE 4 MALA	cualitativa Nominal.	1 - 11

Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la Salud, hasta mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud.	BUENA Puntuación mayor de 50. MALA Puntuación menor de 50.	Dicotómica nominal	3a – 3j
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física, hasta problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física.	BUENA Puntuación mayor de 50. MALA Puntuación menor de 50.	Dicotómica nominal	4a – 4d
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor hasta dolor muy severo y extremadamente limitante.	BUENA Puntuación mayor de 50. MALA Puntuación menor de 50.	Dicotómica nominal	7 y 8

Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	Evalúa la salud personal como excelente y evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará.	BUENA Puntuación mayor de 50. MALA Puntuación menor de 50.	Dicotómica nominal	1y11a-d
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo hasta cansancio y agotamiento todo el tiempo.	BUENA Puntuación mayor de 50. MALA Puntuación menor de 50.	Dicotómica nominal	9 a,e,g,i
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales, interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales.	BUENA Puntuación mayor de 50. MALA Puntuación menor de 50.	Dicotómica nominal	6 y 10

Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales y problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.	BUENA Puntuación mayor de 50. MALA Puntuación menor de 50.	Dicotómica nominal	5 a-d
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo, sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo.	BUENA Puntuación mayor de 50. MALA Puntuación menor de 50.	Dicotómica nominal	9 b,c,d,f,h.

Variables sociodemográficas.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medición	Escala de medición	Ítem
Edad.	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde la fecha de su nacimiento.	Mujeres de 45 a 55 años.	45-55 Años	Intervalo	
Estado civil.	Es la calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones	Situación legal que guardan las mujeres al momento de la investigación.	Soltera. Casada. Unión libre. Divorciada. Separada.	Nominal	

	civiles.		Viuda.		
Ocupación	Conjunto de funciones y tareas desarrolladas por un individuo.	Tipo de trabajo que se encontraban desempeñando en el momento de la investigación.	Servicios. Obrera no agrícola. Comerciante vendedora. Administrativo. Técnico industrial. Profesionista. Labores del hogar. Desempleada.	Nominal	
Escolaridad	Grados o niveles que el individuo ha aprobado en un establecimiento educativo reconocido legalmente.	Grado escolar cursado dentro de la educación formal.	Ninguna. Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Preparatoria incompleta. Preparatoria completa. Técnico. Profesional.	Nominal	

IX.V Método o procedimiento para captar la información:

Se realizó consulta de la base de datos en ARIMAC a través de la dirección de la unidad de medicina familiar 249, donde se realizó el estudio, dando las facilidades necesarias para la realización del estudio de investigación.

Se procedió a analizar la base de datos proporcionada por el servicio, censo de consultas de pacientes en climaterio y menopausia atendidas en la unidad en los meses de enero a junio 2011, y de este censo, se seleccionaron aquellas pacientes que cubriesen los requisitos de inclusión, no inclusión y eliminación, seleccionando así a las posibles pacientes participantes del estudio. Una vez autorizado este proyecto de investigación, se procedió a localizar a las pacientes con ayuda de trabajo social y archivo clínico en lo posible, así como por parte de la investigadora, quien se encargó de invitar a las pacientes a participar en el estudio. Posteriormente, la investigadora realizó una entrevista en donde informó las características de la investigación y se solicitó firma de consentimiento informado sobre el mismo.

Previa autorización por el comité de ética, de la clínica y las autoridades correspondientes, se aplicó en forma autoadministrada el cuestionario que está dividido en dos instrumentos:

1.-Hoja de recolección de datos generales.

Diseñado por la investigadora.

2.-El cuestionario de salud SF-36.

Este instrumento fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud.

La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos bilingües; asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción. ⁽²²⁾

La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.

Validez: coeficientes α de Cronbach fueron $\geq 0,9$ para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7.

Contenido de la escala SF 36.

	No. ítems.	
Función física	10	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	4	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
Dolor corporal	2	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
Salud general	5	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	4	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
Función Social	2	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	3	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
Salud mental	5	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.
Evolución declarada de la salud	1	Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.

Función física.

3a.	Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.
3b.	Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.
3c.	Coger o llevar la bolsa de la compra.
3d.	Subir varios pisos por la escalera.
3e.	Subir un solo piso por la escalera.
3f.	Agacharse o arrodillarse.
3g.	Caminar un kilómetro o más.
3h.	Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).
3i.	Caminar una sola manzana (unos 100 metros).
3j.	Bañarse o vestirse por sí mismo.

Valor precodificado y valor final para los Ítems 3a - 3j.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Sí, me limita mucho	1	1
Sí, me limita un poco	2	2
No, no me limita nada	3	3

Puntuación de la escala: Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los ítems. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una función física mejor. Esta escala no requiere recodificación de los ítems para el cálculo de la puntuación final.

Rol físico.

4a.	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?
4b.	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
4c.	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
4d.	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?

Valor precodificado y valor final para los Ítems 4a - 4d.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Sí.	1	1
No.	2	2

Puntuación de la escala: Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los ítems. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una función física mejor. Esta escala no requiere recodificación de los ítems para el cálculo de la puntuación final.

Dolor corporal.

7.	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
8.	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Valor precodificado y valor final para el Ítem 7.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
No, ninguno	1	6.0
Sí, muy poco	2	5.4
Sí, un poco	3	4.2
Sí, moderado	4	3.1
Sí, mucho	5	2.2
Sí, muchísimo	6	1.0

Valor precodificado y valor final para el Ítem 8 –si ambos 7 y 8 están contestados.

Opción de respuesta	Sí valor precodificado de 8	Y	Valor precodificado de 7	Será	Valor final de 8
Nada	1		1		6
Nada	1		2 a 6		5
Un poco	2		1 a 6		4
Regular	3		1 a 6		3
Bastante	4		1 a 6		2
Mucho	5		1 a 6		1

Puntuación para el ítem 8 si el 7 no ha sido contestado.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Nada	1	6.0
Un poco	2	4.75
Regular	3	3.5
Bastante	4	2.25
Mucho	5	1

Puntuación de la escala: Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los ítems. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una función física mejor. Esta escala requiere recodificación de ambos ítems antes del cálculo de la puntuación de la escala.

Salud general.

1	En general, usted diría que su salud es:
11a	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas
11b	Estoy tan sano como cualquiera
11c	Creo que mi salud va a empeorar
11d	Mi salud es excelente

Valor precodificado y valor final para el Ítem 1.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Excelente	1	5.0
Muy buena	2	4.4
Buena	3	3.4
Regular	4	2.0
Mala	5	1.0

Valor precodificado y valor final para los ítems 11a y 11c.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Totalmente cierta	1	1
Bastante cierta	2	2
No lo sé	3	3
Bastante falsa	4	4
Totalmente falsa	5	5

Valor precodificado y valor final para los ítems 11b y 11d.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Totalmente cierta	1	5
Bastante cierta	2	4
No lo sé	3	3
Bastante falsa	4	2
Totalmente falsa	5	1

Puntuación de la escala: Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los ítems. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una función física mejor. Esta escala requiere la recodificación de 3 ítems antes calcular la puntuación final.

Vitalidad.

9a	Se sintió lleno de vitalidad?
9e	Tuvo mucha energía?
9g	Se sintió agotado?
9i	Se sintió cansado?

Valor precodificado y valor final para los Ítems 9a, 9e.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Siempre	1	6
Casi siempre	2	5
Muchas veces	3	4
Algunas veces	4	3
Sólo alguna vez	5	2
Nunca	6	1

Valor precodificado y valor final para los Ítems 9g, 9i.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Muchas veces	3	3
Algunas veces	4	4
Sólo alguna vez	5	5
Nunca	6	6

Puntuación de la escala: Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los ítems. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una función física mejor. Esta escala requiere la recodificación de 2 ítems antes calcular la puntuación final.

Función social.

6	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
10	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Valor precodificado y valor final para el ítem 6.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Nada	1	5
Un poco	2	4
Regular	3	3
Bastante	4	2
Mucho	5	1

Valor precodificado y valor final para el ítem 10.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Algunas veces	3	3
Sólo alguna vez	4	4
Nunca	5	5

Puntuación de la escala: Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los ítems. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una función física mejor. Esta escala requiere la recodificación un ítem antes del cálculo de la puntuación final.

Rol emocional.

5a	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?
5b	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?
5c	¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

Puntuación de la escala: Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los ítems. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una función física mejor. Esta escala no requiere recodificación de los ítems para el cálculo de la puntuación final.

Valor precodificado y valor final para los ítems 5a – 5c.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Si	1	1
No	2	2

Salud mental.

9b	Estuvo muy nervioso?
9c	Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
9d	Se sintió calmado y tranquilo?
9f	Se sintió desanimado y triste?
9h	Se sintió feliz?

Valor precodificado y valor final para los Ítems 9b, 9c y 9f.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Muchas veces	3	3
Algunas veces	4	4
Sólo alguna vez	5	5
Nunca	6	6

Valor precodificado y valor final para los ítems 9d y 9h.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.	Valor final.
Siempre	1	6
Casi siempre	2	5
Muchas veces	3	4
Algunas veces	4	3
Sólo alguna vez	5	2
Nunca	6	1

Puntuación de la escala: Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los ítems. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una función física mejor. Esta escala requiere recodificación de 2 ítems antes del cálculo de la puntuación final.

Evolución declarada de la salud.

2	¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
----------	--

Valor precodificado y valor final para el ítem 2.

Opción de respuesta.	Valor precodificado.
Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

Formulas para puntuar y transformar las escalas.

Escala	Suma final de los valores de los ítems (después de recodificar los ítems)	Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles.	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda.
Función física	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10 , 30	20
Rol físico	$4a+4b+4c+4d$	4 , 8	4
Dolor corporal	$7+8$	2 , 12	10
Salud general	$1+11a+11b+11c+11d$	5 , 25	20
Vitalidad	$9a+9e+9g+9i$	4 , 24	20
Función social	$6+10$	2 , 10	8
Rol emocional	$5a+5b+5c$	3 , 6	3
Salud mental	$9b+9c+9d+9f+9h$	5 , 30	25

Fórmula y ejemplo de transformación de las puntuaciones crudas.

$$\text{Escala transformada} = \frac{\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible}}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda.}} \times 100$$

Ej. Una puntuación cruda de 21 en la escala de función física se transforma así:

$$\text{Escala transformada} = \frac{21 - 10}{20} \times 100$$

Donde la mínima puntuación posible es -10 y el máximo rango posible es -20.

IX.VI ANALISIS ESTADISTICO:

Se utilizaron pruebas de estadística descriptiva. Para variables cuantitativas con medidas de tendencia central y para variables cualitativas promedios y porcentajes.

En relación a la estadística inferencial para valorar las diferencias y la significancia estadística.

Los resultados se analizaron con el programa SPSS versión 17 y se presentan con cuadros y gráficas.

RECURSOS.

Recursos Humanos

La investigadora.

Recursos Físicos

Inmueble de la Unidad de Medicina Familiar 249, Santiago Tlaxomulco.

Área de Estadística.

Expediente Electrónico.

Computadora personal.

Biblioteca.

Recursos Materiales

Papelería, material impreso, bolígrafos, folders, etc.

Equipo de cómputo.

Expedientes clínicos.

Recursos Financieros

A cargo de la investigadora.

X. CONSIDERACIONES ETICAS.

Los procedimientos se basan en Código de Núremberg (1947) y el reporte de Belmont del consentimiento voluntario, siendo los principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas que serán sometidas a experimento debiendo ser legalmente capaces de dar consentimiento; las normas enmendadas de la Declaración de Helsinki (1964) y modificaciones establecidas por la 29^a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón (Octubre 1975), la 35^a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia (Octubre 1983), la 41^a Asamblea Médica Mundial, Hong Kong (Septiembre 1989), la 48^a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica (Octubre 1996), y la 52^a Asamblea General, Edimburgo, Escocia (Octubre 2000). El presente estudio se rige por los aspectos básicos de toda investigación biomédica, a los principios científicos y éticos que justifican la investigación, según lo señalado en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, tomando en cuenta los contemplados en el Título Quinto capítulo único en sus artículos 96 al 103 de esta ley.

Se invitó en forma personal a las pacientes seleccionadas a participar en el estudio, respetando en todo momento su derecho a participar o no, aclarando que su rechazo al mismo no afectaría en forma alguna sus derechos como derechohabientes, y que tenían garantizada la confidencialidad de los datos proporcionados, con respeto a su dignidad humana y principio de autonomía.

Una vez evaluado el nivel de calidad de vida relacionado con la salud en las pacientes, se procedió a canalizar a las pacientes que presentaron deterioro en la calidad de vida con el médico familiar de su consultorio para las acciones terapéuticas necesarias. Se trabajó con las pacientes para informar y educar sobre la menopausia y el climaterio y sus implicaciones en la salud, buscando sensibilizarlas para recibir atención y mejorar o mantener su calidad de vida relacionada con la salud.

XI. RESULTADOS.

Se realizó un estudio analítico de tipo transversal en la UMF 249, del IMSS, ubicada en Santiago Tlaxomulco, Estado de México, en los meses de julio a diciembre de 2011, utilizando el cuestionario SF-36, para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en postmenopausia con y sin terapia hormonal de reemplazo, así como variables sociodemográficas.

La población estudiada se determinó por muestreo no probabilístico por cuota, conformándose dos grupos de pacientes en postmenopausia, 20 con terapia hormonal de reemplazo y 20 sin terapia, mismas que cumplieron con todos los criterios de inclusión.

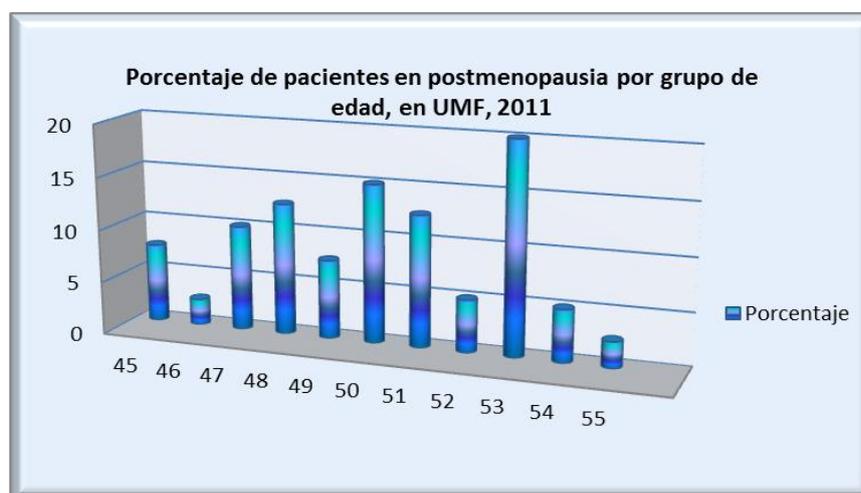
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

La edad comprendida fue de los 45 a los 55 años de edad, encontrando que la mayor frecuencia la presentaron las pacientes con 53 años de edad (8 pacientes, 20%), seguidas por las de 50 años (6 pacientes, 15%), 48 y 51 años (5 pacientes, 12.5%), 47 años (4 pacientes, 10%), 45 y 49 años (3 pacientes, 7.5%), 52 y 54 años (2 pacientes, 5%) y finalmente 46 y 55 años (1 paciente, 2.5%).

Frecuencia y porcentaje de pacientes en postmenopausia por grupo de edad, en UMF, 2011		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
45	3	7.5
46	1	2.5
47	4	10.0
48	5	12.5
49	3	7.5
50	6	15.0
51	5	12.5
52	2	5.0
53	8	20.0
54	2	5.0
55	1	2.5
Total	40	100.0

Fuente: cuestionario sociodemográfico.

Tabla 1.



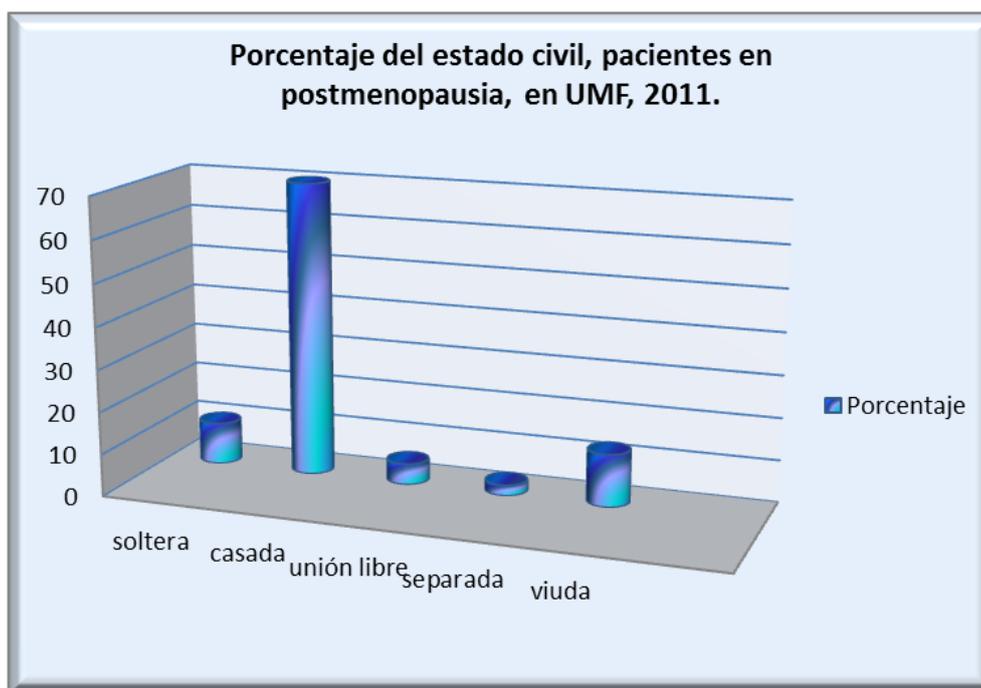
Gráfica 1. Fuente: cuestionario sociodemográfico.

El estado civil que predominó fue el de casada, con una frecuencia de 28 pacientes (70% de la población), seguida de la viudez 5 pacientes (12.5%), soltera 4 pacientes (10%), unión libre 2 pacientes (5%) y la menor frecuencia la registra la separada, 1 paciente (2.5%).

Frecuencia y porcentaje del estado civil, pacientes en postmenopausia, en UMF, 2011.				
	Frecuencia		Porcentaje	
soltera	4		10	
casada	28		70	
unión libre	2		5	
separada	1		2.5	
viuda	5		12.5	
Total	40		100	

Fuente: cuestionario sociodemográfico.

Tabla 2.



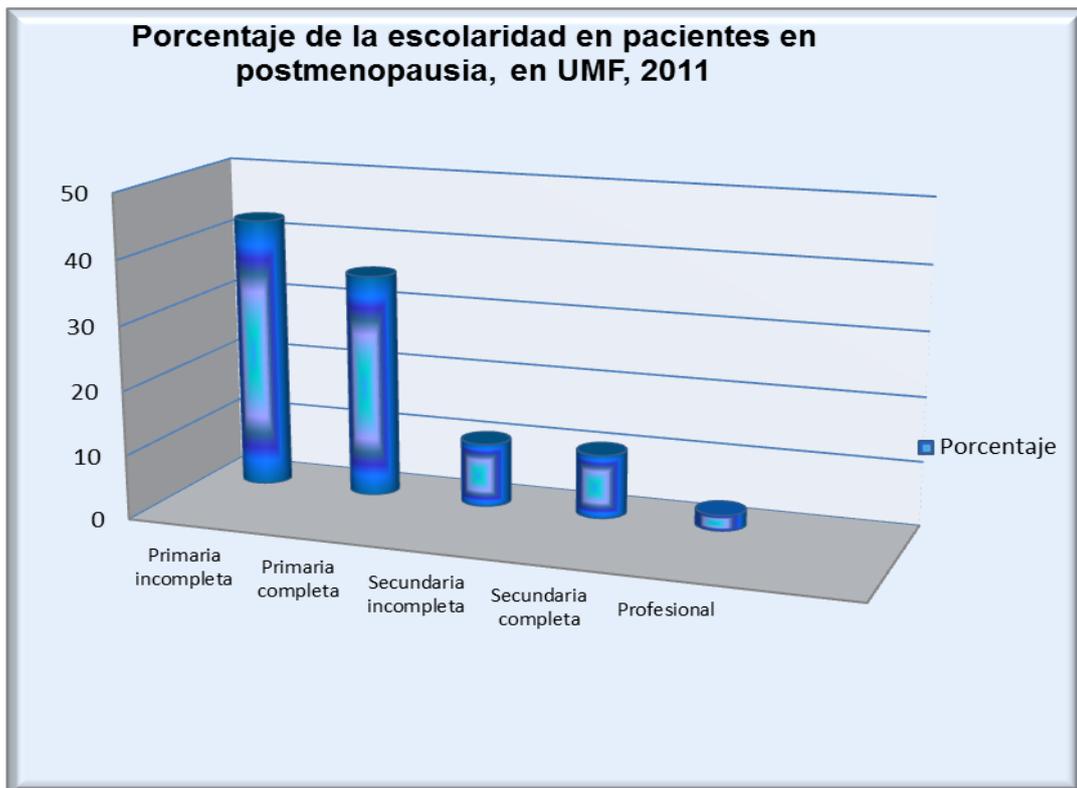
Gráfica 2. Fuente: cuestionario sociodemográfico.

El nivel de escolaridad predominante fue la primaria incompleta, con una frecuencia de 17 pacientes (42.5%), seguida por la primaria completa 14 pacientes (35%), secundaria incompleta y completa 4 pacientes de cada grupo (10%) mientras que la menor frecuencia fue registrada por el nivel profesional, 1 paciente (2.5%).

Frecuencia y porcentaje de la escolaridad en pacientes en postmenopausia, en UMF, 2011.				
	Frecuencia		Porcentaje	
Primaria incompleta	■	17	■	42.5
Primaria completa	■	14	■	35
Secundaria incompleta	■	4	■	10
Secundaria completa	■	4	■	10
Profesional	■	1	■	2.5
Total	■	40	■	100

Fuente: cuestionario sociodemográfico.

Tabla 3.



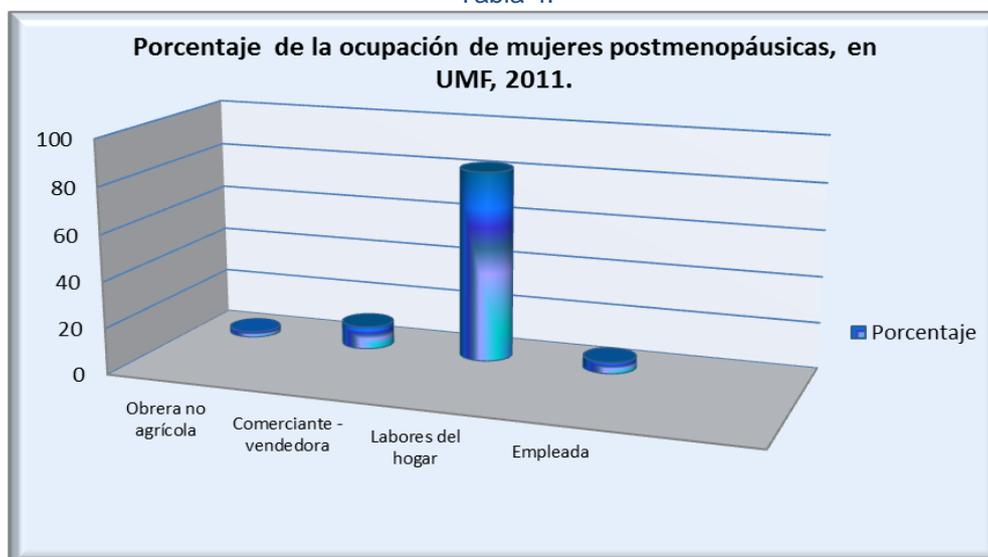
Gráfica 3. Fuente: cuestionario sociodemográfico.

En relación a la ocupación, predominaron las labores del hogar con una frecuencia de 33 pacientes (82.5%), comerciante 4 pacientes (10%), empleada 2 pacientes (5%), mientras que la obrera no agrícola registró la menor frecuencia, 1 paciente (2.5%).

Frecuencia de la ocupación de mujeres postmenopáusicas, en UMF, 2011.		
	Frecuencia	Porcentaje
Obrera no agrícola	1	2.5
Comerciante - vendedora	4	10
Labores del hogar	33	82.5
Empleada	2	5
Total	40	100

Fuente: cuestionario sociodemográfico.

Tabla 4.



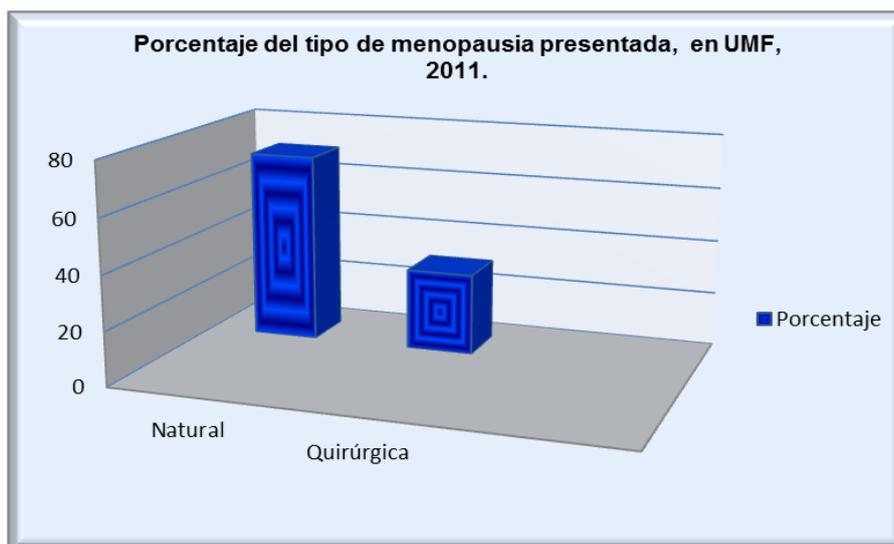
Gráfica 4. Fuente: cuestionario sociodemográfico.

El tipo de menopausia presentado en el grupo de pacientes fue la de origen natural en 28 pacientes, 70% de la población.

Frecuencia del tipo de menopausia presentada, en UMF, 2011.		
	Frecuencia	Porcentaje
Natural	28	70
Quirúrgica	12	30
Total	40	100

Fuente: cuestionario sociodemográfico.

Tabla 5.



Gráfica 5. Fuente: cuestionario sociodemográfico.

Los resultados obtenidos del cuestionario SF-36 aplicados a nuestra población fueron los siguientes:

El NIVEL DE CALIDAD DE VIDA relacionada con la salud predominante fue BUENA, 31 pacientes (77.5%), y MALA en 9 pacientes (22.5%).

Nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en postmenopausia, en UMF, 2011.			
	Frecuencia	Porcentaje	
Mala	9	22.5	
Buena	31	77.5	
Total	40	100	

Fuente: cuestionario SF-36.

Tabla 6.



Gráfica 6. Fuente: cuestionario SF-36.

La distribución del nivel de calidad de vida en relación con el uso de terapia hormonal de reemplazo fue: BUENA CALIDAD DE VIDA, mayor frecuencia obtenida con administración de terapia hormonal de reemplazo, 19 pacientes (47.5%), seguida de buena calidad de vida sin terapia hormonal de reemplazo, 12 pacientes (30%), MALA CALIDAD DE VIDA sin terapia hormonal de reemplazo, 8 pacientes (20%), y con terapia hormonal de reemplazo 1 paciente (2.5%).

Nivel de calidad de vida relacionada con la salud en relación al tipo de THR, en UMF, 2011.				
		Mala calidad de Vida	Buena calidad de Vida	Total
Tipo de thr	Sin terapia hormonal	8	12	20
	Con terapia hormonal	1	19	20
Total		9	31	40

Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

Tabla 7.

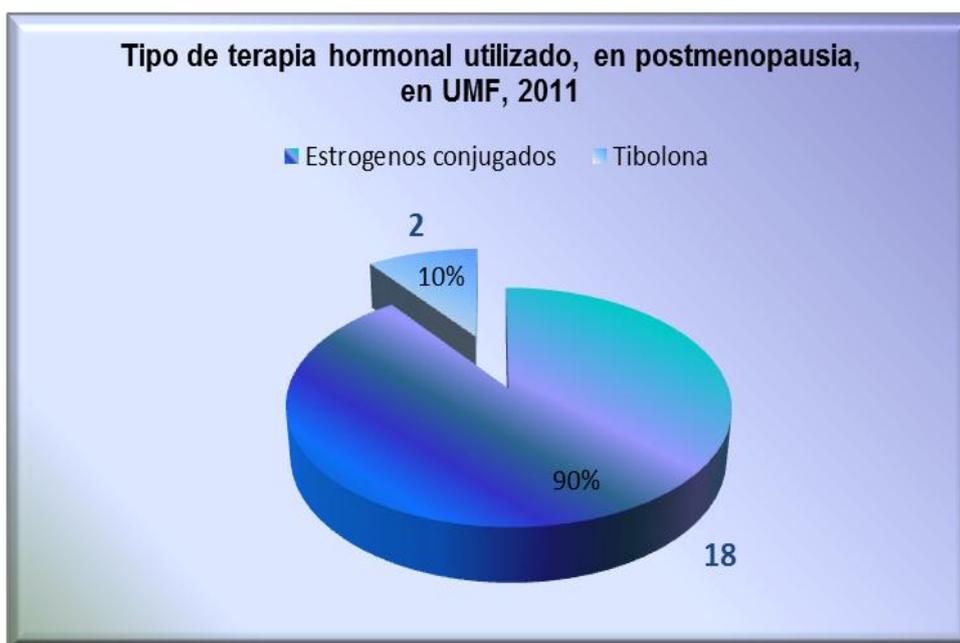


Gráfica 7. Fuente: Cuestionario sociodemográfico y SF-36.

El tipo de terapia hormonal de reemplazo utilizado fueron estrogénos conjugados, 18 pacientes y tibolona 2, de las 20 pacientes consideradas con terapia.

Tipo de terapia hormonal utilizado, en pacientes en postmenopausia, en UMF, 2011	
Estrogénos conjugados	18
Tibolona	2
Total	20
Fuente: cuestionario sociodemográfico.	

Tabla 8.



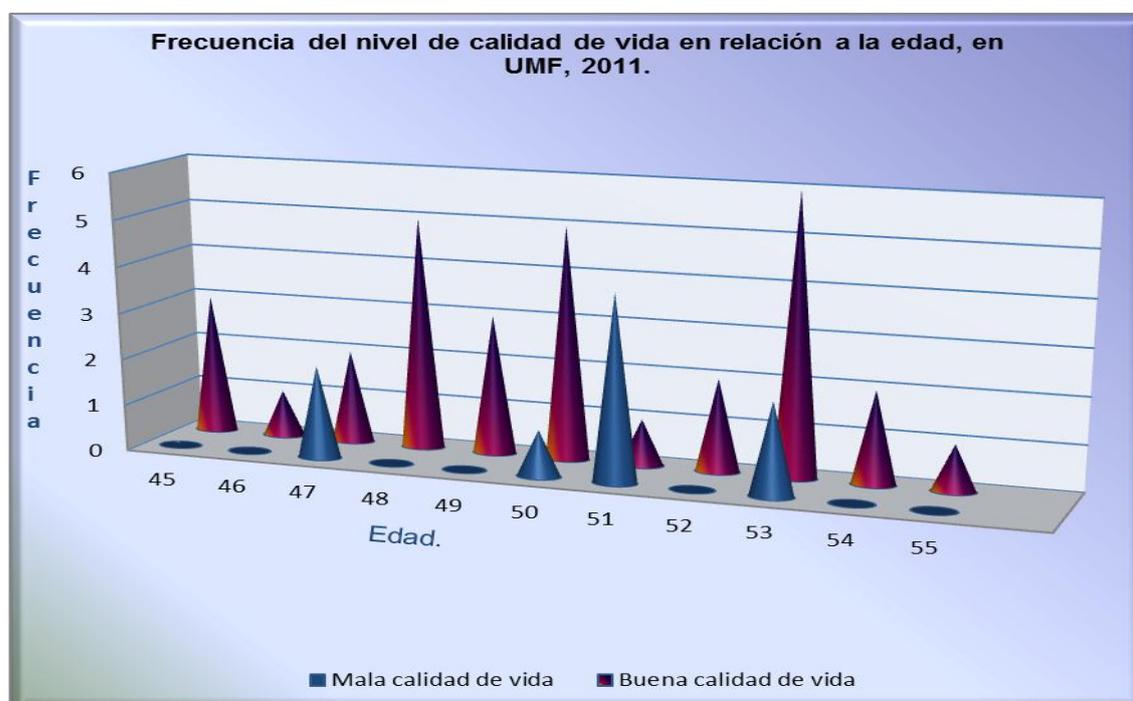
Gráfica 8. Fuente: cuestionario sociodemográfico.

En relación a la edad, el nivel de calidad de vida fue encontrado como BUENA con mayor frecuencia en pacientes con 53 años (6 pacientes, 15%), seguidas de las de 48 y 50 años (5 pacientes, 12.5%), 45 y 49 años (3 pacientes, 7.5%), 47, 52 y 54 años (2 pacientes, 5%), 46, 51 y 55 años (2.5%), y con MALA calidad de vida, la mayor frecuencia la presentaron las de 51 años (4 pacientes, 10%), 47 y 53 años (2 pacientes, 5%), 50 años 1 paciente (2.5%).

Frecuencia del nivel de calidad de vida en relación a la edad, en UMF, 2011.			
Edad.	Mala calidad de vida	Buena calidad de vida	Total
45	0	3	3
46	0	1	1
47	2	2	4
48	0	5	5
49	0	3	3
50	1	5	6
51	4	1	5
52	0	2	2
53	2	6	8
54	0	2	2
55	0	1	1
Total.	9	31	40

Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

Tabla 9.



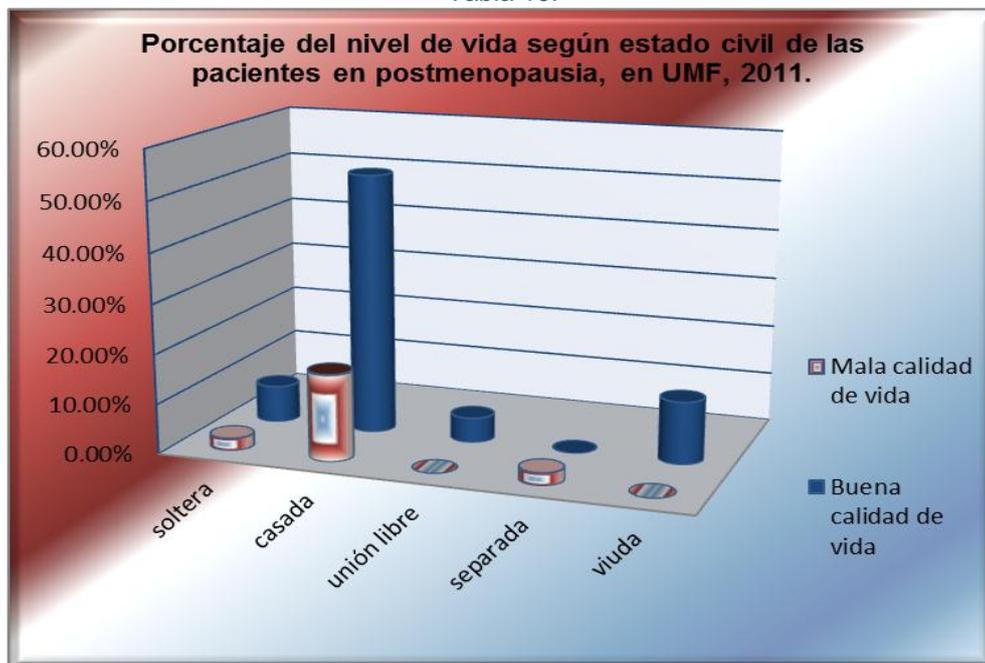
Gráfica 9. Fuente: cuestionario sociodemográfico, SF-36.

Según el estado civil, la mujer casada presentó la mayor frecuencia en relación a BUENA CALIDAD, 21 pacientes (52.5%), seguida de la viuda 5 pacientes (12.5%), soltera 3 pacientes (7.5%), y en unión libre 2 pacientes (5%), con MALA CALIDAD de vida la mayor frecuencia la presentó la casada 7 pacientes (17.5%), y la soltera y separada un paciente de cada grupo (2.5%).

Nivel de calidad de vida según el estado civil, en UMF, 2011.					
			Calidad de Vida		Total
			Mala	Buena	
Estado civil	soltera	Frecuencia	1	3	4
		% en estado civil	25.00%	75.00%	100.00%
		% en Calidad de Vida	11.10%	9.70%	10.00%
		% del Total	2.50%	7.50%	10.00%
	casada	Frecuencia	7	21	28
		% en estado civil	25.00%	75.00%	100.00%
		% en Calidad de Vida	77.80%	67.70%	70.00%
		% del Total	17.50%	52.50%	70.00%
	unión libre	Frecuencia	0	2	2
		% en estado civil	0.00%	100.00%	100.00%
		% en Calidad de Vida	0.00%	6.50%	5.00%
		% del Total	0.00%	5.00%	5.00%
	separada	Frecuencia	1	0	1
		% en estado civil	100.00%	0.00%	100.00%
		% en Calidad de Vida	11.10%	0.00%	2.50%
		% del Total	2.50%	0.00%	2.50%
	viuda	Frecuencia	0	5	5
		% en estado civil	0.00%	100.00%	100.00%
% en Calidad de Vida		0.00%	16.10%	12.50%	
% del Total		0.00%	12.50%	12.50%	
Total	Frecuencia	9	31	40	
	% en estado civil	22.50%	77.50%	100.00%	
	% en Calidad de Vida	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	22.50%	77.50%	100.00%	

Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

Tabla 10.



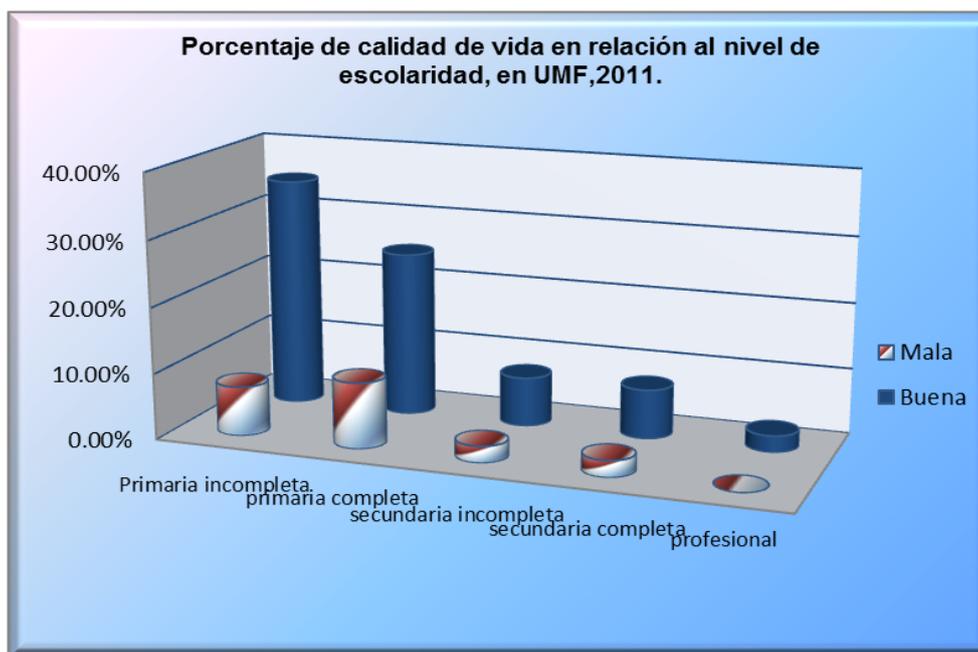
Gráfica 10. Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

Según el nivel escolar, se presentó BUENA CALIDAD DE VIDA con mayor frecuencia en las pacientes con primaria incompleta (14 pacientes, 35%), seguida de la primaria completa (10 pacientes, 25%, las que cursaron secundaria incompleta o completa (3 pacientes, 7.5%), profesional 1 paciente (2.5%), con MALA CALIDAD DE VIDA la mayor frecuencia la presentó la de primaria completa (4 pacientes, 10%), 3 pacientes de primaria incompleta (7.5%), y las de secundaria completa e incompleta, 1 paciente de cada grupo (2.5%).

Frecuencia de calidad de vida en relación a nivel de escolaridad, en UMF, 2011.					
		Calidad de Vida		Total	
		Mala	Buena		
escolaridad	Primaria incompleta	Frecuencia	3	14	17
		% en escolaridad	17.60%	82.40%	100.00%
		% en Calidad de Vida	33.30%	45.20%	42.50%
		% del Total	7.50%	35.00%	42.50%
	primaria completa	Frecuencia	4	10	14
		% en escolaridad	28.60%	71.40%	100.00%
		% en Calidad de Vida	44.40%	32.30%	35.00%
		% del Total	10.00%	25.00%	35.00%
	secundaria incompleta	Frecuencia	1	3	4
		% en escolaridad	25.00%	75.00%	100.00%
		% en Calidad de Vida	11.10%	9.70%	10.00%
		% del Total	2.50%	7.50%	10.00%
	secundaria completa	Frecuencia	1	3	4
		% en escolaridad	25.00%	75.00%	100.00%
		% en Calidad de Vida	11.10%	9.70%	10.00%
		% del Total	2.50%	7.50%	10.00%
profesional	Frecuencia	0	1	1	
	% en escolaridad	0.00%	100.00%	100.00%	
	% en Calidad de Vida	0.00%	3.20%	2.50%	
	% del Total	0.00%	2.50%	2.50%	
Total	Frecuencia	9	31	40	
	% en escolaridad	22.50%	77.50%	100.00%	
	% en Calidad de Vida	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	22.50%	77.50%	100.00%	

Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

Tabla 11.



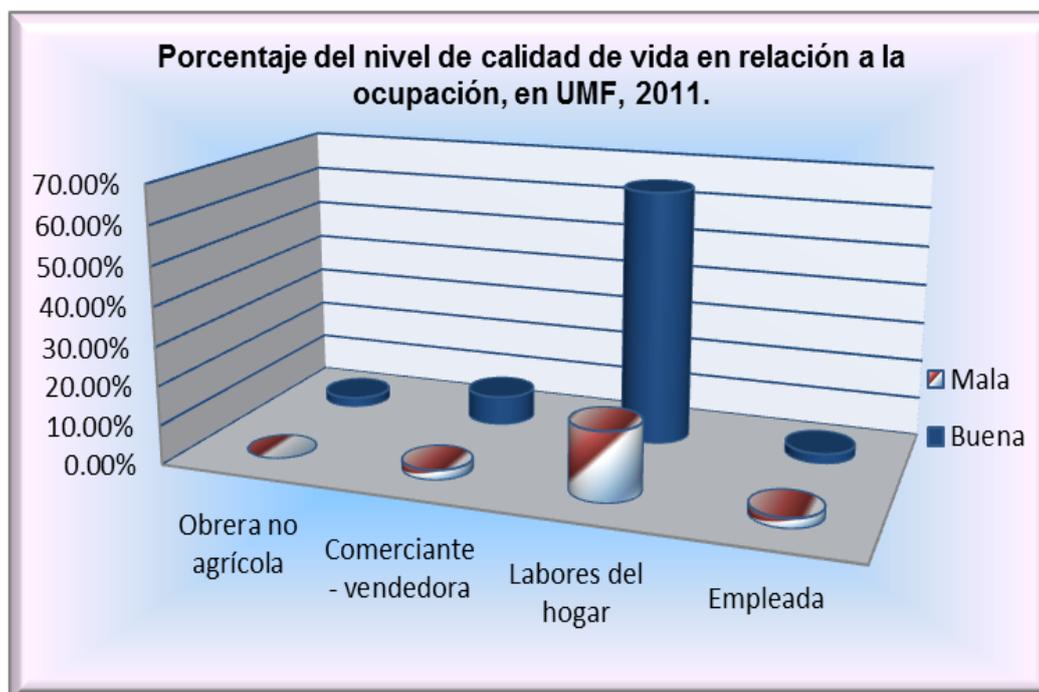
Gráfica 11. Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36

La mayor frecuencia registrada con BUENA calidad de vida en relación a la ocupación la tiene la dedicada a labores del hogar con 26 pacientes (65%), la comerciante 3 pacientes (7.5%), y la obrera no agrícola y la empleada 1 paciente de cada una (2.5%), con MALA calidad de vida, la dedicada a labores del hogar con 7 pacientes (17.5%) presentó la mayor frecuencia, y la obrera no agrícola y la empleada 1 paciente de cada una (2.5%).

Frecuencia del nivel de calidad de vida en relación a la ocupación, en UMF, 2011.					
		Calidad de Vida		Total	
		Mala	Buena		
Ocupación	Obrera no agrícola	Frecuencia	0	1	1
		% en ocupación	0.00%	100.00%	100.00%
		% en Calidad de Vida	0.00%	3.20%	2.50%
		% del Total	0.00%	2.50%	2.50%
	Comerciante - vendedora	Frecuencia	1	3	4
		% en ocupación	25.00%	75.00%	100.00%
		% en Calidad de Vida	11.10%	9.70%	10.00%
		% del Total	2.50%	7.50%	10.00%
	Labores del hogar	Frecuencia	7	26	33
		% en ocupación	21.20%	78.80%	100.00%
		% en Calidad de Vida	77.80%	83.90%	82.50%
		% del Total	17.50%	65.00%	82.50%
	Empleada	Frecuencia	1	1	2
		% en ocupación	50.00%	50.00%	100.00%
		% en Calidad de Vida	11.10%	3.20%	5.00%
		% del Total	2.50%	2.50%	5.00%
Total	Frecuencia	9	31	40	
	% en ocupación	22.50%	77.50%	100.00%	
	% en Calidad de Vida	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	22.50%	77.50%	100.00%	

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y SF-36.

Tabla 12.



Gráfica 12. Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

El nivel de calidad de vida encontrado en relación al tipo de menopausia fue de BUENA calidad en 31 pacientes (77.5%), siendo mayor para la menopausia presentada en forma natural, 22 pacientes (55%). Las pacientes histerectomizadas presentaron buena calidad de vida en 9 pacientes (22.50%), MALA calidad la presentaron 6 pacientes con menopausia natural (15%) y 3 con menopausia quirúrgica (7.5%).

Nivel de calidad de vida en relación al Tipo de menopausia, en UMF, 2011.					
			Calidad de Vida.		Total
			Mala	Buena	
Tipo de menopausia	Natural	Frecuencia	6	22	28
		% en tipo de menopausia	21.40%	78.60%	100.00%
		% en Calidad de Vida	66.70%	71.00%	70.00%
		% del Total	15.00%	55.00%	70.00%
	Quirúrgica	Frecuencia	3	9	12
		% en tipo de menopausia	25.00%	75.00%	100.00%
		% en Calidad de Vida	33.30%	29.00%	30.00%
		% del Total	7.50%	22.50%	30.00%
Total	Frecuencia	9	31	40	
	% en tipo de menopausia	22.50%	77.50%	100.00%	
	% en Calidad de Vida	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	22.50%	77.50%	100.00%	

Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

Tabla 13.

Se realizó ANOVA para determinar si existían diferencias entre los grupos de mujeres con menopausia que recibían terapia hormonal de reemplazo y las que no la recibían, obteniendo un valor de F de 7.46 y un valor de p de 0.002.

El tiempo transcurrido en años de postmenopausia, fue relacionado con el tipo de terapia hormonal de reemplazo, encontrando que la media de tiempo de postmenopausia es de 3.4 años para las pacientes que no reciben terapia hormonal de reemplazo, de 4.6 años para las que reciben estrógenos conjugados y de 5 años para las de tibolona.

Se realizó ANOVA y Bonferroni para establecer si existen diferencias entre los grupos, obteniendo un valor de P de 0.101.

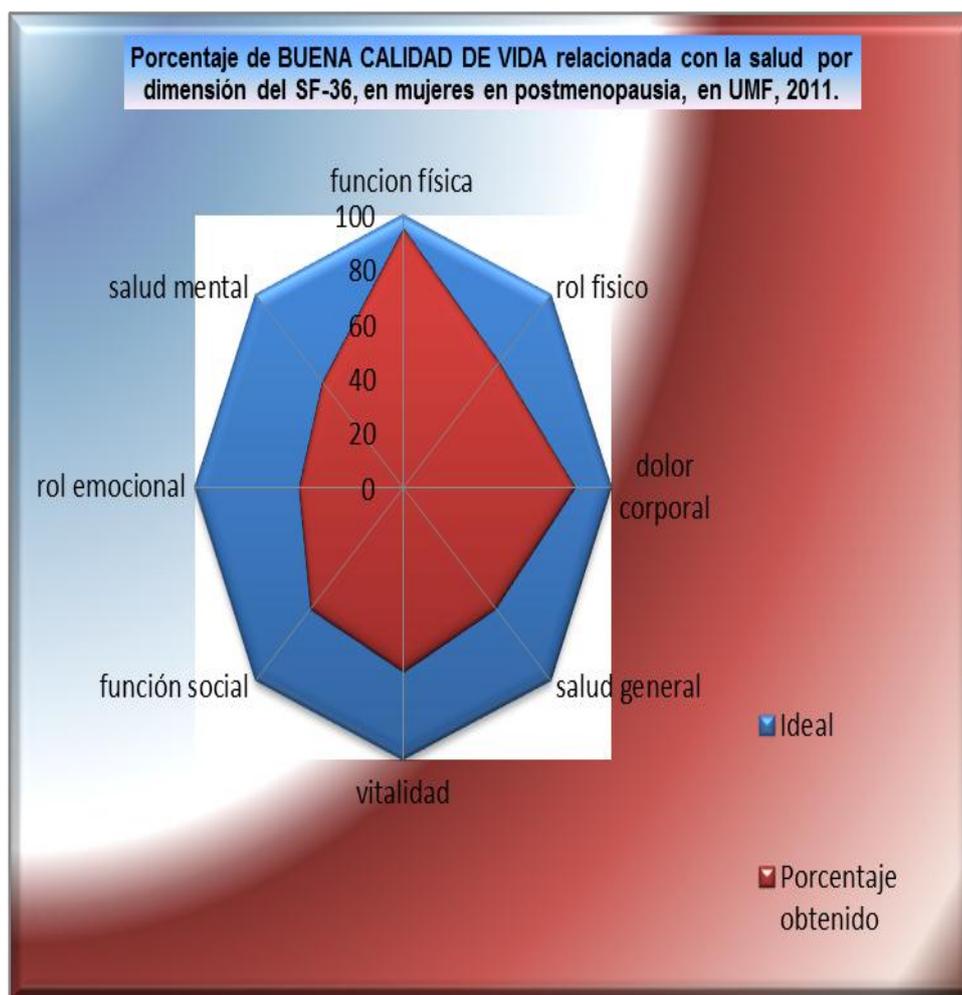
Promedio de años postmenopausia en relación con el tipo de terapia hormonal, en UMF, 2011.								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
sin terapia hormonal	20	3.45	1.76143	0.39387	2.6256	4.2744	1	6
estrógenos conjugados	18	4.6111	1.71974	0.40535	3.7559	5.4663	1	6
tibolona	2	5	1.41421	1	-7.7062	17.7062	4	6
Total	40	4.05	1.79672	0.28409	3.4754	4.6246	1	6

Fuente: cuestionario sociodemográfico.

Tabla 14.

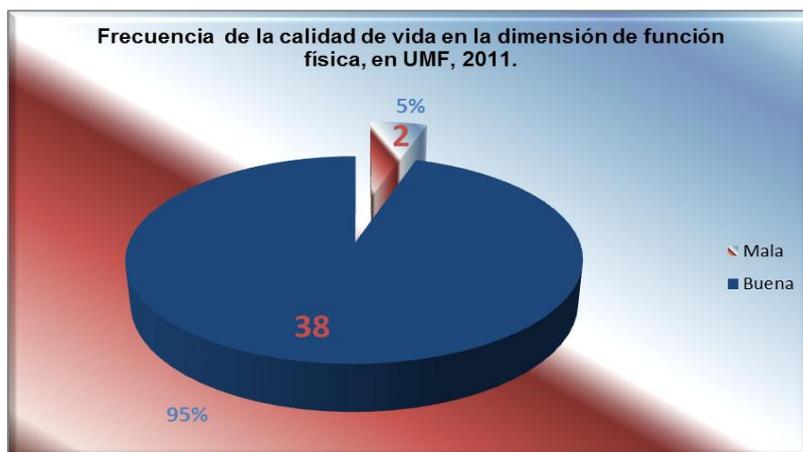
Nivel de calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo a las diferentes dimensiones que mide el cuestionario SF-36.

Los resultados obtenidos para BUENA CALIDAD DE VIDA en las diferentes dimensiones fueron: Mejor para la función física, seguida del dolor corporal y del rol físico, le continúo la percepción en la salud general, después la vitalidad, siguiendo la función social y finalmente la salud mental y el rol emocional como se muestra en la gráfica 13.



Gráfica 13. Fuente: Cuestionario SF-36

La dimensión de **función física** en términos generales presentó un buen resultado, 38 pacientes (95%) resultaron con BUENA CALIDAD DE VIDA.



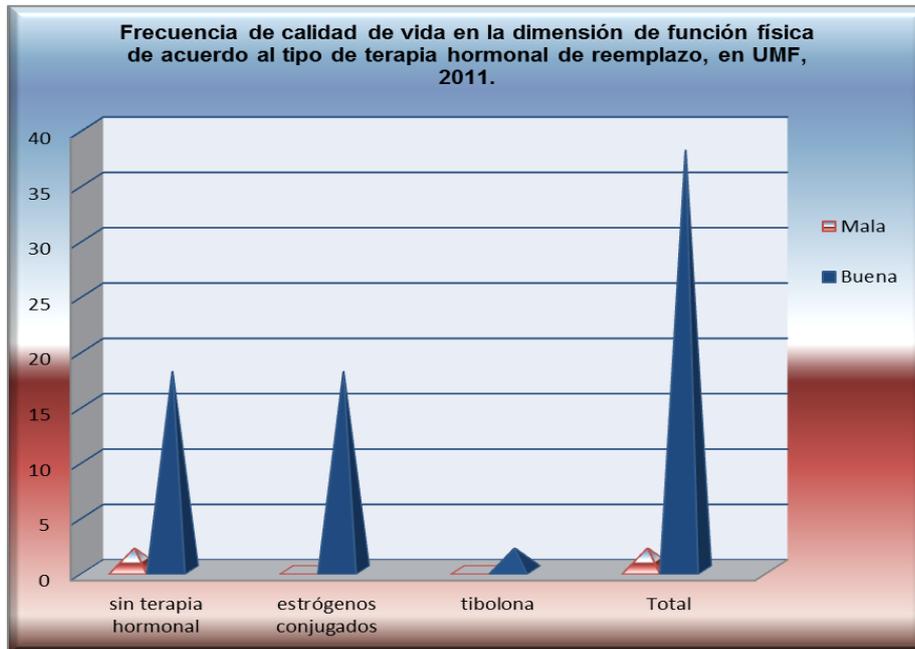
Relacionada con las que reciben o no terapia hormonal de reemplazo se encontró que las pacientes que presentaron MALA calidad de vida se encuentran ubicadas entre las que no reciben terapia hormonal de reemplazo, 2 pacientes (5% del total de la población). Con BUENA calidad de vida en esta dimensión resultaron las 20 pacientes con terapia hormonal de reemplazo (50%), y las 18 restantes sin terapia hormonal (45% del total de la población).

Esta dimensión presentó una Chi cuadrada de tendencias de 1.7 con un valor de p de 0.181, estadísticamente no significativo.

Frecuencia de calidad de vida en la dimensión de función física de acuerdo al tipo de terapia hormonal de reemplazo, en UMF, 2011.								
			tipo de thr			Total		
			sin terapia hormonal	estrógenos conjugados	tibolona			
función física	Mala	Frecuencia	2	0	0	2		
		% en función física	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%		
		% en tipo de thr	10.00%	0.00%	0.00%	5.00%		
		% del Total	5.00%	0.00%	0.00%	5.00%		
	Buena	Frecuencia	18	18	2	38		
		% en función física	47.40%	47.40%	5.30%	100.00%		
		% en tipo de thr	90.00%	100.00%	100.00%	95.00%		
		% del Total	45.00%	45.00%	5.00%	95.00%		
		Total		Frecuencia	20	18	2	40
				% en física	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%
		% en tipo de thr	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%		
		% del Total	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%		

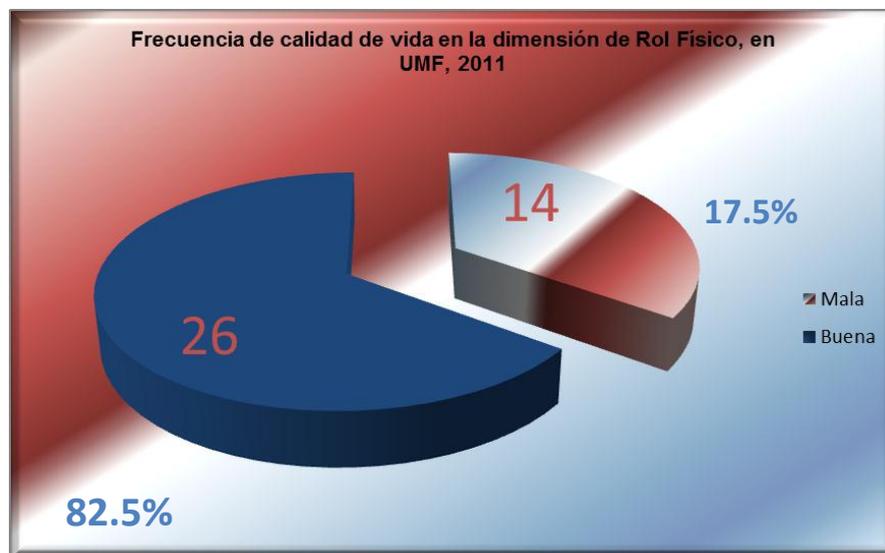
Fuente: cuestionario SF-36

Tabla 15.



Gráfica 15. Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

La dimensión de **Rol Físico**, en términos generales presentó 26 pacientes (82.5%) con BUENA calidad de vida y 14 pacientes (17.5%) con MALA calidad en esta dimensión.



Gráfica 16. Fuente: cuestionario SF-36

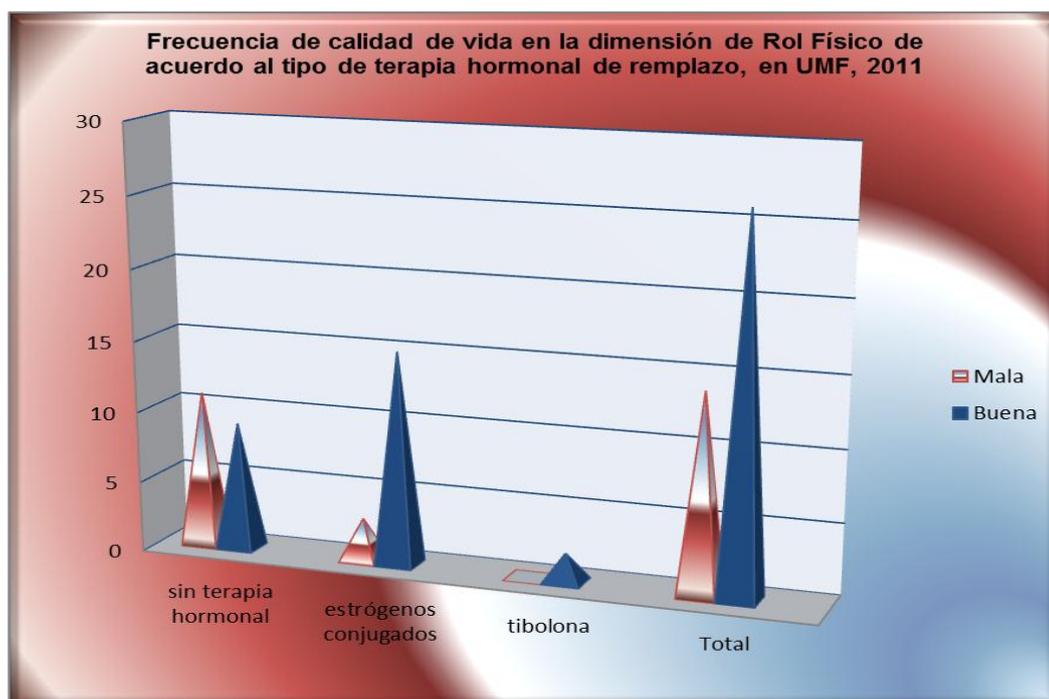
El rol físico presentó una frecuencia de 11 pacientes con MALA calidad de vida (27.5%), no reciben terapia hormonal de reemplazo, 3 pacientes con terapia hormonal de reemplazo (7.5%); mientras que 36 pacientes presentaron BUENA calidad de vida en esta dimensión (65%), de las cuales reciben terapia hormonal de reemplazo 17 pacientes (42.5%) y 9 pacientes sin terapia hormonal (22.5%).

Esta dimensión presenta una Chi cuadrada de tendencias de 6.8 y un valor de p de 0.009, estadísticamente significativo.

Frecuencia de calidad de vida en la dimensión de Rol Físico de acuerdo al tipo de terapia hormonal de remplazo, en UMF, 2011						
		Tipo de thr			Total	
		sin terapia hormonal	estrógenos conjugados	tibolona		
Rol Físico	Mala	Frecuencia	11	3	0	14
		% en rol físico	78.60%	21.40%	0.00%	100.00%
		% en tipo de thr	55.00%	16.70%	0.00%	35.00%
		% del Total	27.50%	7.50%	0.00%	35.00%
	Buena	Frecuencia	9	15	2	26
		% en rol físico	34.60%	57.70%	7.70%	100.00%
		% en tipo de thr	45.00%	83.30%	100.00%	65.00%
		% del Total	22.50%	37.50%	5.00%	65.00%
Total	Frecuencia	20	18	2	40	
	% en rol físico	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	
	% en tipo de thr	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	

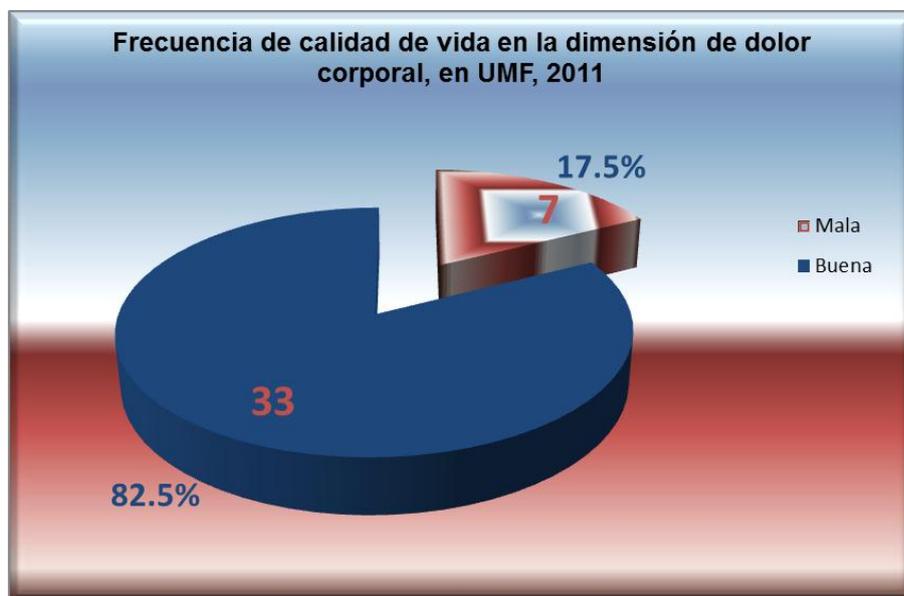
Fuente: cuestionario SF-36

Tabla 16.



Gráfica 17. Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

La dimensión de **dolor corporal** presentó 7 pacientes (17.5%) con MALA calidad de vida y 33 pacientes (82.5%) con BUENA calidad de vida.

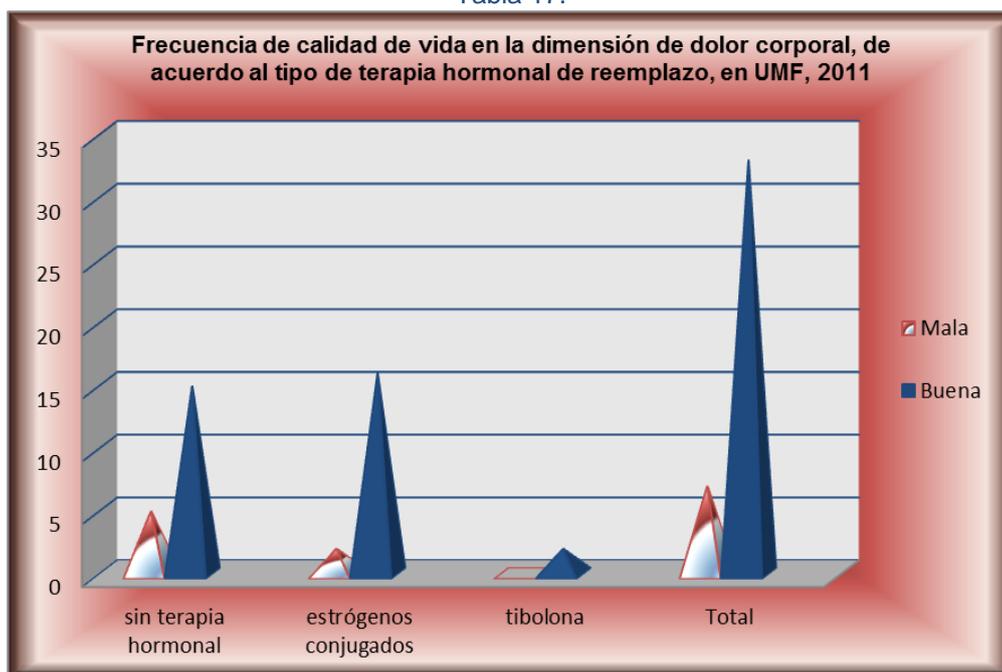


Considerando la presencia de terapia hormonal de reemplazo o la ausencia de ésta, en esta dimensión presentaron BUENA calidad de vida en 33 de las pacientes (82.5%), 18 (45%) con terapia hormonal de reemplazo y 15 (37.50%) sin terapia, de las pacientes que presentan MALA calidad de vida en esta dimensión, 5 (12.5%) no reciben terapia hormonal de reemplazo y 2 (5%) reciben terapia hormonal (estrógenos conjugados). Chi cuadrada de tendencias de 1.6 con un valor de P de 0.19, estadísticamente no significativo.

Frecuencia de calidad de vida en la dimensión de dolor corporal, de acuerdo al tipo de terapia hormonal de reemplazo, en UMF, 2011						
		Tipo de thr			Total	
		sin terapia hormonal	estrógenos conjugados	tibolona		
Dolor	Mala	Frecuencia	5	2	0	7
		% ed dolor corporal	71.40%	28.60%	0.00%	100.00%
		% en tipo de thr	25.00%	11.10%	0.00%	17.50%
		% del Total	12.50%	5.00%	0.00%	17.50%
	Buena	Frecuencia	15	16	2	33
		% en dolor corporal	45.50%	48.50%	6.10%	100.00%
		% en tipo de thr	75.00%	88.90%	100.00%	82.50%
		% del Total	37.50%	40.00%	5.00%	82.50%
Total	Frecuencia	20	18	2	40	
	% en dolor corporal	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	
	% en tipo de thr	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	

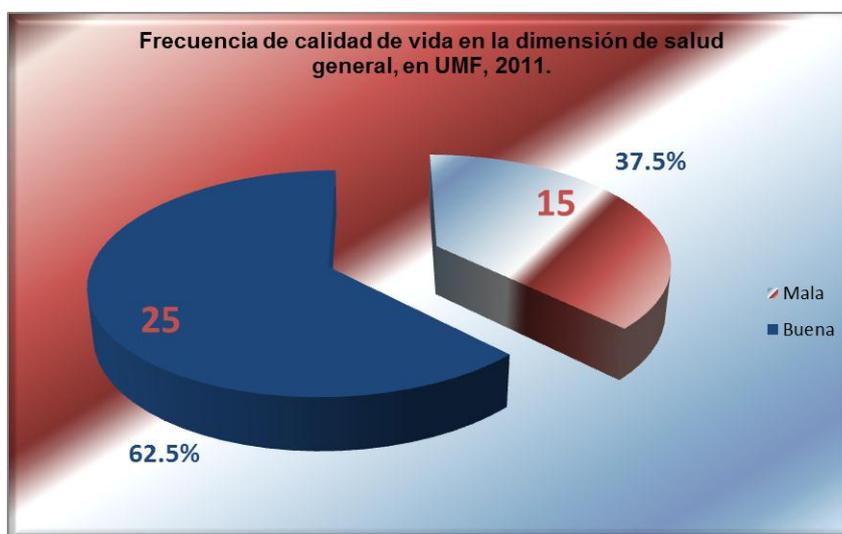
Fuente: cuestionario SF-36

Tabla 17.



Gráfica 19. Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

Salud general es la cuarta dimensión evaluada por el SF-36. Presentó 25 pacientes (62.5%) con BUENA calidad de vida, y 15 pacientes (37.5%) con MALA.



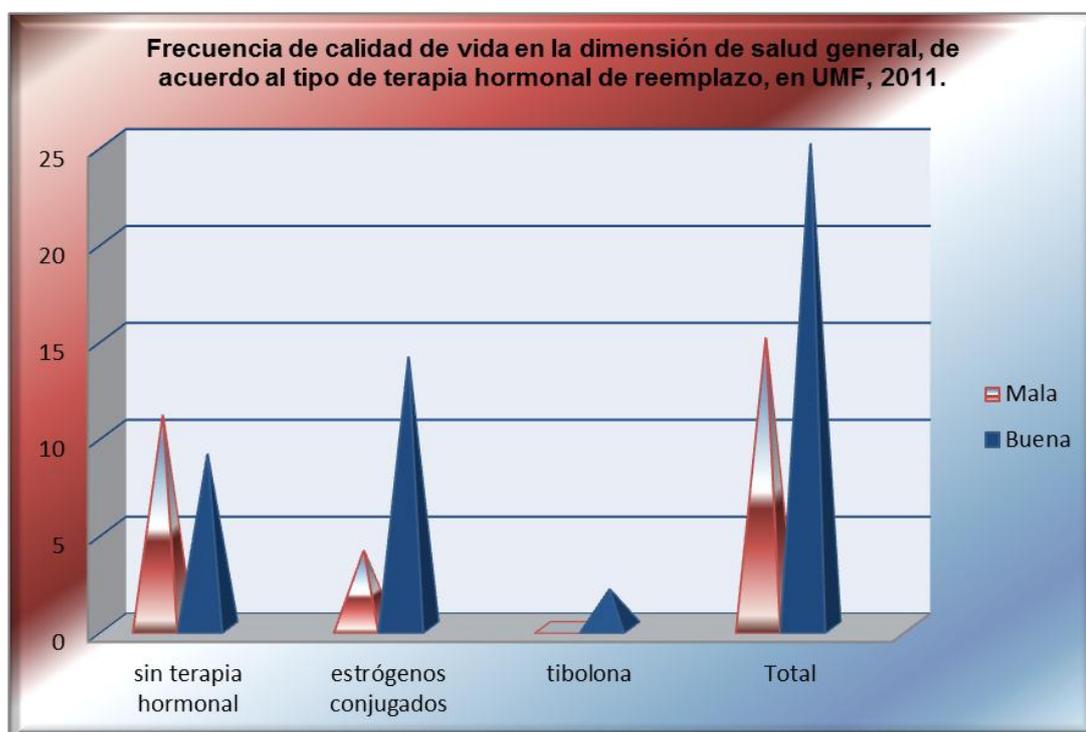
Gráfica 20. Fuente: cuestionario SF-36.

Esta dimensión presentó afectación mayor que en otras esferas, con MALA calidad de vida en 15 pacientes, de las cuales 11 (27.5%) no toma terapia hormonal de reemplazo, y 4 (10%) sí la reciben, con BUENA calidad de vida se encontraron a 25 pacientes, 16 (40%) con terapia hormonal y 9 (22.5%) sin ella. Presenta una Chi cuadrada de tendencias de 5.4 con un valor de p de 0.020, las diferencias encontradas son estadísticamente significativas en base a estos resultados.

Frecuencia de calidad de vida en la dimensión de salud general, de acuerdo al tipo de terapia hormonal de reemplazo, en UMF, 2011.						
		tipo de thr			Total	
		sin terapia hormonal	estrógenos conjugados	tibolona		
Salud.	Mala	Frecuencia.	11	4	0	15
		% en salud general	73.30%	26.70%	0.00%	100.00%
		% en tipo de thr	55.00%	22.20%	0.00%	37.50%
		% del Total	27.50%	10.00%	0.00%	37.50%
	Buena	Frecuencia.	9	14	2	25
		% en salud general	36.00%	56.00%	8.00%	100.00%
		% en tipo de thr	45.00%	77.80%	100.00%	62.50%
		% del Total	22.50%	35.00%	5.00%	62.50%
Total	Frecuencia.	20	18	2	40	
	% en salud general	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	
	% en tipo de thr	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	

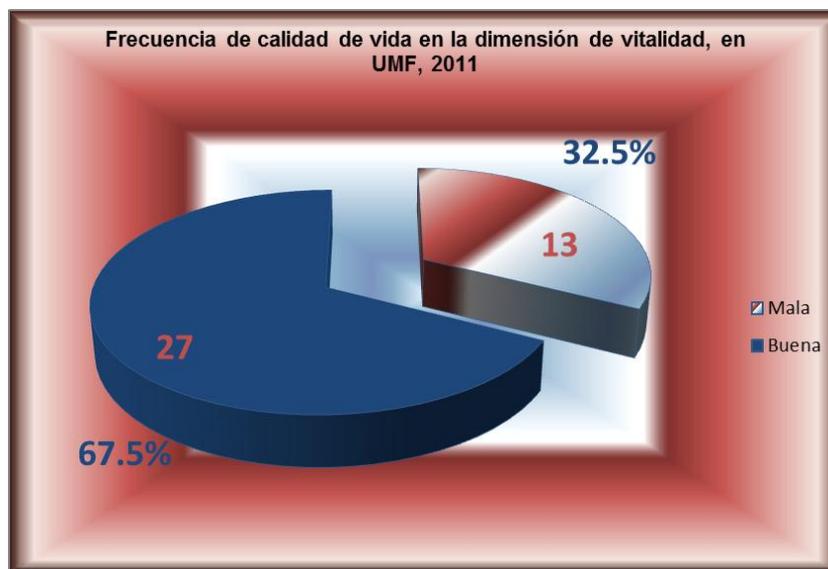
Fuente: Cuestionario SF-36.

Tabla 18.



Gráfica 21. Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

La dimensión de **vitalidad** presentó 27 pacientes (67.5%) con BUENA calidad de vida, y 13 (32.5%) con MALA.

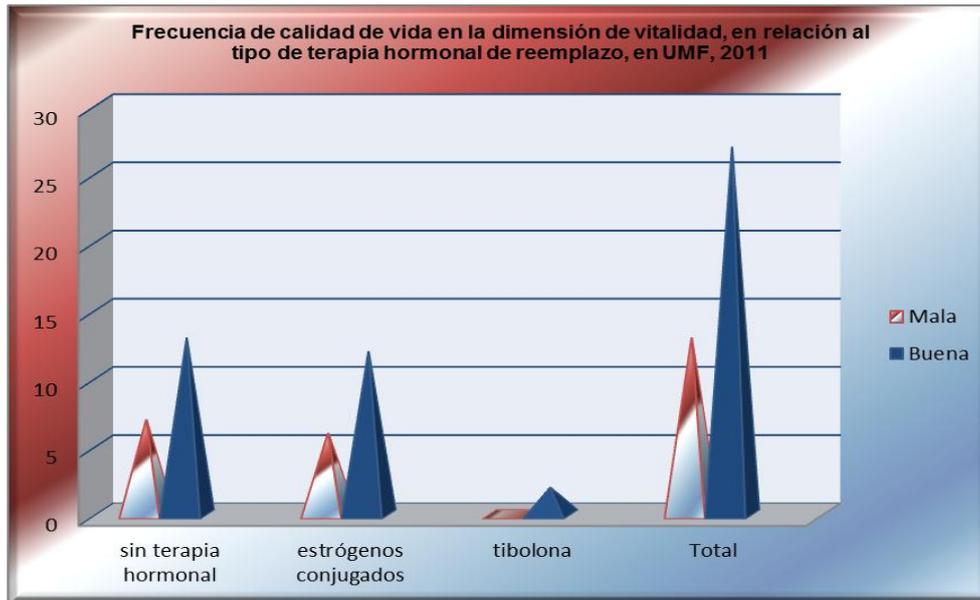


La vitalidad se vio afectada en 13 pacientes, ya que presentaron MALA calidad de vida (32.5%), 6 con terapia (15%) y 7 sin terapia (17.5%), 27 pacientes resultaron con BUENA calidad (67.5%), 14 pacientes con terapia hormonal (35%) y 13 (32.5%) sin ella. Presentó una Chi cuadrada de tendencias de 0.423 con una p de 0.516, estadísticamente no significativo, sin poder establecer diferencia en esta dimensión con la administración de terapia hormonal o sin ella.

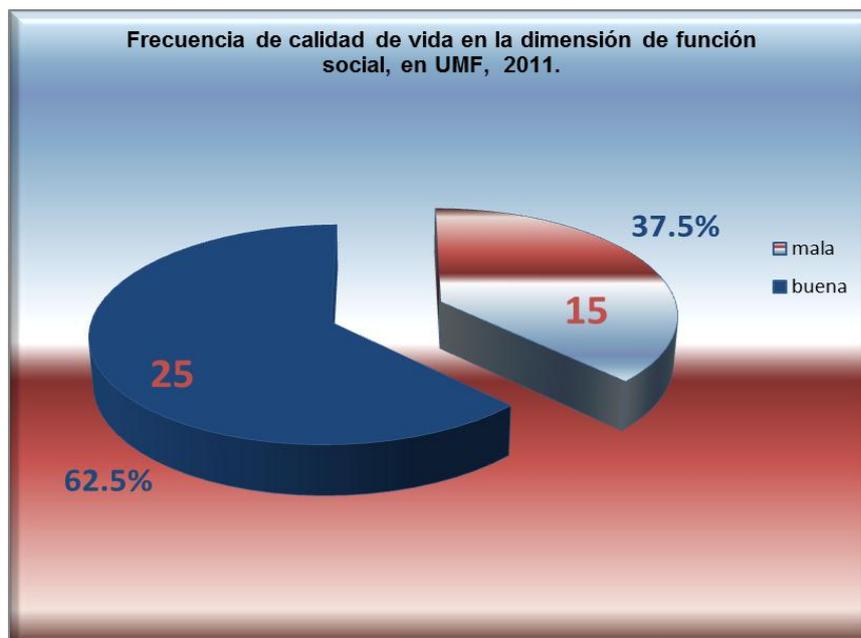
Frecuencia de calidad de vida en la dimensión de vitalidad, en relación al tipo de terapia hormonal de reemplazo, en UMF, 2011						
		tipo de thr			Total	
		sin terapia hormonal	estrógenos conjugados	tibolona		
Vitalidad	Mala	Frecuencia.	7	6	0	13
		% en vitalidad	53.80%	46.20%	0.00%	100.00%
		% en tipo de thr	35.00%	33.30%	0.00%	32.50%
		% del Total	17.50%	15.00%	0.00%	32.50%
	Buena	Frecuencia.	13	12	2	27
		% en vitalidad	48.10%	44.40%	7.40%	100.00%
		% en tipo de thr	65.00%	66.70%	100.00%	67.50%
		% del Total	32.50%	30.00%	5.00%	67.50%
Total	Frecuencia.	20	18	2	40	
	% en vitalidad	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	
	% en tipo de thr	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	

Fuente: Cuestionario SF-36.

Tabla 19.



La calidad de vida en su dimensión de **función social**, presentó una alta frecuencia en MALA calidad de vida, 15 pacientes (37.5%), y sólo 25 (62.5%) con BUENA.



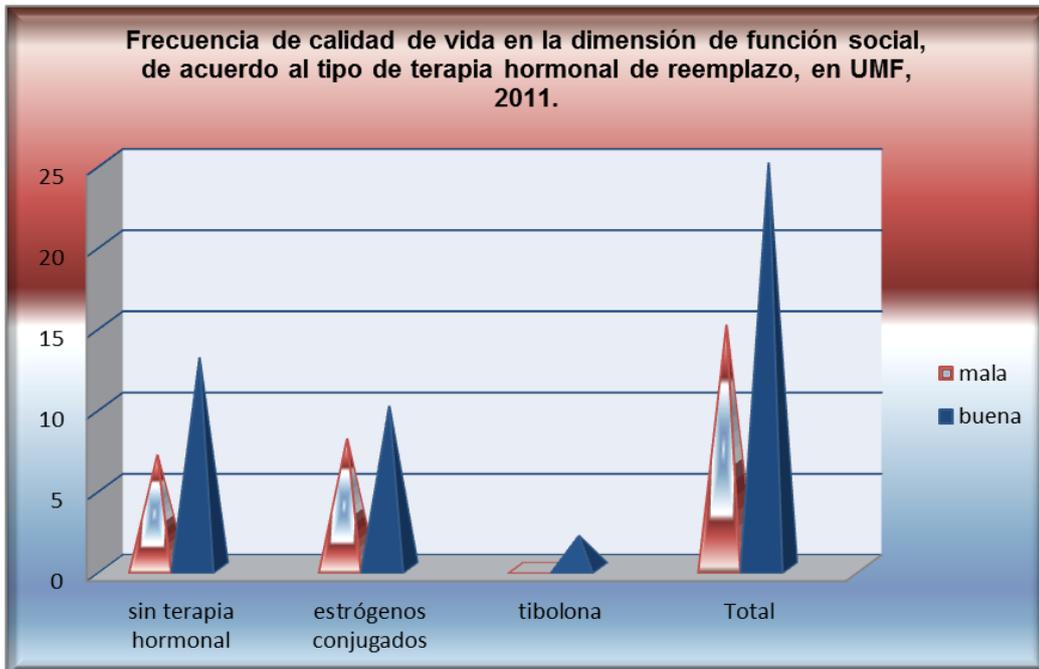
De las pacientes con BUENA calidad de vida, 12 de ellas fueron con terapia hormonal de reemplazo (30%), y 13 (32.5%) sin ella, con MALA calidad de vida, 8 pacientes (20%) fueron con terapia hormonal y 7 (17.5%) sin terapia hormonal de reemplazo.

Esta dimensión registró una Chi cuadrada de tendencias de 0.019 con un valor de p de 0.891, estadísticamente no significativo, sin establecerse diferencias entre la administración o no de terapia hormonal de reemplazo y el nivel de calidad de vida.

Frecuencia de calidad de vida en la dimensión de función social, de acuerdo al tipo de terapia hormonal de reemplazo, en UMF, 2011.						
		tipo de thr			Total	
		sin terapia hormonal	estrógenos conjugados	tibolona		
Social	mala	Frecuencia	7	8	0	15
		% en función social	46.70%	53.30%	0.00%	100.00%
		% en tipo de thr	35.00%	44.40%	0.00%	37.50%
		% del Total	17.50%	20.00%	0.00%	37.50%
	buena	Frecuencia	13	10	2	25
		% en función social	52.00%	40.00%	8.00%	100.00%
		% en tipo de thr	65.00%	55.60%	100.00%	62.50%
		% del Total	32.50%	25.00%	5.00%	62.50%
Total	Frecuencia	20	18	2	40	
	% en función social	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	
	% en tipo de thr	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	

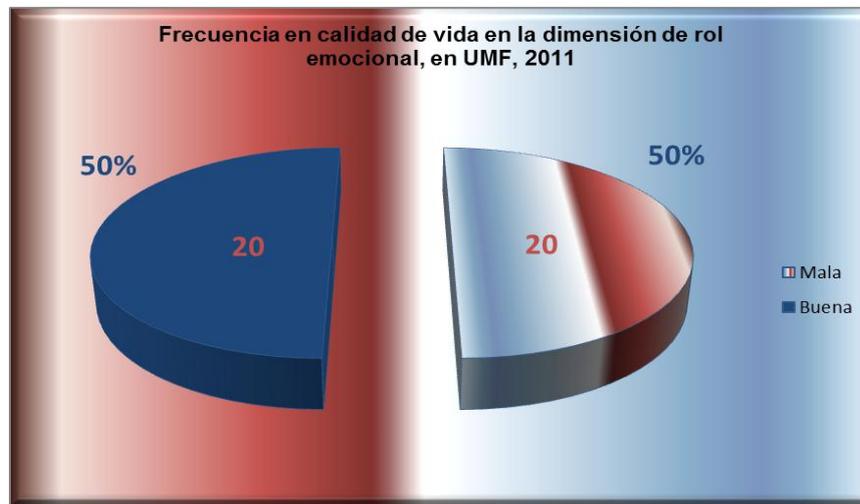
Fuente: cuestionario SF-36.

Tabla 20.



Gráfica 25. Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

La calidad de vida en su dimensión de **rol emocional** se encontró dividida, presentó las mismas frecuencias en mala y buena calidad, 20 pacientes (50%).



Gráfica 26. Fuente: cuestionario SF-36.

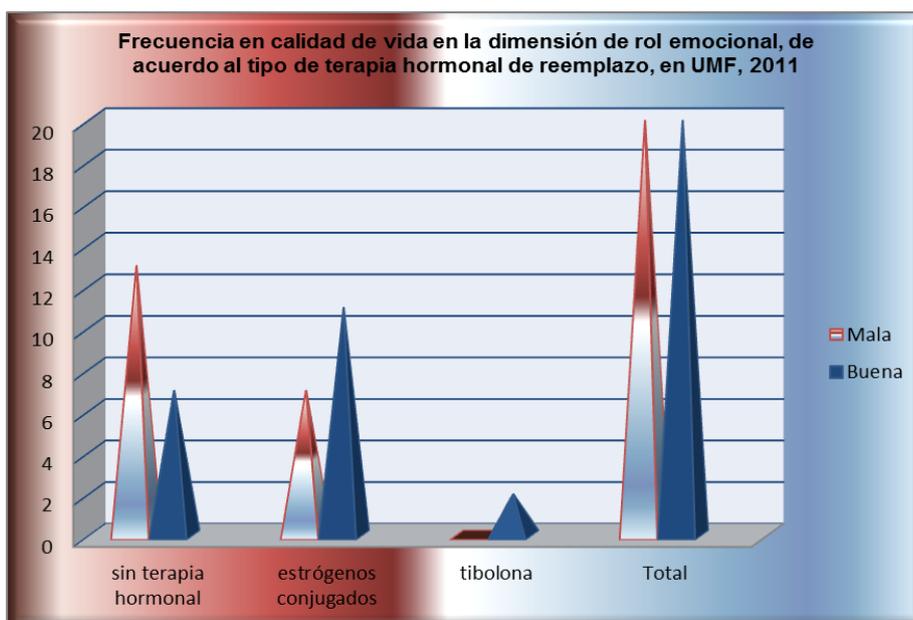
El nivel de calidad de vida en su dimensión de rol emocional, presentó BUENA calidad de vida en 13 pacientes (32.5%) con terapia hormonal y en 7 pacientes (17.5%) sin terapia, y de las que presentaron MALA calidad 7 (17.5%) fueron con terapia y 13 (32.5%) sin ella.

Con una Chi cuadrada de tendencias de 4.489 y un valor de p de 0.034, estadísticamente significativo.

Frecuencia en calidad de vida en la dimensión de rol emocional, de acuerdo al tipo de terapia hormonal de reemplazo, en UMF, 2011						
		tipo de thr			Total	
		sin terapia hormonal	estrógenos conjugados	tibolona		
Rol emocional	Mala	Frecuencia	13	7	0	20
		% en Rol emocional	65.00%	35.00%	0.00%	100.00%
		% en tipo de thr	65.00%	38.90%	0.00%	50.00%
		% del Total	32.50%	17.50%	0.00%	50.00%
	Buena	Frecuencia	7	11	2	20
		% en Rol emocional	35.00%	55.00%	10.00%	100.00%
		% en tipo de thr	35.00%	61.10%	100.00%	50.00%
		% del Total	17.50%	27.50%	5.00%	50.00%
Total	Frecuencia	20	18	2	40	
	% en Rol emocional	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	
	% en tipo de thr	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	

Fuente: cuestionario SF-36.

Tabla 21.



La dimensión de **salud mental**, presenta la segunda mayor afectación, con 18 pacientes (45%) con MALA calidad de vida y 22 pacientes (55%) con BUENA calidad de vida.



La dimensión de salud mental se distribuye, en relación al uso de terapia hormonal de reemplazo de la siguiente forma:

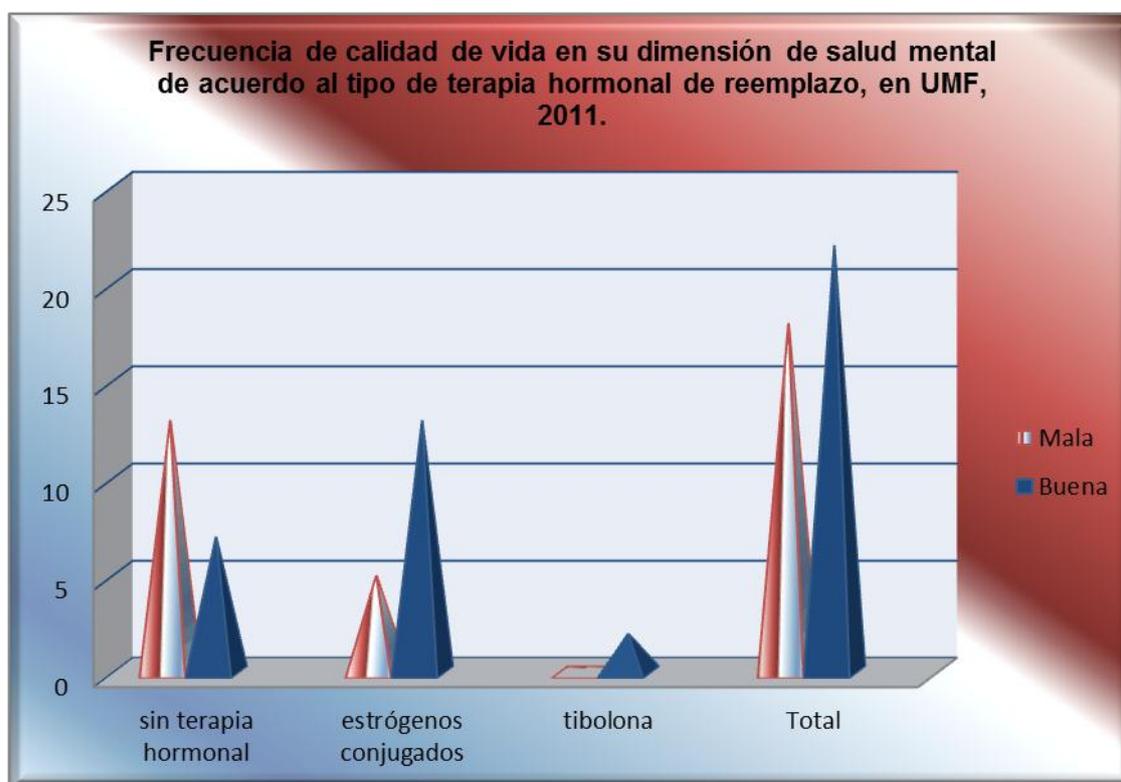
BUENA calidad de vida 15 pacientes (37.5%) con terapia hormonal 7 pacientes (17.5%) sin terapia. MALA calidad de vida 5 pacientes (12.5%) con terapia y 13 pacientes (32.5%) sin terapia hormonal de reemplazo.

Esta dimensión presento una Chi cuadrada de tendencias de 6.805 y un valor de p de 0.009, estadísticamente significativo.

Frecuencia de calidad de vida en su dimensión de salud mental de acuerdo al tipo de terapia hormonal de reemplazo, en UMF, 2011.						
		tipo de thr			Total	
		sin terapia hormonal	estrógenos conjugados	tibolona		
Salud Metal	Mala	Frecuencia	13	5	0	18
		% en salud mental	72.20%	27.80%	0.00%	100.00%
		% en tipo de thr	65.00%	27.80%	0.00%	45.00%
		% of Total	32.50%	12.50%	0.00%	45.00%
	Buena	Frecuencia	7	13	2	22
		% en salud mental	31.80%	59.10%	9.10%	100.00%
		% en tipo de thr	35.00%	72.20%	100.00%	55.00%
		% del Total	17.50%	32.50%	5.00%	55.00%
Total	Frecuencia	20	18	2	40	
	% en salud mental	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	
	% en tipo de thr	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
	% del Total	50.00%	45.00%	5.00%	100.00%	

Fuente: cuestionario SF-36.

Tabla 22.



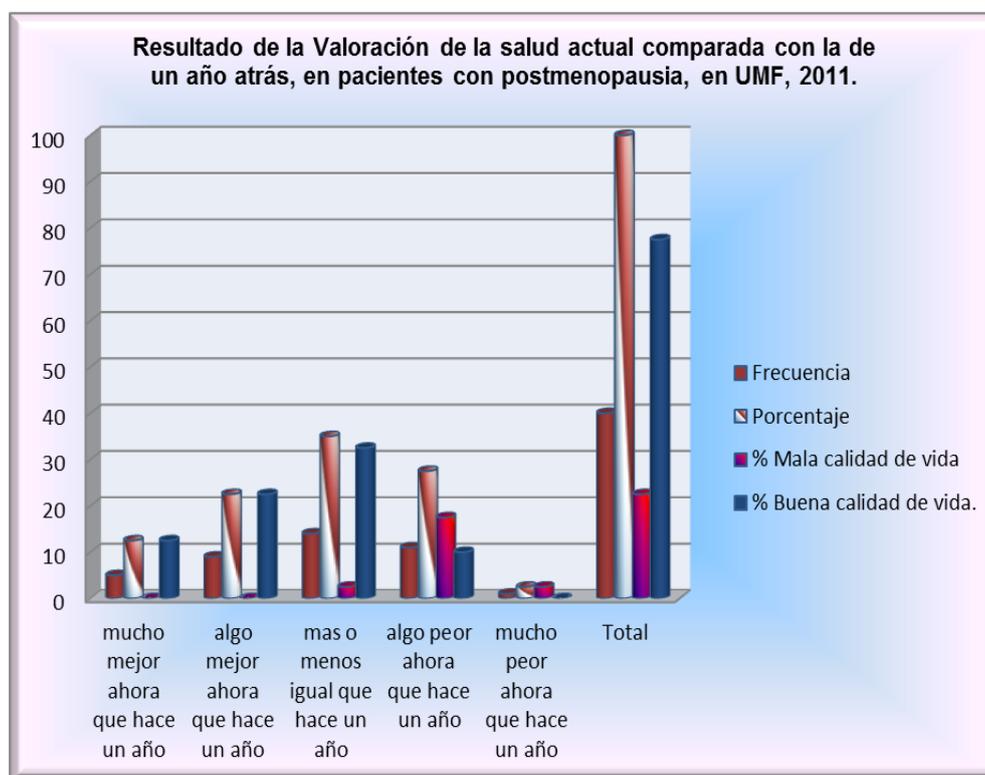
Gráfica 29. Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

Respecto a la valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás se encontró que en términos generales las pacientes consideraron su salud mas o menos igual que hace un año (14 pacientes, 35%), mismas que obtuvieron de igual forma el mayor porcentaje de BUENA calidad de vida (32.5%), 11 pacientes (27.5%) consideraron su salud algo peor ahora que hace un año y resultaron con 17.5% de MALA calidad de vida.

Resultado de la Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.				
	Frecuencia	Porcentaje	% Mala calidad de vida	% Buena calidad de vida.
mucho mejor ahora que hace un año	5	12.5	.0	12.5
algo mejor ahora que hace un año	9	22.5	.0	22.5
mas o menos igual que hace un año	14	35.0	2.5	32.5
algo peor ahora que hace un año	11	27.5	17.5	10.0
mucho peor ahora que hace un año	1	2.5	2.5	.0
Total	40	100.0	22.5	77.5

Fuente: cuestionario SF-36.

Tabla 23.



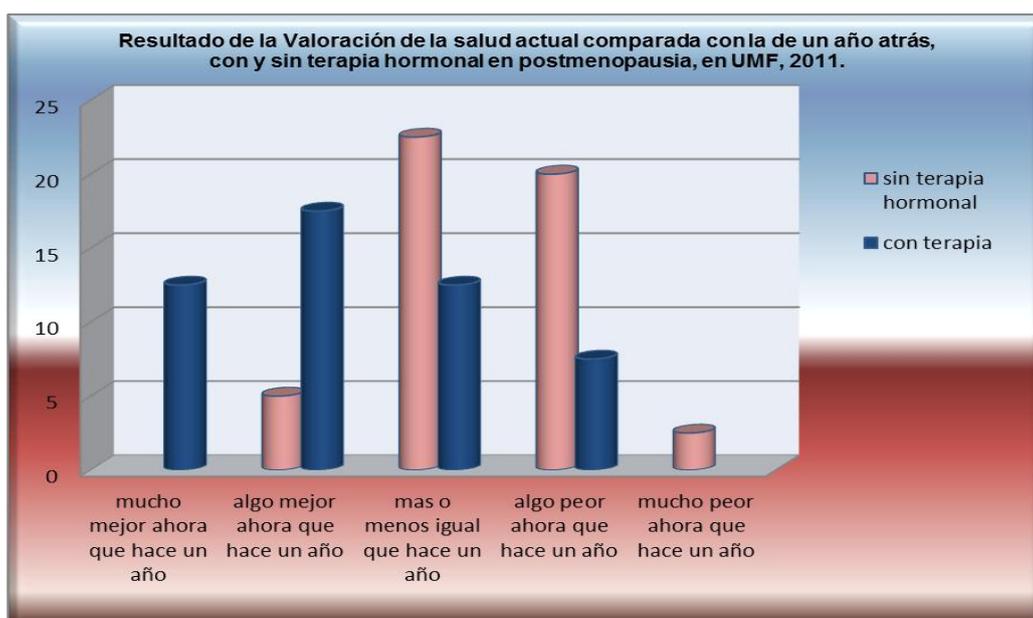
Gráfica 30. Fuente: cuestionario SF-36.

Quienes no reciben terapia hormonal de reemplazo notaron su salud más o menos igual que hace un año con mayor frecuencia (9 pacientes, 23%), ninguna paciente percibe su salud mucho mejor ahora que hace un año, 8 de ellas (20%) la consideran algo peor y sólo 1 (2.5%) la considera mucho peor; mientras que las que reciben terapia hormonal de reemplazo consideran su salud algo mejor ahora que hace un año (7 pacientes 18%), 5 pacientes (13%) consideran su salud mucho mejor ahora que hace un año, y otras 5 pacientes más o menos igual (13%), 3 pacientes (8%) la consideran algo peor ahora que hace un año y ninguna la consideró mucho peor.

Resultado de la Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.		
	sin terapia hormonal	con terapia
mucho mejor ahora que hace un año	0	5
algo mejor ahora que hace un año	2	7
mas o menos igual que hace un año	9	5
algo peor ahora que hace un año	8	3
mucho peor ahora que hace un año	1	0
total.	20	20

Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36

Tabla 24.



Gráfica 31. Fuente: cuestionario sociodemográfico y SF-36.

XII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

El estudio realizado para valorar la calidad de vida relacionada con la salud, percibida por las pacientes en postmenopausia con y sin terapia hormonal de reemplazo, se realizó en una población con un nivel sociocultural aún bajo (sólo el 2.5% de la población contó con estudios superiores), situación que pudo influir en los resultados del mismo. A pesar de ello, 3 de cada 4 pacientes, presentaron una percepción de la calidad de vida como BUENA; ésta percepción puede resultar de la interacción de diferentes variables de la vida, mismas que contribuyen a definir su calidad de vida como buena o mala, tomando en cuenta los síntomas producidos por el proceso propio de la menopausia, aunados a la etapa de envejecimiento por la que cursa la paciente, sus recursos para adaptación al medio biológico y psicosocial.

La población estudio se integró por pacientes con y sin terapia hormonal de reemplazo, donde 3 de cada 4 pacientes presentaron menopausia de origen natural, donde 3 de cada 4 pacientes presentó buena calidad de vida independientemente del tipo de menopausia.

De las pacientes con terapia hormonal de reemplazo, 18 fueron con estrógenos conjugados y 2 con tibolona.

Respecto a la edad, la mayor frecuencia fue registrada por pacientes de 53 años de edad, mismas que presentaron también el mayor porcentaje de BUENA calidad de vida, 3 de cada 4 pacientes se encontraron por debajo de los 52 años de edad, situación que puede influir de igual forma en el resultado de la percepción en la calidad de vida. (Ver tablas 1 y 9 y gráficas 1 y 9). Se determinó la relación existente entre la edad de las pacientes y la recepción o no de terapia hormonal de reemplazo, encontrando que no existen diferencias entre los grupos, la media para las pacientes sin terapia hormonal de reemplazo fue de 50.1 años, para estrógenos conjugados de 49.9 años y para la tibolona de 50 años.

El estado civil que predominó, fue casada, donde también se presentó el mayor porcentaje con BUENA calidad de vida, pudiendo ser el resultado de los recursos familiares para sobrellevar esta etapa y evaluarla mejor; el estado de viudez representó el 12.5% de la población y no presentó deterioro en la calidad de vida; se vio más afectada la paciente en estado de separación que la viuda, pudiendo relacionarse con esta percepción otras variables no incluidas en el estudio (crisis por fracaso en la pareja, familiares...). (ver tablas 2 y 10 y gráficas 2 y 10).

El nivel educativo más frecuente fue la primaria incompleta (42.5% de la población), a pesar de que se considera que un nivel sociocultural mayor contribuye a un mejor conocimiento de la enfermedad y a tener mayores recursos para tratarla, este grupo también presentó la mayor frecuencia de BUENA percepción en la calidad de vida. (ver tablas 3 y 11 y gráficas 3 y 11).

En relación a la ocupación, 3 de cada 4 pacientes se dedican a labores del hogar, y 3 de cada una de ellas no presentó deterioro en el nivel de calidad de vida; pudiendo relacionarse también con una estabilidad familiar y económica que les permite sólo dedicarse a su hogar y no estar sometidas a otros factores estresantes. (ver tablas 4 y 12 y gráficas 4 y 12).

Relacionando el nivel de calidad de vida encontrado con la recepción o no de terapia hormonal de reemplazo, 9 pacientes presentaron MALA calidad de vida, de las cuales el 88.8% no reciben terapia, 31 pacientes presentaron BUENA calidad de vida, con 61.2% con terapia hormonal de reemplazo. (ver tabla 7 y gráfica 7). En este punto, deberíamos considerar que la percepción de la calidad de vida como BUENA o MALA puede también estar influenciada por el tiempo de postmenopausia presentado por la paciente y no sólo por la recepción de terapia hormonal de reemplazo, ya que las pacientes sin terapia hormonal de reemplazo presentaron una media de 3.4 años de fecha de última regla, las de estrógenos conjugados y tibolona de 4.6 y 5 años respectivamente, lo que puede contribuir al cambio (disminución) en los síntomas presentados que deterioran la calidad de vida y no solo por la existencia de un tratamiento hormonal. Aunque se realizó ANOVA y Bonferroni para establecer si existían diferencias entre los grupos, obteniendo un valor de p de 0.101, no significativo estadísticamente.

Se realizó ANOVA (F de 7.46 y un valor de p de 0.002) para determinar si existían diferencias entre los grupos de mujeres con menopausia que recibían terapia hormonal de reemplazo y las que no la recibían, obteniendo los resultados de que si existen diferencias entre las que no toman terapia comparadas con las que sí, y dicha diferencia se marca en las que toman tibolona y estrógenos conjugados. De éstas dos, tiene mayor diferencia las que consumen tibolona.

De igual forma se analizó el nivel de calidad de vida encontrado en relación con el IMC, donde no se hallaron diferencias en el nivel de calidad de vida en mujeres con un peso normal. En pacientes con sobrepeso se encontró que el 95% perciben buena calidad de vida. Se determinó Chi cuadrada de tendencias obteniéndose un valor de 0.344 y un valor de p de 0.557, estadísticamente no significativo.

El SF-36, evalúa 8 diferentes dimensiones de la calidad de vida (ver gráfica 13), así como la valoración de la salud actual respecto a un año atrás.

En este estudio no se encontró, respecto a la dimensión de función física afectación, 95% de la población presentó BUENA calidad de vida, las que presentaron mala calidad de vida se ubican entre las que no reciben terapia hormonal de reemplazo. (Ver tabla 15 y graficas 14 y 15). El resultado puede deberse a que en general la postmenopausia no afecta en general las actividades físicas como autocuidado, caminar, manejar peso,.....

En la dimensión de rol físico, sí se encontraron diferencias en la percepción del nivel de calidad de vida con el uso de terapia hormonal de reemplazo. Se encontraron 11 pacientes con mala calidad de vida en esta dimensión, ubicadas sin terapia hormonal de reemplazo (78.6% en mala calidad en rol físico y 55.5% sin terapia hormonal de reemplazo) mientras que 17 pacientes no presentaron deterioro en esta dimensión (65.45 en buena calidad en rol físico y en 83.3% con estrógenos conjugados y 100% con tibolona). . (Ver tabla 16 y graficas 16 y 17).

El dolor corporal no es una dimensión con afectación en la calidad de vida percibida en postmenopausia, ya que 82.5% de la población resultó con BUENA calidad de vida, siendo mayor con terapia hormonal de reemplazo, confirmando que la administración de terapia hormonal contribuye a mejorar la calidad de vida percibida. (Ver tabla 16 y graficas 18 y 19). En la postmenopausia puede haber dolores

articulares, pero no es un síntoma predominante o frecuente, por ello, podría esperarse éste resultado.

La percepción de Calidad de vida en la salud general de la paciente, también presenta una diferencia entre grupos en base a la recepción de terapia hormonal de reemplazo y las que no la reciben, 37.5% de las pacientes tienen una percepción en esta dimensión de MALA calidad de vida (55% sin terapia hormonal de reemplazo). Nuevamente se confirma la mejor calidad de vida percibida con la terapia hormonal de reemplazo. (Ver tabla 18 y graficas 20 y 21). Esta dimensión va de la mano con el rol emocional y la salud mental, debido a que es una valoración personal de la salud que incluye su salud actual y lo que espera en un futuro; estas 2 dimensiones también resultaron con afectación.

En la vitalidad no existen diferencias entre grupos, el 67.5% de las pacientes manifestó BUENA calidad de vida con y sin terapia hormonal de reemplazo, y aquellas que tienen una percepción MALA en su calidad de vida en esta dimensión, está mayormente relacionada con la falta de terapia hormonal de reemplazo. (Ver tabla 19 y graficas 23 y 23).

La función social fue porcentualmente evaluada igual que la salud general, con una alta frecuencia en Mala calidad de vida (15 pacientes, 37.5%), se encontró en esta dimensión que la MALA calidad de vida se presentó más en pacientes con terapia hormonal de reemplazo y BUENA calidad en las que no reciben terapia hormonal de reemplazo. (Ver tabla 20 y graficas 24 y 25). Es decir, hay afectación en el área psicosocial al percibir que los problemas emocionales limitan su vida social.

El rol emocional presentó en mismo nivel en BUENA y MALA calidad de vida, aunque sí se estableció una diferencia en el nivel de calidad de vida entre las que toman o no terapia hormonal de reemplazo, Mala calidad sin terapia hormonal de reemplazo, BUENA calidad de vida con terapia hormonal de reemplazo). (Ver tabla 21 y graficas 26 y 27).

La dimensión de salud mental, es la segunda más afectada, después del rol emocional, 18 de las 40 pacientes registraron MALA calidad de vida (45%), en esta dimensión también se establecieron diferencias en la percepción de BUENA y MALA calidad de vida en relación con la terapia hormonal de reemplazo. (Ver tabla 22 y graficas 28 y 29). Esta dimensión incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general, lo que lleva a deterioro en la salud psicosocial y que puede afectar la funcionalidad de la paciente en su ámbito familiar y social.

De las dimensiones evaluadas por el SF-36, se encontró que la que presenta mayor afectación es el rol emocional, seguida de la salud mental, en tercer lugar la función social junto con la salud general y finalmente el rol físico. Con ello deducimos que es importante que el médico familiar se centre en la evaluación física de la paciente y en la administración de terapia hormonal de reemplazo con la finalidad de disminuir sus síntomas físicos, en la evaluación y atención de la salud emocional y mental de las pacientes en postmenopausia, desde el aspecto médico (uso de antidepresivos en caso necesario) y desde el ámbito familiar.

Respecto a la valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás se encontró que en términos generales las pacientes consideraron su salud más o menos igual que hace un año (14 pacientes, 35%), con BUENA calidad de vida (32.5%), y 17.5% de MALA calidad de vida consideraron su salud algo peor ahora que hace un año en 11 pacientes (27.5%). (ver tabla 23 y gráfica 30). Resultó que quién se encontró con terapia hormonal de reemplazo presenta una mejor percepción de su estado de salud actual en relación al año anterior y que las que no la reciben la perciben desde más o menos igual a algo peor. (ver tabla 24 y gráfica 31).

XIII. DISCUSION.

La evaluación de la calidad de vida en la mujer en postmenopausia, se ha hecho en forma tradicional desde escalas clínicas, que evalúan la calidad de vida relacionada con la sintomatología referida. En este estudio, se buscó evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres en postmenopausia, valorando esa percepción desde otros aspectos.

El SF-36 es un instrumento ya utilizado en México para evaluar calidad de vida, en el sureste mexicano fue aplicado para valorar la calidad de vida percibida por pacientes con y sin asistencia médica (12), estudio que a su vez sirvió para analizar las propiedades psicométricas del instrumento; en ese estudio además de mostrar consistencia con todos los supuestos de validez y confiabilidad en forma satisfactoria, encontraron diferencias estadísticamente significativas en función física, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad.

En este estudio, se aplicó el instrumento para valorar la calidad de vida en postmenopausia con y sin terapia hormonal de reemplazo, y se encontraron sólo diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de rol físico, salud general, rol emocional y salud mental entre los grupos, con mayor afectación en el rol emocional, salud mental y salud general. Esta situación coincide con otros estudios de valoración de calidad de vida relacionada con la sintomatología, donde relacionan la intensidad de los síntomas con la percepción de la calidad de vida y donde la salud mental y la salud general son de las áreas con mayor afectación.

En un estudio realizado en Nicaragua sobre climaterio y calidad de vida en pacientes con terapia y sin terapia hormonal sustitutiva, atendidas en consulta externa de ginecología de hospital Berta Calderón Roque, en enero de 2008, a través de aplicación de a través de el estudio WHOQOL-BREF y La ESCALA DE GREENE, concluyeron que la calidad de vida se ve afectada en el área psicológica aumentando considerablemente en pacientes sin terapia hormonal de reemplazo ($p < 0.0001$), las manifestaciones físicas (somáticas) son menores en pacientes con terapia hormonal de reemplazo ($p < 0.0001$). En el estudio realizado aplicando la escala SF-36, encontramos que el área psicológica (salud mental, rol emocional, y percepción de la salud general) resulta las más afectada, de igual forma con mayor intensidad en aquellas pacientes que no toman terapia hormonal de reemplazo. (Ver tablas 18, 21, 22 y graficas 21, 27, 29). Estos resultados nos llevan a considerar que el cuestionario SF-36 es un instrumento genérico para evaluación

de calidad de vida que puede ser empleado para evaluar la calidad de vida en postmenopausia con confiabilidad.

La mayor afectación en el área psicológica de las pacientes (salud mental, rol emocional y percepción de la salud general) en pacientes sin terapia hormonal de reemplazo, conduce a determinar que el médico familiar al evaluar a la paciente en estado de postmenopausia, debe evaluar, las sintomatología y la intensidad de los síntomas, indicaciones y contraindicaciones de establecer terapia hormonal de reemplazo, y evaluar a su vez, la salud psicológica de la paciente para determinar así las intervenciones adicionales a realizar, con la paciente y en el ámbito familiar.

XIV CONCLUSIONES.

El objetivo general planteado en este proyecto de investigación se cumplió, evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en postmenopausia con y sin terapia hormonal de reemplazo, utilizando un instrumento genérico para evaluar la calidad de vida, concluyendo que 3 de cada 4 pacientes en postmenopausia perciben su calidad de vida como BUENA, de las cuales 61.2% reciben terapia hormonal de reemplazo, y 88.8% de las pacientes que la perciben como MALA no reciben terapia hormonal de reemplazo. Lo que nos lleva a concluir que es muy importante evaluar de forma intencionada a las pacientes en postmenopausia para considerar en forma oportuna y adecuada el establecimiento de terapia hormonal de reemplazo, que conduzca al no deterioro en su calidad de vida.

La calidad de vida se vio principalmente afectada en las dimensiones de rol emocional y salud mental, por lo que es importante la intervención que el médico familiar pueda hacer con la paciente y la familia para mejorar estas dos dimensiones, contribuyendo a la preservación del bienestar psicológico de la paciente, y con ello, no se vean afectadas otras áreas como la función social y la percepción de su salud en general, además del deterioro en su salud y calidad de vida.

Los resultados obtenidos nos conducen a considerar la importancia que tiene el establecimiento de la terapia hormonal de reemplazo; pero además, la importancia que tiene el manejo de la salud emocional y mental de las pacientes en postmenopausia, al ser las dimensiones más afectadas en la percepción del nivel de calidad de vida relacionado con la salud.

No se pueden establecer, desde el área de la medicina familiar, las acciones de intervención a realizar, si se desconoce que se encuentra afectado. Es de interés, saber cuales son los síntomas físicos y emocionales más frecuentemente presentados en nuestra población a causa de la postmenopausia, así como las esferas, funciones y dimensiones comprometidas para su adecuado abordaje y manejo, con los niveles de intervención que ameriten.

XV. SUGERENCIAS.

- Generar los mecanismos necesarios para orientar y preparar a las pacientes y familia, en la etapa de postmenopausia, que mejoren su calidad de vida y eviten con ello crisis agregadas, personales y familiares.
- La atención de la paciente en menopausia y climaterio, es considerada un programa prioritario de salud, se sugiere dar mayor capacitación al personal de salud multidisciplinario (en específico al médico de familia) para el abordaje del padecimiento con la paciente y la familia.
- Esta investigación puede ser el punto de partida para otras investigaciones, como evaluar la calidad de vida antes y después del establecimiento de terapia hormonal de reemplazo, evaluar la frecuencia de sintomatología climatérica en nuestra población y relacionarla con el nivel de calidad de vida....

XVI BIBLIOGRAFIA.

1. Ander- Egg, Ezequiel. *Metodología y práctica de la Animación Sociocultural*. CCS. 1ª ed. Madrid. 2002;126-132.
2. Aguilar, M.J. y Ander Egg, E. *Evaluación de servicios y programas sociales*. Siglo XXI de España S.A. Madrid. 1992;266-268.
3. García Ramos, J.M. *Bases pedagógicas de la evaluación. Guía práctica para educadores*. Síntesis, Madrid. 1994;146-150.
4. Vázquez Martínez de Velasco, J.E. Estudio del climaterio y la menopausia. *Ginecol Obstet Mex* 2009,77(9):S253-S276.3
5. Browne, J.P, et al. Individual Quality of Life in the healthy elderly. *Quality of life Research*, 1994(3), 325-244. Citado por Fernández Ballesteros, 1996.
6. Celades M. Aspectos clínicos en la menopausia. En: Palacios S. *Climaterio y menopausia*. Madrid: Murpal, 1994;64-8.
7. Delgado de Bravo, M.T. Propuesta de medición de la calidad de vida urbana como objetivo de planificación y gestión local. *Anales del IV Seminario Latinoamericano de Calidad de Vida Urbana*. Tandil (Argentina), 8 a 11 de septiembre de 1998.
8. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex* 2002; 44:448-463.
9. Monés Joan. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004; 76(s);71-7
10. *Climaterio y Calidad de Vida*. José Luis Dueñas Diez. MASSON. 2003. 8-46
11. Ferrer Barriendos J. Tipos de escala de calidad de vida: ¿tenemos lo que necesitamos? VII Congreso de la Asociación Española para el estudio de la Menopausia. Cádiz. 14-17 de mayo 2002. Libro de Resúmenes 118-121.
12. Zuñiga Miguel A. M.D, Carrillo – Jiménez, M.D. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública Mex* 1999(41);110-118.
13. Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte* 2005;76-86.
14. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. criterios para brindar la atención médica.
15. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Revista Gaceta Sanitaria* 2005; 19(2):135-50.
16. Gómez-Vela, María y Sabeh, Eliana (2001): *Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
17. Programa de actualización continua. *Ginecología y obstetricia-1*. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Editorial Intersistemas 1ª. Edición.1998;12-32.
18. Guía de referencia rápida. *Atención del Climaterio y Menopausia*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Octubre 2009.
19. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/446/44660101.pdf> Última consulta noviembre 2010.

20. http://www.seme.org/area_pro/textos_articulo.php?id=13 Última consulta noviembre 2010.
21. Terapia Hormonal de Reemplazo. Sebastián Carranza Lira. MCGRAW-Hill Interamericana. 2000 14-32.
22. Zárate A, Hernández M, Basurto L. Estado actual del tratamiento hormonal en la menopausia. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México 2005;48(1):14-7.

XVII

ANEXOS

XVII.I CRONOGRAMA DE GANTT.

PROGRAMADO						ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REAL					
CICLO ACADÉMICO							CICLO ACADÉMICO					
2010-2011		2011-2012		2012-2013			2010-2011		2011-2012		2012-2013	
1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE	1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE	1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE		1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE	1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE	1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE
	■					Planteamiento del problema		■				
	■					Revisión y análisis de bibliografía		■				
	■					Selección Director de Tesis		■				
	■					Justificación		■				
	■					Formulación de objetivos		■				
	■					Material y métodos		■				
	■					Resumen del proyecto		■				
	■					Presentación del protocolo al CLI			■			
		■				Elaboración de correcciones sugeridas por CLI			■			
		■				Presentación de correcciones al CLI			■			
			■			Recolección de datos				■		
			■			Codificación de los datos				■		
			■			Análisis estadístico de los datos				■		
			■			Elaboración de cuadros y gráficas de los datos				■		
			■			Redacción de resultados				■		
			■			Redacción de Discusión y Conclusiones				■		
			■			Informe Final al CLI				■		
			■			Informe Final a la UNAM				■		
			■			Difusión de los resultados				■		
			■			Redacción del escrito científico				■		
			■			Publicación de los resultados				■		

XVII.II

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA	
Lugar y Fecha	_____
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:	_____
“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES EN POSTMENOPAUSIA CON Y SIN TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO ATENDIDAS EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR, EN LA UMF No. 249 DEL IMSS, JULIO - DICIEMBRE 2011”	
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	
El objetivo del estudio es:	Evaluar la calidad de vida que presentan pacientes en postmenopausia en la unidad de medicina familiar 249 del IMSS, julio - diciembre del 2011, a través del cuestionario de salud SF-36.
Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	Contestar el cuestionario SF-36 en su totalidad y con honestidad.
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
NINGUNO. Los resultados obtenidos permitirán realizar un diagnóstico de la calidad de vida de mujeres en postmenopausia y con ello, proponer el establecimiento programas de atención al grupo que conlleven a mejorar su calidad de vida.	
El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.	
El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
_____ Nombre y firma del paciente MC. Blanca Estela Chávez Cruz.	
_____ Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.	
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 2 83 20 22. 722 156 69 12. blancka_chavez@hotmail.com	
Testigos	_____
Clave: 2810 – 009 – 013	

**XVII.V ENCUESTA, CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
PACIENTES EN POSTMENOPAUSIA CON Y SIN THR**

1.- DATOS GENERALES.

No. Progresivo: _____

Edad: _____ Consultorio / turno: _____ Peso: _____ Talla: _____

INSTRUCCIONES: Favor de colocar una X, en la característica que considere sea la más adecuada para su situación actual.

Estado Civil.

Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada	Separada	Viuda

Escolaridad.

Ninguna.	Primaria incompleta.	Primaria completa.
Secundaria incompleta.	Secundaria completa.	Preparatoria incompleta.
Preparatoria completa.	Técnico.	Profesional

Ocupación.

Servicios.	Obrera no agrícola.	Comerciante / vendedora.
Administrativo.	Técnico industrial.	Profesionista.
Labores del hogar.	Desempleada.	Otro.

Padece alguna enfermedad en estos momentos? _____

Antecedentes Ginecoobstetricos:

Fecha de ultima menstruación:			
Tipo de menopausia:	Natural	Quirúrgica	
Tratamiento para menopausia	Si		No
Inicio:			
Medicamento usado:	Estrógenos conjugados		
	Estradiol		
	Progestágenos		
	Otros		

2.- CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

Esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales. Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿Diría que su salud es:

1.-Excelente	2.-Muy buena	3.-Buena	4.-Regular	5.-Mala
---------------------	---------------------	-----------------	-------------------	----------------

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿Cómo la calificaría en general ahora?

1.-Mucho mejor ahora que hace un año.	2.-Algo mejor ahora que hace un año.	3.-Más o menos igual que hace un año.	4.-Algo peor ahora que hace un año.	5.-Mucho peor ahora que hace un año.
--	---	--	--	---

3. LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3.a. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1.-Sí, me limita mucho.	2.-Sí, me limita un poco.	3.-No, no me limita nada
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

3.b. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1.-Sí, me limita mucho.	2.-Sí, me limita un poco.	3.-No, no me limita nada
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

3.c. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1.-Sí, me limita mucho.	2.-Sí, me limita un poco.	3.-No, no me limita nada
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

3.d. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1.-Sí, me limita mucho.	2.-Sí, me limita un poco.	3.-No, no me limita nada
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

3.e. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1.-Sí, me limita mucho.	2.-Sí, me limita un poco.	3.-No, no me limita nada
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

3.f. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1.-Sí, me limita mucho.	2.-Sí, me limita un poco.	3.-No, no me limita nada
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

3.g. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1.-Sí, me limita mucho.	2.-Sí, me limita un poco.	3.-No, no me limita nada
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

3.h. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1.-Si, me limita mucho.	2.-Sí, me limita un poco.	3.-No, no me limita nada
-------------------------	---------------------------	--------------------------

3.i. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1.-Si, me limita mucho.	2.-Sí, me limita un poco.	3.-No, no me limita nada
-------------------------	---------------------------	--------------------------

3.j. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1.-Si, me limita mucho.	2.-Sí, me limita un poco.	3.-No, no me limita nada
-------------------------	---------------------------	--------------------------

4. LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

4.a. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1.-Si.	2.-No.
--------	--------

4.b. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1.-Si.	2.-No.
--------	--------

4.c. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1.-Si.	2.-No.
--------	--------

4.d. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1.-Si.	2.-No.
--------	--------

5.a. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1.-Si.	2.-No.
--------	--------

5.b. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1.-Si.	2.-No.
--------	--------

5.c. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1.-Si.	2.-No.
--------	--------

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1.-Nada	2.-Un poco	3.-Regular	4.-Bastante	5.-Mucho
---------	------------	------------	-------------	----------

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1.-No, Ninguno	2.-Si, muy poco	3.-Si, un poco	4.-Sí, moderado	5.-Sí, mucho	6.-Sí, muchísimo
----------------	-----------------	----------------	-----------------	--------------	------------------

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1.-Nada	2.-Un poco	3.-Regular	4.-Bastante	5.-Mucho
---------	------------	------------	-------------	----------

9. LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

9.a. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vida?

1.-Siempre	2.-Casi siempre	3.-Muchas veces	4.-Algunas veces	5.-Sólo alguna vez.	6.-Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------	----------

9.b. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1.-Siempre	2.-Casi siempre	3.-Muchas veces	4.-Algunas veces	5.-Sólo alguna vez.	6.-Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------	----------

9.c. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1.-Siempre	2.-Casi siempre	3.-Muchas veces	4.-Algunas veces	5.-Sólo alguna vez.	6.-Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------	----------

9.d. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1.-Siempre	2.-Casi siempre	3.-Muchas veces	4.-Algunas veces	5.-Sólo alguna vez.	6.-Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------	----------

9.e. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1.-Siempre	2.-Casi siempre	3.-Muchas veces	4.-Algunas veces	5.-Sólo alguna vez.	6.-Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------	----------

9.f. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1.-Siempre	2.-Casi siempre	3.-Muchas veces	4.-Algunas veces	5.-Sólo alguna vez.	6.-Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------	----------

9.g. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1.-Siempre	2.-Casi siempre	3.-Muchas veces	4.-Algunas veces	5.-Sólo alguna vez.	6.-Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------	----------

9.h. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1.-Siempre	2.-Casi siempre	3.-Muchas veces	4.-Algunas veces	5.-Sólo alguna vez.	6.-Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------	----------

9.i. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1.-Siempre	2.-Casi siempre	3.-Muchas veces	4.-Algunas veces	5.-Sólo alguna vez.	6.-Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------	----------

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1.-Siempre	2.-Casi siempre	3.-Muchas veces	4.-Algunas veces	5.-Sólo alguna vez.	6.-Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------	----------

11. POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

11.a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1.-Totalmente cierta	2.-Bastante cierta	3.-No lo sé	4.-Bastante falsa	5.-Totalmente falsa
----------------------	--------------------	-------------	-------------------	---------------------

11.b. Estoy tan sano como cualquiera.

1.-Totalmente cierta	2.-Bastante cierta	3.-No lo sé	4.-Bastante falsa	5.-Totalmente falsa
----------------------	--------------------	-------------	-------------------	---------------------

11.c. Creo que mi salud va a empeorar.

1.-Totalmente cierta	2.-Bastante cierta	3.-No lo sé	4.-Bastante falsa	5.-Totalmente falsa
----------------------	--------------------	-------------	-------------------	---------------------

11.d. Mi salud es excelente.

1.-Totalmente cierta	2.-Bastante cierta	3.-No lo sé	4.-Bastante falsa	5.-Totalmente falsa
----------------------	--------------------	-------------	-------------------	---------------------