

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

Relación del uso o no de la terapia estrogénica con la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y menopausia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre 2013 a Abril 2014, Guatemala.

TESIS DE POSGRADO

JESSICA JUDITH CASTAÑEDA REYES
CARNET 25968-11

LA ANTIGUA GUATEMALA, OCTUBRE DE 2014
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

Relación del uso o no de la terapia estrogénica con la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y menopausia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre 2013 a Abril 2014, Guatemala.

TESIS DE POSGRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

JESSICA JUDITH CASTAÑEDA REYES

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y
GERENCIA

LA ANTIGUA GUATEMALA, OCTUBRE DE 2014
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA: MGTR. SILVIA MARIA CRUZ PÉREZ DE MARÍN
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. SILVIA LUZ CASTAÑEDA CEREZO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. EDGAR ENRIQUE CHAVEZ BARILLAS

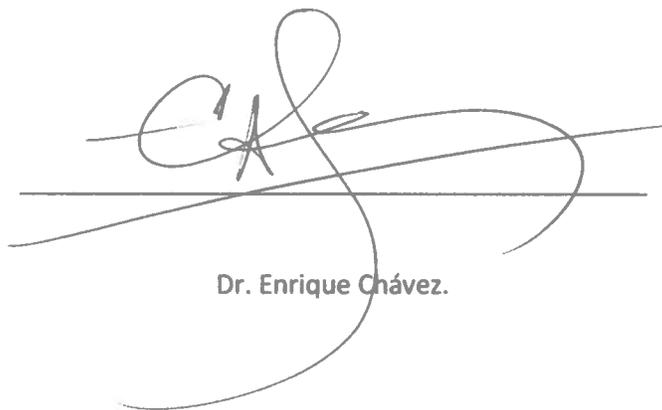
TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
MGTR. SILVIA LUZ CASTAÑEDA CEREZO
MGTR. VIRGINIA DEL ROSARIO MOSCOSO ARRIAZA

Guatemala, 12 de Octubre del año 2,014

Dra. Silvia Castañeda Cerezo.
Directora de postgrados.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Rafael Landívar.

Por este medio le comunico que he visto, corregido y doy el visto bueno del informe final de la estudiante Jessica Judith Castañeda Reyes, con número de carne: 25968-11, estudiante de la Maestría en salud Pública con Énfasis en Epidemiología y Gerencia, titulado: "Relación del uso o no de la terapia estrogénica con la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y menopausia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre 2013 a abril 2014, Guatemala", con un Subtítulo, para su revisión por el Comité de tesis. Por lo que firmo la presente.



Dr. Enrique Chávez.



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09223-2014

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado de la estudiante JESSICA JUDITH CASTANEDA REYES, Carnet 25968-11 en la carrera MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA, de la Sede de La Antigua, que consta en el Acta No. 09514-2014 de fecha 26 de septiembre de 2014, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Relación del uso o no de la terapia estrogénica con la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y menopausia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre 2013 a Abril 2014, Guatemala.

Previo a conferírsele el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 24 días del mes de octubre del año 2014.



MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO, VICEDECANO
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

DEDICATORIA.

- A **DIOS**: Mi sostén y guía en las adversidades.
- A **mi Papi Rudy Castañeda Roldán**, por apoyarme y animarme siempre. Estas en mi mente y corazón en cada momento.
- A **mi mami Irma Judith Reyes**, tus consejos y amor me han alentado a ser mejor cada día.
- A **mi hermano Rudy Kevin Castañeda Reyes**, tu apoyo, cariño y amistad incondicional siempre, han sido vitales en mi vida.
- A **mis hijas: Sofí, Marjorie y Melany**, sus cariños, besos y risas son en mi vida una linda y dulce melodía.
- A **mi esposo Juanito**, gracias por compartir y disfrutar mis éxitos. Tu amor, apoyo, consejos y alientos han sido la clave de mis logros.

AGRADECIMIENTOS:

- A mis asesores: Dr. Enrique Chávez y Dr. Joaquín Barnoya, por sus consejos y guía, son ejemplos a seguir.
- Al Dr. Ernesto Villagrán, su ayuda en el transcurso de este tiempo fue clave para alcanzar la meta.
- A la Dra. Silvia Castañeda, por el apoyo, consejos y oportunidad de aprendizaje que me brindó.

Resumen

Objetivo: La investigación tiene como objetivo general; determinar la relación del uso o no de la terapia estrogénica con la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y la menopausia, consultantes al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt Guatemala, Diciembre 2013 a abril 2014. Establecer la dimensión más relacionada a la calidad de vida en la mujer durante el climaterio y la menopausia con y sin uso de terapia de reemplazo estrogénica, calcular el porcentaje de mujeres en climaterio y menopausia que utilizan o no, terapia de reemplazo estrogénica natural o medicamentosa e identificar la relación del uso o no de la terapia de reemplazo estrogénica, en la calidad de vida de la mujer en climaterio o menopausia.

Diseño: Descriptivo, transversal.

Lugar: Hospital Roosevelt, departamento de Ginecología y Obstetricia, Guatemala.

Materiales y método: Es un estudio realizado en los meses de diciembre 2013 a abril 2014; incluyendo en el estudio mujeres de 40 a 60 años de edad en etapa de climaterio y menopausia, con uso o no de terapia estrogénica, sea natural o medicamentosa, que no tuvieran alguna patología o comorbilidad asociada como algún tipo de cáncer o

patología psiquiátrica. Para evaluar la calidad de vida (CV) en esta etapa se utilizó el instrumento llamado “Calidad de vida en mujeres MENCAV”, que evalúa 5 dimensiones de la calidad de vida: salud física, psíquica, sexual, relación de pareja y soporte social. Para evaluar la actividad física de la mujer, se utilizó un instrumento llamado “Actividad física del adulto mayor” que evalúa la actividad liviana y pesada en casa, el deporte y actividad física en tiempo libre, se indagó sobre el uso o no de terapia de reemplazo estrogénica (TRE), el tiempo de utilizarla, tipo de terapia, efectos secundarios y limitación en la adquisición del mismo. Se solicitó autorización por el comité de ética del Hospital Roosevelt y se validó el instrumento adecuándolo a la población

Resultados: Se encuestaron a 240 mujeres en período de climaterio y menopausia, con un nivel socioeconómico y escolaridad baja. La mayoría entró al climaterio y menopausia de forma natural. La mayoría de las mujeres encuestadas estaban utilizando TRE, las mujeres en climaterio, la terapia que utilizaban era la natural y las mujeres en menopausia la combinada (natural más medicamentosa), las mujeres que no estaban utilizando TRE más limitaciones en la adquisición del mismo. De las mujeres que utilizaban TRE la mayoría no podía comprarla de forma mensual. Las mujeres en climaterio que estaban utilizando TRE

tenían mejor salud psíquica que las que no lo estaban utilizando, no encontrándose diferencia en el uso o no de TRE en las otras dimensiones de la CV (física, sexual, relación de pareja y soporte social). Las mujeres en menopausia que estaban utilizando TRE tenían mejor salud psíquica y física en comparación con las que no estaban utilizando TRE, pero en las otras dimensiones de la CV (sexual, relación de pareja y soporte social) no se identificó diferencia con el uso o no de TRE.

Limitantes: es un estudio que se limita a una población definida y en un período de tiempo específico. La capacidad de la comprensión de las personas puede afectar las respuestas obtenidas.

Recomendaciones: Los hábitos saludables durante el climaterio y la menopausia, no solo mejorarán la calidad de vida en esta etapa, sino que influirán decisivamente sobre la salud de la mujer el resto de su vida. Por ello se recomienda dar plan educacional en consulta externa del Hospital Roosevelt, al momento del chequeo ginecológico, sobre el incorporar actividades importantes que ayudarán a vivir la etapa del climaterio y menopausia con naturalidad, manteniéndose saludable como hábitos alimenticios adecuados, rutina de ejercicios, vida social activa, pensamientos positivos. Crear un protocolo de manejo en consulta externa para la mujer en el momento

del climaterio y menopausia, tomando en cuenta el aspecto psicológico, puede mejorar la forma de ver y pasar esta etapa de la vida con calidad y de forma positiva. Con enfoque de aspectos como: orientación, educación, apoyo emocional, teniendo en cuenta el entorno psicosocial de la mujer, identificación de signos síntomas clínicos de esta etapa, tipo de terapias estrogénica, uso de la misma, examen de laboratorio complementarios (perfil de lípidos, densitometría ósea, mamografía, citología cervical de las mujeres, perfil hormonal), para evaluar de forma integral a la mujer y así impactar de forma positiva la calidad de vida. Evaluar de forma regular la calidad de vida de la mujer desde su perspectiva, con los instrumentos ya estandarizados, con el fin de identificar déficit o mejoría de las dimensiones relacionadas a la calidad de vida, manejando de forma integral a la mujer en esta etapa de la vida.

Palabras clave:

Calidad de vida (CV). Evaluación de la calidad de vida en menopausia (MENCAV). Terapia de reemplazo estrogénica (TRE).

INDICE

Resumen	
I. Introducción	1-2
II. Planteamiento del problema	3
III. Marco teórico	4
Enfermedades crónicas no transmisibles	
Definición y factores de riesgo	4-5
Impacto y prevención	5-6
Respuesta de las organizaciones	7
Climaterio y Menopausia	
Definición y fisiología	8-9
Sintomatología	9-11
Calidad de vida	
Definición y factores asociados	11-13
Evaluación de la calidad de vida	14
Terapia de reemplazo estrogénica	15
Mejora de la calidad de vida	16-18
IV. Antecedentes	19-20
V. Justificación	21
VI. Objetivos	22
VII. Diseño de la investigación	23-31
VIII. Materiales y métodos	32-33
IX. Resultados	34
X. Discusión de Resultados	35-57
XI. Conclusiones	58
XII. Recomendaciones	59
XIII. Referencias bibliográficas	60-62
XIV. Anexos	63-76

I. Introducción.

La población mundial crece a un ritmo acelerado y esto ha llevado al incremento de mujeres mayores de 50 años, con los efectos que ello tiene en la modificación de las necesidades sociales y mayor frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles. La sobrevivencia de la mujer también se ha prolongado y ellas viven en estado de postmenopausia aproximadamente entre 30 y 35 años, es decir, alrededor de la tercera parte de su vida. (13)

En el año 1,990 se había calculado en el mundo 467 millones de mujeres postmenopáusicas. Se estima que esa cifra aumente rápidamente en los próximos 40 años, hasta situarse en un total de 1,200 millones en el año 2,030. En 1,990, el 40 % de las mujeres postmenopáusicas, vivían en países industrializados y el 60% en países en desarrollo, estimándose que para el año 2,030 la proporción para el mundo industrializado bajará al 24 % y la del mundo en desarrollo aumentará al 76%.

En Guatemala, un país no desarrollado, alrededor de la mitad de la población es de sexo femenino, es decir, 5,644,617 de las cuales son mayores de 35 años, aproximadamente 1,278,120, según las proyecciones de población para el año 2013. (13, 17, 30)

Los efectos de la menopausia en la mujer representan un problema de salud, aunque no generalizable a la población femenina, debido a la disminución en la producción de hormonas y sus consecuencias posteriores, lo cual es importante estudiarlas y darles solución. Ahora bien el problema se acentúa debido a que la expectativa de vida ha aumentado y por lo tanto los efectos de la menopausia se han incrementado hasta afectar la calidad de vida de la mujer. (1, 11)

Se le llama climaterio al proceso natural que sufre la mujer, generalmente entre 45 y 55 años, aunque puede presentarse antes o después de este rango, y se marca con la desaparición paulatina de la menstruación, ocurrida por la disminución de la acción hormonal de estrógenos y progesterona.

La entrada a este proceso muchas veces se torna traumática para las mujeres, porque se presentan manifestaciones vasomotoras, afecta la sexualidad y entran a jugar sentimientos de baja autoestima, irritabilidad, mayor sensibilidad, entre otros. Por ello es importante que las mujeres comprendan los cuidados que deben tener en esta etapa de su vida, porque también se corre el riesgo de desencadenar o agravar otras enfermedades preexistentes como hipertensión, artritis, diabetes, depresión. (12,25)

El estudio identifica la relación del uso o no de la terapia de reemplazo estrogénica con algunas de las dimensiones de la calidad de vida de la mujer en etapa de climaterio y menopausia, consultante al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala del mes de diciembre del 2013 al mes de abril 2014.

El propósito es contar con información para diseñar programas que puedan brindar a la población femenina, en esta etapa de la vida, una atención integral, siguiendo la línea de los fundamentos de la promoción de la salud de la OMS que promueven, “agregar vida a los años, no años a la vida” en este grupo de población.

II. Planteamiento del problema

La terapia de reemplazo estrogénica, ha sido utilizada desde tiempos remotos en las mujeres en climaterio y menopausia, mejorando las manifestaciones vasomotoras en algunas mujeres, pero trayendo como consecuencia la exacerbación de ciertos cánceres como el de mama y endometrio, entre otros. Además es una terapia de alto costo que no está al alcance de toda la población femenina en esta etapa de la vida.

Durante el climaterio las consecuencias del hipoestrogenismo, por el cese de la función ovárica, pueden influir en la calidad de vida de la mujer. Además la variación en el perfil lipídico en esta etapa por disminución de los estrógenos, hace que aumentan las lipoproteínas de baja densidad formadas por el colesterol y disminuyen las de alta densidad, lo que se asocia con probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, Alzheimer y arteriosclerosis, sumado al riesgo/beneficio de la terapia de reemplazo estrogénica, ya que puede predisponer al desarrollo de cáncer.

Tradicionalmente la evaluación del estado de salud se ha basado en la medición de parámetros, objetivos obtenidos de la clínica y de métodos complementarios de diagnóstico, cuantificables, pero no siempre relacionados con la experiencia subjetiva y personal de la paciente respecto a su propio estado, considerando que el climaterio y menopausia afectan la calidad de vida en la mujer de mediana edad, por lo que se deben ajustar las intervenciones preventivas o terapéuticas en esta etapa de la vida, esto se anuda a la definición de la OMS para calidad de vida, como la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones, ésta se valora en función de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos, ya que el deterioro de la salud no sólo compromete física o emocionalmente a una persona sino también puede modificar su capacidad económica y las relaciones con su entorno. (8,14)

El estudio de la calidad de vida de la mujer en climaterio y menopausia, es un tema poco estudiado en nuestro medio pero relevante, con el fin de diseñar, realizar o evaluar programas de salud dirigidos a mejorar el problema.

Con el fin de identificar cuál es la relación del uso o no de la terapia de reemplazo estrogénica con algunas de las dimensiones de la calidad de vida en mujeres en etapa de climaterio y menopausia en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, Guatemala, siendo esta población de un nivel socioeconómico bajo con poco acceso a la terapia estrogénica mensual.

III. Marco Teórico

Enfermedades crónicas no transmisibles.

Generalidades.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles –ECNT-, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son: enfermedades cardiovasculares, como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas; como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma y la diabetes.

Las ECNT afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 80% de las muertes por éstas, son la principal causa de mortalidad en todas las regiones, excepto en África, pero según las estimaciones actuales, para el 2,020 los mayores incrementos de la mortalidad por ECNT corresponderán a ese continente. En los países africanos, se prevé que las defunciones por ECNT superarán la suma de las causadas por las enfermedades transmisibles y nutricionales y por la morbilidad materna y perinatal como causa más frecuente de muerte en 2030. (4, 24,27)

Definición.

Las ECNT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia indica que más de 9 millones de las muertes atribuidas, estas enfermedades se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes prematuras se dan en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como son las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol.

Estas enfermedades se ven asociadas a factores tales como: el envejecimiento, la urbanización rápida y no planificada y los modos de vida poco saludables. Por ejemplo, las dietas malsanas, pueden manifestarse en forma de hipertensión arterial, hiperglicemia, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad. Son los llamados "factores de riesgo intermedios" que pueden dar lugar a una enfermedad cardiovascular, una de las ECNT. (24, 28,31)

Factores de riesgo

Factores de riesgo modificables

El consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las ECNT o las causan directamente.

- El tabaco cobra casi 6 millones de vidas cada año -más de 600,000 por la exposición al humo ajeno, y se prevé que esa cifra aumentará hasta 8 millones en el 2030.
- Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales, pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.
- Aproximadamente 1,7 millones de muertes, son atribuibles a un bajo consumo de frutas y verduras.
- La mitad de los 2,3 millones de muertes anuales por uso nocivo del alcohol se deben a ECNT. (27,32)

Factores de riesgo metabólico o fisiológico

Algunos factores de riesgo propician cuatro cambios metabólicos o fisiológicos claves, que aumentan el riesgo de ECNT en una persona: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia.

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo de ECNT a nivel mundial es la hipertensión arterial, a lo que se atribuyen el 16,5% de las defunciones a nivel mundial, seguido por el consumo de tabaco 9%, el aumento de la glucosa sanguínea 6%, la inactividad física 6%, y el sobrepeso y la obesidad 5%. En los países de ingresos bajos y medios, se está observando un rápido incremento del número de niños con sobrepeso. (24,27)

Impacto socioeconómico de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Las ECNT amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas -ODM-. La pobreza está estrechamente relacionada con las ECNT. Se estima que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para la reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, ya que aumentarán los gastos del hogar por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos tóxicos o dañinos, como el tabaco o alimentos poco saludables, sumado el acceso limitado a los servicios de salud.

En los hogares con pocos ingresos, los costos de la atención sanitaria para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas, pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y producirles pobreza.

En muchos países, el uso nocivo del alcohol y el consumo de alimentos malsanos se dan tanto en individuos de ingresos altos como en los de ingresos bajos. Sin embargo, los primeros pueden acceder a servicios de salud con mayor facilidad y a adquirir productos que los protegen de los riesgos más importantes, mientras que los individuos de ingresos bajos no pueden adquirir esos productos ni los servicios.

Prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Con el fin de reducir el impacto de las ECNT en los individuos y la sociedad, se debe dar un enfoque integral que involucre a todos los sectores, más los relacionados con la salud, las finanzas, asuntos exteriores, educación, agricultura y planificación, a colaborar para reducir los riesgos asociados a las ECNT, así como promover intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas.

Una táctica importante para reducir las ECNT consiste en disminuir los factores de riesgo asociados a estas enfermedades. Hay soluciones de bajo costo para reducir los factores de riesgo modificables más comunes (principalmente el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol). (24)

Otra opción para combatir las ECNT son algunas intervenciones esenciales de alto impacto mediante un enfoque de atención primaria que refuerce el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. La evidencia muestra que este tipo de intervenciones son una excelente inversión económica, dado que, si se realizan tempranamente, pueden disminuir la necesidad de tratamientos más costosos y poco accesibles. Además que estas medidas pueden aplicarse en contextos con distintos niveles de recursos. Para conseguir el máximo efecto, hay que formular políticas públicas saludables que promuevan la prevención y el control de estas enfermedades, así como reorientar los sistemas de salud para que cubran las necesidades de las personas que las sufren. (27)

Los países de ingresos bajos suelen tener una baja capacidad de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. En los países de ingresos altos, la probabilidad de acceder a los servicios de ECNT, cubiertos por un seguro de salud, es casi cuatro veces mayor que en los países de ingresos bajos. Los países con una cobertura insuficiente de seguros de enfermedad, difícilmente pueden ofrecer acceso universal a intervenciones esenciales contra las ECNT.

Respuesta de la Organización Mundial de la Salud

El Plan de Acción 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, está respondiendo con medidas a reducir los factores de riesgo asociados a las ECNT tales como:

1. La aplicación por los países de las medidas contra el tabaco establecidas en el *CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO*, puede reducir considerablemente la exposición del público al tabaco.
2. La *ESTRATEGIA MUNDIAL DE LA OMS SOBRE RÉGIMEN ALIMENTARIO, ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD*, tiene como objetivo promover y proteger la salud haciendo que las comunidades reduzcan la morbilidad y la mortalidad asociadas a las dietas malsanas y la inactividad física. (29,32)

Plan de acción para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles.

La *ESTRATEGIA MUNDIAL DE LA OMS PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL* señala posibles medidas y áreas prioritarias de acción para evitar que las personas usen el alcohol de forma nociva.

La *ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES* para el 2012-2025 de la OPS, tiene cuatro líneas estratégicas:

1. Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ECNT.
2. Identificación y control de los factores de riesgo y factores protectores de las ECNT.
3. Respuesta de los sistemas de salud a las ECNT y sus factores de riesgo y
4. Vigilancia e investigación de las ECNT.

Este plan propone acciones a nivel regional y nacional. En todas las actividades se hace mención a iniciativas y mecanismos multisectoriales para fomentar y coordinar la participación de actores claves en la acción de la sociedad y de gobierno. Las acciones propuestas se centran en las cuatro ECNT que representan la mayor carga de enfermedad en la región: enfermedades cardiovasculares –ECV-, cáncer, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas, así como en sus cuatro factores de riesgo comunes conocidos: consumo de tabaco, régimen alimentario poco saludable, inactividad física y consumo de alcohol, y en los factores biológicos de riesgo relacionados: hipertensión e hiperglucemia.

Al mismo tiempo, en el plan se tienen en cuenta importantes comorbilidades, como sobrepeso y obesidad, trastornos de salud mental -especialmente depresión y demencia-, enfermedades bucales y nefropatías, que afectan aún más la calidad de vida y aumentan la complejidad del problema. (30-32)

Climaterio y Menopausia.

Síndrome climatérico.

Generalidades.

El climaterio se define como la etapa de la vida en la mujer, caracterizada por cambios biopsicosociales originados como consecuencia del declinar de la función ovárica, en tanto que menopausia solo significa la última menstruación espontánea que ocurre en condiciones fisiológicas durante el climaterio. En la actualidad se acepta que debe transcurrir un año, a partir de la fecha de la última menstruación, para considerar que la mujer se encuentra en un estado postmenopáusico fisiológico verdadero. En esta etapa en el organismo se producen diversos cambios fisiológicos, algunos de ellos resultantes del cese de la función ovárica y otros debidos al proceso de envejecimiento. (3, 7, 11)

Por necesidades clínicas el climaterio se ha dividido así: climaterio temprano de los 35 a los 45 años; peri menopausia de los 46 a los 55 años y el climaterio tardío de los 56 a los 65 años. La menopausia ocurre a una edad mediana de 51 años. Posiblemente la edad se encuentre establecida de manera genética y no parece relacionarse con la raza o el estado nutricional. También ocurre antes en las fumadoras, en algunas mujeres sometidas a histerectomía, así como en mujeres nulíparas. (24, 25, 31)

Fisiología.

Durante la vida sexual de la mujer, unos 400 folículos primordiales se desarrollan en folículos vesiculosos y ovulan en tanto que literalmente miles de óvulos degeneran. Poco después de los 35 años el ovario disminuye de tamaño, por lo que contiene una menor cantidad de ovocitos y folículos primordiales, todos los tejidos pélvicos sufren cambios atróficos, las trompas de Falopio se atrofian, se acortan y adelgazan; así también el cérvix y el endometrio se adelgaza, el epitelio de la vagina se vuelve menos rugosa, más estrecha y seca y disminuyen las bacterias de la flora bacilar normal productoras de ácido láctico, lo que contribuye a un aumento de infección. (4, 9, 15, 21, 24)

El climaterio es un período de transición en el que se produce alteraciones en diversos niveles, aparatos y sistemas, lo que obliga a una readaptación de todas las funciones. El patrón hormonal del climaterio consiste en un descenso de los niveles de estrógenos y aumento de los niveles de gonadotrofinas. (18, 20)

Los principales acontecimientos que condicionan el climaterio son:

a) Agotamiento o ausencia de los folículos primordiales de los ovarios, capaces de responder a estímulos de las hormonas, estimulante del folículo –FSH- y hormona luteinizante –LH-.

b) Como consecuencia de lo anterior, la secreción ovárica de estrógenos se vuelve insignificante. El 17 estradiol -el más importante estrógeno ovárico- desciende de 7 a 8 veces menos de lo normal. Las mujeres en climaterio y menopausia siguen teniendo niveles perceptibles de estradiol en un 5% por la conversión periférica de testosterona y estrona, pero este descenso produce la sintomatología vasomotora y cambios en el perfil lipídico evidente en esta etapa de la mujer.

c) Los ovarios de mujeres posmenopáusicas continúan secretando andrógenos - androstenediona y testosterona-, producida en el estroma ovárico y en las células de la teca. La suprarrenal, también aporta andrógenos para la conversión periférica de androstenediona a estrona, la cual pasa a ser el estrógeno más importante en esta etapa.

d) Disminuye la producción de progesterona, lo cual afecta órganos como el endometrio y la mama.

e) Se elevan las hormonas gonadotropas hipofisarias, FSH y LH. Este incremento, está condicionado por la pérdida del efecto “feedback” negativo, que los estrógenos y la progesterona ejercen sobre la liberación de estas dos hormonas. También la hormona Inhibina, secretada simultáneamente con las hormonas sexuales esteroideas por las células del cuerpo lúteo, reduce la secreción de FSH por la hipófisis anterior y en menor grado la de LH.

El acontecimiento más importante del climaterio, es el descenso de la producción de estrógenos, la mayoría de los efectos y sintomatología percibida por la mujer, son consecuencia de este descenso. (2, 9, 18, 24, 30)

Sintomatología.

Existen tres componentes que condicionan los síntomas de la mujer durante el climaterio y la disminución de la actividad ovárica con deficiencia hormonal posterior, esto trae como consecuencia:

Síntomas vasomotores: Mejor conocidos por bochornos, se definen como la presencia de calores intensos que asciende desde el tórax al cuello y a la cara y va seguida de sudoración y en ocasiones se acompaña de enrojecimiento. Tienen una duración variable, entre unos segundos y una hora. Su frecuencia varía, entre dos o tres al día, pero varía de una mujer a otra. La aparición de estos trastornos durante la noche

provoca fatiga e insomnio. Estos síntomas dependen del nivel de hormonas, la dieta, estilos de vida y ejercicio.

Trastornos menstruales: Qué van desde la irregularidad en la menstruación hasta amenorrea, se producen en el 90% de las mujeres durante los cuatro años de transición previos a la menopausia.

Síntomas locales en el aparato genital: El ovario se vuelve más pequeño y fibroso, la vagina se acorta y se adelgaza la pared, a la vez que desaparece parte de la secreción vaginal con una sensación de “vagina seca”. La grasa de la zona vulvar -labios mayores y menores- disminuye, así como el vello del pubis. Estos cambios pueden afectar los medios de sustentación de los órganos pélvicos, por lo que pueden identificarse infecciones urinarias a repetición, prolapsos uterinos de vejiga o recto, dispareunia, ardor vulvar entre otros.

Cambios cutáneos: Un factor de primera importancia, podría ser la capacidad de los estrógenos tanto para prevenir, como para restaurar la pérdida de la colágena cutánea relacionada con la piel. (7,9 13, 24)

Trastornos tardíos: También existen otro tipo de síntomas que se manifiestan algunos años después del cese de la menstruación, denominados tardíos. Entre estos:

Osteoporosis: Es producida por la osteopenia que se produce por la pérdida de los minerales óseos. Se caracteriza por datos radiológicos de descalcificación, disminución de estatura, fracturas, especialmente en cadera, columna vertebral y muñeca. Esta aceleración de la pérdida de hueso se prolonga durante un período de ocho a diez años después de la menopausia. (14, 18)

Trastornos cardiovasculares: La enfermedad cardiovascular, entre ellas; la arteriopatía coronaria y enfermedad vascular cerebral es causa de muerte en las mujeres y de morbilidad, pues una mujer de cincuenta años tiene una probabilidad de 46% de presentar cardiopatía y un 33% de morir por ellas. (6, 19)

El responsable del aumento del riesgo de enfermedad vascular es el colesterol, las mujeres tienen los niveles más bajos que el hombre antes de la menopausia y se incrementa con la edad más que en el hombre. Este aumento es producido por un aumento de las lipoproteínas de baja densidad –LBD- y de intermedia densidad –IDL- debido a la deficiencia de estrógenos. (24, 26)

Factores psicológicos: Hay diversos síntomas relacionados con la menopausia entre estos tenemos depresión, disminución de la confianza, dificultad en la toma de decisiones, ansiedad e irritabilidad, dificultad de concentración, fatiga, dorsalgia baja, dolor mamario, disminución de la libido unas veces y aumento otras. Otros síntomas relativamente frecuentes son las cefalalgias, parestesias, insomnio, dolores sin causas orgánicas. (18, 22, 24)

Entorno sociocultural: Las consecuencias de la menopausia varían según la estructura política, económica de cada sociedad y las condiciones de vida de cada mujer de toda edad, inclusive su acceso a la atención sanitaria. La baja autoestima se debe a las sociedades machistas que crean la imagen desde muy temprana edad, con desvalorización hacia la mujer, por lo que dentro de algunas mujeres existe un sentimiento de inferioridad transmitido culturalmente de generación en generación. Se ha demostrado que tener un estereotipo negativo antes de la menopausia, aumenta el riesgo de depresión en esta etapa de la vida. (11, 22)

Muchas mujeres pueden considerar la menopausia una transición entre la madurez y la senectud. Aunque algunas pueden esperar esta época con placer, como un tiempo de libertad relativa de preocupaciones, como embarazo no deseado y tensión de la crianza de los hijos, pero otras pueden sentir que la belleza física ha disminuido, se ha acabado la capacidad reproductiva, los hijos han comenzado a hacer su propia vida, su pareja posiblemente esté ocupado en diversas actividades laborales que le consumen tiempo, han dejado años de asistir a la escuela o no se han preocupado o tenido la oportunidad de hacerlo, dificultando así su competencia laboral, lo que las coloca en riesgo de depresión, ansiedad o tristeza. (11, 16, 17, 24)

Calidad de vida de la mujer en el climaterio o menopausia: aspectos conceptuales

Muchas mujeres se desaniman al ver que han llegado a esta etapa, creyendo que ya no tienen nada que aportar a la sociedad o al hogar. Se les hace pensar que ya es “demasiado tarde” para plantearse nuevas metas en la vida; incluso, se disponen a esperar un rápido deterioro de su estado físico, intelectual y emocional; consideran que pronto se volverán emocionalmente inestables y achacosas. El enfoque y gravedad en que estos cambios son percibidos como pérdidas o ganancias, que se acompañan o no de síntomas psicofísicos, pueden favorecer o no el desarrollo personal de la mujer y están profundamente entrelazados con definiciones y prejuicios culturales.

El concepto de “Calidad de Vida” -CV- ha evolucionado desde una concepción sociológica hacia una perspectiva psico-socio-cultural. Ambas posiciones se unen en la definición de CV sostenida por la OMS, como la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive, con respecto a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. (8,9)

La CV se valora en función de la capacidad para lograr actividades valiosas, productivas, que integran a la mujer en su entorno de forma positiva y armónica. La autodeterminación tiene un lugar principal en este concepto. La multidimensionalidad del concepto de CV es ampliamente reconocida. La OMS definió 6 extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la CV: el área física, la psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Cuando una enfermedad afecta a un individuo, el deterioro no sólo lo compromete física o emocionalmente sino que también puede modificar su capacidad económica, las relaciones con su entorno, sus valores religiosos o políticos. Así surgió la necesidad de componer el término de “Calidad de Vida Relacionada Con La Salud” –CVRS-, que ha sido definido como “el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud”. (9, 10,14)

Mediante el CVRS se evalúa el impacto de la enfermedad, condición o trastorno en la vida de la persona. Para comprender qué repercusión tiene y cuáles son los aspectos involucrados, las evaluaciones físicas son insuficientes. Este enfoque aplicado en la medicina, resalta la relevancia de la práctica centrada en las necesidades del paciente. (15)

La utilidad de la valoración de la CVRS se resume en: contribuir al conocimiento más preciso del impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes, mejora el diagnóstico clínico y a individualizar y priorizar los tratamientos, es un indicador de resultado útil para evaluar la eficacia de un tratamiento determinado, son instrumentos de monitoreo de tratamientos, puede contribuir a mejorar la relación médico-paciente, mejora la adhesión al tratamiento, los beneficios obtenidos como consecuencia de las intervenciones sanitarias, se valoran teniendo en cuenta la mejoría de la CVRS. (6,11)

Específicamente durante el climaterio, se sabe que las consecuencias del hipoestrogenismo por el cese de la función ovárica, pueden influir en grado variable sobre la calidad de vida de la mujer menopáusica y esto debe ser valorado.

Factores socioculturales y biológicos que influyen en la calidad de vida de la mujer menopáusica.

La menopausia es un fenómeno bio-socio-cultural: en la expresión de su vivencia interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan su impacto en la CV de la mujer. Cuando se compara la experiencia del climaterio en mujeres de diferentes ambientes, se observa considerable variabilidad en la manifestación de su experiencia y en la incidencia de la mayor parte de los trastornos relacionados con esta etapa.

Para algunas culturas, la menopausia confiere beneficios y las mujeres esperan con agrado su aparición; mientras que para otras es un estigma, algo que no se debe ni nombrar por la carga emocional negativa que implica. Por lo tanto, no sólo es importante identificar la presencia de alguno de los síntomas menopáusicos, sino también identificar la apreciación subjetiva de la mujer, quien determinará si se ve afectada o no su CV por ellos. (12-15)

En los últimos años algunos estudios biomédicos comenzaron a mostrar cómo se manifiesta la mujer en esta etapa de su ciclo vital de acuerdo a la estructura y significado de las distintas culturas. Se concibe a la menopausia como un proceso, una fase vital femenina de transición, entre la edad media de la vida y la vejez. En ella, las modificaciones adquieren sentido sólo acorde a un contexto social y cultural determinado, en un momento histórico dado. (17-18)

Esta visión destaca los cambios en relación con la valoración de la fertilidad, los roles reproductivos, los patrones familiares y de parentesco, la valoración diferencial de género, entre otros, sin descuidar la variabilidad que existe al interior mismo de cada grupo. (18, 23)

Otros factores, para comprender el amplio rango de conductas y expresiones de síntomas de una cultura a otra, son: la dieta, el clima, el patrón de menstruaciones mensuales, la historia del ciclo reproductivo, incluyendo el embarazo y la lactancia. Es importante el impacto de la menopausia en el cambio de roles sociales de la mujer, que se pueden asociar a cambios de posición social. (16)

Las primeras investigaciones que focalizaban en las diferencias, a través del estudio de listas de síntomas e índices de actitud comienzan a plantear la inexistencia de manifestaciones sintomáticas en algunos grupos (22,29).

La antropóloga Margaret Lock, especula que los síntomas asociados con la menopausia, pueden estar contruidos culturalmente o basados en la genética. Es decir, pueden ser biológicamente experimentados, pero no percibidos o elaborados culturalmente o pueden no estar físicamente presentes, incluso ni ser reconocidos ni experimentados. (20,21)

Por ejemplo, la cesación de la menstruación no es para algunas culturas el momento a partir del cual la mujer considera que ha entrado en la menopausia. En Japón es vista como un complejo conjunto de cambios fisiológicos ligados al envejecimiento, entre los que puede encontrarse la amenorrea, pero la mujer japonesa puede no haber menstruado por más de 12 meses y no percibir el proceso menopáusico. (21)

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

Evaluación de la calidad de vida en la menopausia.

El interés por la calidad de vida ha existido de tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto y la preocupación por la evaluación sistemática del mismo se remonta a la década de los 50's-60's en ciencias sociales. En la actualidad la calidad de vida se expresa en la interacción de la calidad de las condiciones de vida, con la satisfacción y los valores personales. Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con la calidad de vida, varía en función de la etapa evolutiva y la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. (15,19)

Los síntomas producidos por el cese de la función de los ovarios además de incrementar el riesgo de sufrir enfermedades crónicas como se expresó anteriormente, deterioran la calidad de vida. Se han diseñado varios test que buscan relacionar la sintomatología de esta etapa con la calidad de vida. Desde hace varios años se vienen desarrollando un gran número de instrumentos de CVRS que, en forma de cuestionarios, intentan asignar un valor a ese concepto abstracto y subjetivo. (22)

Las medidas de CVRS tienden a enfocarse en las disfunciones de los individuos para medir sus efectos. Para ello, los cuestionarios de CVRS proveen de manera sistemática una serie de preguntas que cubren posibles áreas de disfunción. Se evalúa la frecuencia y la importancia de cada ítem para establecer en qué medida es un problema; se aplican escalas de tipo Lickert para registrar las respuestas. Las preguntas son específicas en relación con el tiempo. Estos instrumentos miden el cambio percibido por los pacientes en el tiempo. (19,26)

Hilditch y Col. propusieron un acercamiento diferente, orientado a la CVRS desde su inicio. Para ello estos investigadores presentaron a 88 mujeres climatéricas, un listado de 106 síntomas, a fin de que eligieran los que consideraban relacionados de manera clara con su climaterio. De esta forma se incorporó la percepción de la paciente, un requisito básico en las valoraciones de la calidad de vida. El instrumento llamado "calidad de vida en mujeres en menopausia" (MENCAV), evalúa 4 áreas o dimensiones: salud física, psíquica, sexual, relación de pareja y soporte social. El resultado es un instrumento especialmente diseñado para evaluar la CVRS en el climaterio o menopausia, desde la perspectiva propia de las mujeres. Este cuestionario ha demostrado poseer todas las cualidades psicométricas necesarias: fiabilidad, validez y sensibilidad.

Terapia de reemplazo estrogénica.

La Terapia de Reemplazo Estrogénica –TRE- proporciona evidentes beneficios en cuanto al alivio de los síntomas durante el climaterio, además se produce una mayor esperanza de calidad de vida, también se ha reportado que constituye una profilaxia contra la osteoporosis y contra enfermedades cardiovasculares. (21, 26)

Para la valoración clínica, se realiza un estudio integral para el climaterio y la menopausia que consiste en:

- Evaluación hormonal
- Evaluación ósea
- Evaluación cardiovascular
- Evaluación bioquímica
- Evaluación oncológica
- Evaluación general y nutricional. (25)

Existen diversos esquemas de tratamiento para el síndrome climatérico, que pueden ser dirigidos según la sintomatología que presente la paciente con menopausia precoz, menopausia que aparece en el momento esperado, o bien para tratar síntomas tardíos de vaginitis senil o uretritis y los específicos para osteoporosis. (24, 27)

Existen tres tipos de estrógenos disponibles: Los fisiológicos -estradiol, estrona y estriol-; naturales conjugados que contienen como principales componentes los sulfatos o ésteres de estrona, equilina y equilenina; los sintéticos -etinilestradiol, mestranol y dietilestilbestrol-. (10, 24)

También fármacos no hormonales son necesarios como el calcio, fluoruro, calcitrol y calcitonina, difosfatos para la osteoporosis, en especial etidronato y alendronato.

Las vías de administración de la TRE son varias, las más usuales son: la vía oral, transdérmica y parenteral en ese orden, también geles percutáneos, implantes.

Los beneficios de la TRE se justifican por la prevención de la osteoporosis, reducción de enfermedades cardiovasculares, la considerable reducción en el alivio de los bochornos, sudoración, restauración de la libido, las relaciones sexuales placenteras por una nueva lubricación vaginal inciden en el estado psicológico de una manera positiva. (5, 22, 26)

Mejorar la calidad y expectativa de vida en el climaterio.

Los fundamentos de la *promoción de la salud* están comprendidos en los principios de *salud para todos* de la OMS: *agregar vida a los años, no años a la vida*. Hasta el momento actual el énfasis se ha puesto en la cantidad de vida y no en una preocupación por la calidad de la misma. Los sistemas de salud hasta ahora implementados son básicamente asistencialistas y no consideran la contención global de la mujer de edad avanzada.

Casi todos los recursos se gastan en atención hospitalaria e institucional y se presta poca atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad y discapacidad. Además los servicios de salud se desvinculan de los servicios sociales, cuando el objetivo final debe ser mantener al mayor número de la población femenina en esta etapa, gozando de una óptima calidad de vida, el mayor tiempo posible.

No obstante, cada vez más profesionales de la salud son conscientes de que uno de los objetivos principales de las intervenciones médicas y de la tecnología es mejorar la calidad de vida de los pacientes. Intensificar la calidad de vida es tan importante como otros muchos objetivos de la salud y cuidados médicos, tales como prevenir complicaciones, proporcionar atención humanística y prolongar la vida con calidad. (22, 25,26)

En un estudio donde se utilizó el cuestionario genérico SF-36 en mujeres menopáusicas sintomáticas, se observó un importante deterioro en la calidad de vida de las mismas. El uso de la terapia estrogénica se asoció con una significativa mejoría de la calidad de vida de estas mujeres.

En el 2010 un análisis secundario, se evaluó el impacto de la terapia estrogénica en la calidad de vida de 2763 mujeres postmenopáusicas con enfermedad coronaria. Los autores encontraron que en las mujeres con síntomas menopáusicos, la terapia mejoraba la calidad de vida -dominio emocional- mientras que en aquellas mujeres asintomáticas, la terapia afectó adversamente la misma -dominio físico-. (21)

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

El uso de terapia estrogénica puede resultar de manera significativa en beneficio de la salud, pero el beneficio total sólo se alcanza si la mujer se adhiere al tratamiento a largo plazo; por lo tanto, es importante la individualización terapéutica en cada mujer en particular. La adhesión a la terapia se incrementa, sí el tratamiento es bien tolerado, fácil de administrar, efectivo, de bajo riesgo y no produce sangrados o los mismos son escasos. El sangrado es la principal causa de abandono de la terapia, logrando un mejor control del patrón de sangrado, se puede generalmente mejorar la continuidad del tratamiento.

Los nuevos regímenes de terapias estrogénicas en bajas dosis, han demostrado ser útil para su uso a largo plazo, debido a la menor incidencia de efectos adversos, que los observados con las dosis convencionales, con eficacia comprobada.

En un estudio internacional realizado en 3 países europeos -Francia, Alemania y Reino Unido- se investigó cuáles eran las expectativas de las mujeres con relación a la terapia estrogénica. Casi 2000 mujeres entre 48 y 55 años completaron un cuestionario y 100 mujeres de cada país fueron entrevistadas. Del análisis de los datos, resultó que el 72% de las mujeres, no utilizaba terapia estrogénica. La razón principal de esto, fue la falta de prescripción médica, dado que los médicos de los países investigados no mencionaban ni recomendaban el uso de la misma. Se observaron algunas diferencias culturales entre los países participantes. (26)

Por ejemplo, en el Reino Unido 10% de las mujeres no utilizaba terapia por percibir que está contraindicada, mientras que para las francesas esta causa representaba el 20% y entre las alemanas alcanzó el 23%. El temor por los efectos adversos fue más comúnmente observado en Alemania 20%, seguido del Reino Unido 14% y mucho menos en Francia. (21)

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

Es importante, para no correr el riesgo de medicalizar innecesariamente la menopausia, identificar la percepción subjetiva y actitud de la mujer hacia su salud, su ciclo reproductivo, la menstruación, la fertilidad y el envejecimiento.

Las evaluaciones de calidad de vida representan la perspectiva y experiencia de la mujer en la menopausia, son útiles para comprender y precisar las necesidades de acuerdo a los aspectos afectados. Las TRE son una alternativa para mejorar la calidad de vida de mujeres con síntomas que interfieren en su vida cotidiana. Hay fuertes evidencias bibliográficas que la TRE mejora la calidad de vida de la mujer climatérica sintomática, no obstante su utilización mantiene aspectos controversiales.

El tratamiento hormonal, cuando esté indicado, debe formar parte de una asistencia integral que contemple la influencia de los factores psicológicos, sociales y culturales en esta etapa de transición del ciclo vital y aporte estrategias de afrontamiento adecuado y oportuno que mejore la capacidad de las mujeres para el desarrollo de sus vidas.

Las pautas recomendadas y orientadas a controlar los factores de riesgo que pueden llegar a desencadenar trastornos importantes en la menopausia son por ejemplo:

- Realizar ejercicio físico de forma regular.
- Realizar los ejercicios diariamente para fortalecer los músculos de la vagina y la pelvis.
- Suprimir hábitos tóxicos como el tabaco o el alcohol.
- Controlar la obesidad -disminuir ingesta calórica, aumentar ingesta de calcio-.
- Evitar la hipertensión arterial -control del peso, dieta, ejercicio físico, supresión del tabaco y tratamiento médico si fuera necesario-.
- Control del colesterol -dieta equilibrada baja en colesterol y rica en calcio-. El requerimiento de calcio al día en mujeres post-menopáusicas es de 1500 mg/día.
- Practicar respiraciones lentas y profundas cada vez que se comience a presentar un sofoco, -tratar de tomar 6 respiraciones por minuto-
- Permanecer sexualmente activa.
- Terapia de reemplazo estrogénica cuando esté indicado. (22,25)

VI. Antecedentes.

Las enfermedades no transmisibles son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas. Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico. (4, 5)

Las ECNT matan a más de 36 millones de personas cada año. Casi el 80% de las defunciones por ECNT -29 millones- se producen en los países de ingresos bajos y medios. Más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ECNT, 17,3 millones cada año, seguidas del cáncer -7,6 millones-, las enfermedades respiratorias -4,2 millones-, y la diabetes -1,3 millones-. Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 80% de las muertes por ECNT. (24,27)

El 25 de agosto 2009, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala – MSPAS-, a través del Programa Nacional de Enfermedades Crónicas y con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS- y del Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá –INCAP-dio a conocer el informe sobre la situación epidemiológica de las enfermedades no transmisibles en el país, se identificó que cuatro factores de riesgo son los responsables de la ECNT: el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas. (27,29)

Uno de los fenómenos más importantes en la vida de la mujer es el referente al climaterio y menopausia, siendo un período en el que tiene lugar la desaparición de la función reproductiva, cambios en la secreción de hormonas sexuales, síntomas vasomotores, ansiedad, depresión, alteración en el perfil lipídico, así como alteraciones menstruales.

En el año 1,990 se había calculado en el mundo 467 millones de mujeres en climaterio y menopausia. Se estima que esa cifra aumentará rápidamente en los próximos 40 años hasta situarse en 1,200 millones de mujeres en climaterio o menopausia en el año 2,030. (31,32)

Aunque la esperanza de vida al nacer varía considerablemente de un país a otro, es muy parecida en todo el mundo para las mujeres que llegan a los 50 años. Por tanto en la actualidad, la sobrevivencia de la mujer se ha prolongado y se vive en un estado de “postmenopausia” aproximadamente entre 35 y 30 años, es decir, alrededor de la tercera parte de la vida. (11,12)

El estudio SWAN -*Study of Women's Health Across the Nation*- en el cual se incluyeron 14,906 mujeres de distintos grupos étnicos de los Estados Unidos, encontrando mayor sintomatología psicosomática, ansiedad y depresión entre las mujeres caucásicas, mientras que los grupos afro-americanos se identificaron mayores síntomas vasomotores.

El estudio denominado *Melbourne Women's Midlife Health Project*, que incluyó en la primera etapa 2001 mujeres con edades entre los 45 y 55 años y 438 en la etapa de seguimiento que duró 9 años, encontró entre los síntomas más específicamente relacionados a los cambios hormonales de la menopausia, a los vasomotores, el insomnio y la sequedad vaginal. La respuesta sexual también se vio afectada negativamente por la edad y la menopausia. El estado de ánimo, la auto-evaluación del estado de salud y los sentimientos de satisfacción con la vida no estuvieron directamente asociados a la menopausia sino indirectamente amplificando el efecto de las variables psicosociales, del estilo de vida y de actitudes previas, es decir, la influencia del contexto sociocultural. (25)

Un estudio realizado en Ecuador en 2011, en un grupo de mujeres de bajo nivel socioeconómico, encontró como indicadores más frecuentes en la menopausia: dificultad para concentrarse, sentimientos de infelicidad o malestar, dolor de cabeza y síntomas vasomotores en esta etapa de la edad. (22)

La calidad de vida incluye no solo aspectos relacionados al estado clínico de los pacientes sino otros, como la capacidad de funcionar con autonomía y realizar actividades con independencia.

Los primeros estudios de calidad de vida y menopausia comenzaron en los inicios de la década de los 90. Numerosos autores han demostrado la mejoría de la calidad de vida con la terapia, utilizando tanto cuestionarios genéricos como específicos. Incluso usando escalas únicamente psicológicas y de sueño se ha demostrado el efecto beneficioso de la terapia. (16, 23,26).

Desde 1978 se ha incorporado la terapia de reemplazo estrogénica en las mujeres en etapa de climaterio o menopausia, bajo teorías que disminuye los síntomas vasomotores y posee un efecto cardíaco protector, pero estudios recientes discuten sobre el riesgo-beneficio de la terapia estrogénica a largo plazo, ya que sí disminuye los síntomas vasomotores pero no tiene ningún efecto cardíaco protector y aumenta el riesgo de algunos cánceres dependientes de estrógenos.

V. Justificación

La menopausia se define como el cese de la menstruación en el período de un año, debido a disminución o cese de los estrógenos circulantes. Este estado de hipoenestrogenismo, causa efectos secundarios en la mujer, como ansiedad, depresión, calores, sudoración, taquicardia, cambios de humor entre otros, que pueden alterar su calidad de vida.

En América Latina el estudio sobre la calidad de vida de las mujeres en climaterio y menopausia con o sin uso de terapia de reemplazo estrogénica, ha sido escasa y se sitúa en la década del '90 el inicio del estudio con una perspectiva sociocultural. Los reducidos datos de los países latinoamericanos no permiten hacer muchas inferencias y es importante estudiarlas.

El tema de calidad de vida de la mujer en climaterio y menopausia, es un tema poco estudiado en nuestro medio pero importante de investigar, ya que la mujer en esta etapa de la vida aún es productiva social y sexualmente. La mujer es el pilar de la familia y la familia un componente primario de la sociedad, por lo que mantener a la mujer en bienestar físico y psicológico es vital.

La valoración del estado de la salud en la mujer en climaterio y menopausia se ha realizado tradicionalmente por parámetros objetivos clínicos y de laboratorio, dejando a un lado la perspectiva de la mujer y de su propio estado de salud, el cual fue incorporando desde 1994 por la OMS en la definición de calidad de vida, es decir, la percepción que posee el propio individuo sobre su estado de salud, incorporando aspectos biopsicosociales.

El estudio se realiza en mujeres provenientes de un estrato socioeconómico -medio-bajo- y con acceso diferenciado a la terapia de reemplazo estrogénica. Identificando algunos factores que pudieran relacionarse o predecir la calidad de vida de las mujeres en climaterio y menopausia, ya que la calidad de vida es multifactorial es importante identificar la dimensión más relacionada con la calidad de vida de la mujer, que proporción de mujeres utiliza o no la terapia de reemplazo estrogénica, con el fin de orientar de mejor forma la terapia de reemplazo estrogénica y abordaje de las mujeres en esta época de su vida, brindándoles un tratamiento especializado e integral.

VI. Objetivos de la Investigación.

Objetivo General:

Determinar la relación del uso o no de la terapia de estrogénica con la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y la menopausia, consultantes al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt Guatemala, Diciembre 2013 a abril 2014.

Objetivos específicos

En las mujeres en climaterio y menopausia, consultantes al Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt, Guatemala:

1. Establecer la dimensión más relacionada con la buena calidad de vida en la mujer durante el climaterio y la menopausia: salud física, salud mental, relación sexual, relación de pareja, soporte social.
2. Calcular el porcentaje de mujeres en climaterio y menopausia que utilizan o no, terapia de reemplazo estrogénica, natural o medicamentosa
3. Identificar la relación del uso o no de terapia estrogénica en la calidad de vida de la mujer en climaterio o menopausia.

VII. Diseño de la Investigación

Metodología

Diseño del estudio

Descriptivo y transversal.

Población:

- Mujeres de 40 a 60 años en climaterio y menopausia, consultantes al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, en los meses de Diciembre 2013 a abril 2014.

Muestra:

- No se calculó muestra ya que se tomó al total de la población que consultó en los meses de diciembre 2013 al mes de abril del año 2014.
- La selección de la muestra se realizó por un muestreo aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

- Mujeres en período de climaterio y menopausia, de 40 a 60 años.
- Mujeres con uso o no de terapia estrogénica.
- Mujeres con uso de terapia estrogénica natural o medicamentosa.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no desearon ser parte del estudio.
- Mujeres en tratamiento de problemas psiquiátricos.
- Mujeres con otras comorbilidades que afectaran la calidad de vida

Tabla 1. Conceptuación y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable/escala de medición	Indicador
Factores relacionados en la calidad de vida	Conjunto de fenómenos, características o aspectos que intervienen en la calidad de vida de la mujer. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad De la variación o de los cambios.	Se obtuvo de la boleta de recolección de datos	Cualitativa Nominal Cualitativa Ordinal Cualitativa Nominal Cualitativa Ordinal	Terapia de reemplazo estrogénica <ul style="list-style-type: none"> • Asociado • No Asociado Nivel socioeconómico. <ul style="list-style-type: none"> • Índice Medio • Índice Bajo • Índice Pobreza Estilo de vida. <ul style="list-style-type: none"> • Sedentario. • Activo. Escolaridad. <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta. • Primaria. • Secundaria. • Básicos. • Universidad
Calidad de vida en la menopausia y climaterio	Es el bienestar social general de la mujer en climaterio o menopausia.	Se utilizó el instrumento de MENCAV. Buena salud física y psíquica: menos o igual a 18 puntos. (9 preguntas, 2 puntos cada pregunta). Buena salud sexual: menos o igual a 8 puntos. (4 preguntas, 2 puntos cada pregunta).	Cualitativa Ordinal	Siempre (5) Casi siempre (4) Algunas Veces.(3) Muy pocas veces.(2) Nunca (1)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable/escala de medición	Indicador
		Buena relación de pareja: 16 a 20 puntos. (4 preguntas 5 ó 4 puntos cada pregunta). Buen soporte social: 45 a 36 puntos. (9 preguntas, 5 o 4 puntos cada pregunta)		
Menopausia	El cese permanente de la menstruación y con correlaciones fisiológicas, por la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular. Es un proceso lento y largo de envejecimiento reproductivo. Más de un año de no tener menstruación.	Los datos se tomaron de la boleta de recolección de datos.	Cualitativo Nominal	Presente Ausente
Climaterio	Inicio de síntomas vasomotores en las mujeres con irregularidad del ciclo menstrual.	Se tomaron de la boleta de recolección de datos	Cualitativo Nominal	Presente Ausente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable/escala de medición	Indicador
Terapia de reemplazo estrogénica	Tratamiento que aporta estrógeno a la mujer para ayudar con los síntomas de la menopausia. La terapia de reemplazo hormonal es un tratamiento con hormonas, ya sea estrógeno solo o en combinación con progesterona, que se administra con el fin de elevar sus niveles, los cuales disminuyen con la menopausia.	Se tomaron los datos de la boleta de recolección de datos	Cualitativo Nominal	Natural. Hormona sintética. Combinada.
Uso de terapia de reemplazo estrogénica	Uso de un tratamiento que aporta estrógeno o progesterona a la mujer para ayudar con los síntomas de la menopausia.	Se tomaron los datos de la boleta de recolección de datos.	Cualitativa Nominal	Si utiliza No utiliza
Efectos secundarios de la terapia de reemplazo estrogénica	Acción no deseada que produce la terapia de reemplazo en las mujeres que la utilizan regularmente.	Se tomaron los datos de la boleta de recolección.	Cualitativa Nominal	Si No

Etapas de la Investigación.

Primera etapa: Obtención de la aprobación institucional:

- Aprobación del tema y protocolo por la Dirección del Postgrado de Maestría de la Universidad Rafael Landívar
- Aprobación del protocolo de investigación por parte del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo de Canadá –IDRC-, ya que son los que financiaron el proyecto de investigación.
- Aprobación del tema y protocolo por parte de la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.
- Aprobación del protocolo por parte del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt.

Segunda etapa: Identificación de las participantes

- Se seleccionó el grupo de mujeres a participar de acuerdo a los criterios de inclusión anteriormente descritos.

Tercera etapa. Recolección de datos:

- Se pidió autorización del comité de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt y del Departamento de Ginecología y Obstetricia, para el aval institucional.
- Se realizó una prueba piloto con 10 mujeres, con el propósito de adecuar al contexto guatemalteco aquellas preguntas que no sean fácilmente comprensibles, se resolvieron dudas y se corrigieron los instrumentos, se midió el tiempo.
- Se identificó la población a estudiar en la consulta externa de Ginecología del Hospital Roosevelt, todos los días por la mañana y tarde, según los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos.
- La selección de la población se realizó por un muestreo aleatorio simple.
- Previo a la realización de la entrevista se solicitó consentimiento informado oral a las mujeres, con el fin de guardar la confidencialidad y anonimato de la misma, donde se explicó la finalidad del estudio, beneficios, riesgos y derechos que poseen en cualquier momento de la investigación, éste fue anónimo y tenía la opción de no participar en el estudio sin que esto afectara la atención brindada en el tratamiento de las mujeres.
- Se aplicó una encuesta específica para la población femenina en climaterio y menopausia para identificar la calidad de vida, ya validada y traducida al español

MENCAV (calidad de vida en la mujer en menopausia), la cual consta de 5 dimensiones: salud física, salud mental, relación sexual, relación de pareja y soporte social. (8)

- Las entrevistas fueron realizadas por un investigador principal y por un asistente para la investigación de lunes a viernes por la mañana y tarde, antes de la consulta con el Ginecólogo.
- El asistente de investigación fue contratado por 4 meses para la recopilación de datos en la consulta externa de Ginecología del Hospital Roosevelt, así como para ingresar la información en una base de datos. Se le capacitó en el mes de diciembre y se estandarizó la forma de obtener, recolectar e ingresar los datos. Las entrevistas se realizaron de lunes a viernes por la mañana y tarde antes de la consulta con el Ginecólogo.

Cuarta etapa: Tabulación y análisis estadístico

- Los datos fueron ingresados en REDCAP por la investigadora principal y por el asistente de investigación. Para asegurar la calidad de los datos se ingresarán de forma independiente, utilizando el método de doble ingreso de datos. Los datos fueron codificados para el ingreso y análisis de la información.
- El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS.
- Se realizó un chi cuadrado para identificar la significancia estadística al momento de relacionar variables cualitativas.
- Se utilizó el Chi cuadrado de MacNemar para evaluar a la población en dos momentos antes y después.
- Se utilizó la estadística descriptiva con cuadros y gráficas.
- Se calculó Odds Ratio, Intervalo de confianza 95% y significancia estadística.
- Se calcularon proporciones de las diferentes variables en estudio.
- Se utilizó una prueba de Omnibus sobre los coeficientes del modelo de regresión multivariada, para cada una de las dimensiones y las variables, para evaluar la significancia estadística del modelo de regresión.

Quinta etapa: Informe final y presentación de resultados

- Se elaboró el informe final.
- Se presentó el informe final a la Coordinadora de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Rafael Landívar, para aprobación.
- La diseminación de los resultados obtenidos se realizó en dos niveles: nacional e internacional.
- A nivel local se realizó con estudiantes, residentes y jefes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt en las presentaciones de postgrado, con estudiantes de pregrado y maestría en Salud Pública de la Universidad Rafael Landívar.

- En el MSPAS con actores claves que trabajan en programa orientados a la salud de la mujer.
- En la revista de la Asociación de Ginecólogos y Obstetras de Guatemala (ACOG) y en el Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Técnicas e Instrumentos

1. Se utilizó una encuesta para identificar información demográfica y ocupacional de la mujer e información sobre el uso de terapia de reemplazo estrogénica (apéndice B)

2. Se aplicó una encuesta específica para la población femenina en climaterio y menopausia para identificar la calidad de vida, ya validada y traducida al español MENCAV -calidad de vida en la mujer en menopausia-. MENCAV evalúa calidad de vida percibida por la propia mujer en la menopausia, con respecto a las molestias que ha presentado en el último mes, consta de 5 dimensiones: salud física, salud mental, relación sexual, relación de pareja, soporte social. Expresa la intensidad de los síntomas según una escala tipo Likert 1-5, donde 5 corresponde al valor máximo de significado negativo de la pregunta (apéndice A).

El tiempo medio aproximado del cuestionario es de 10 a 15 minutos. Este cuestionario es específico para la valoración de la calidad de vida de la mujer en la etapa del climaterio y menopausia, el cual está traducido al español. Sus siglas originales son MENQOL -Menopause Quality of Life-, siendo un instrumento válido, fiable y de rápida administración. El cuestionario fue anónimo.

3. Se evaluó la actividad física de la mujer por medio del Cuestionario de Actividad Física para Adultos Mayores -Vorrrips et al., 1991; apéndice B-. Este valora el nivel de actividad física, evalúa tres esferas: actividad regular desarrollada en el hogar, en el deporte y en el tiempo libre. Las actividades en el hogar están contenidas en 10 reactivos y se clasifica como: actividad liviana o pesada, cuyas respuestas van de cero a 3 y de nunca hasta siempre. La opción cero equivale a nunca o menos de una vez al mes.

La entrevista se realizó antes o después de la consulta con el ginecólogo, en un cuarto cómodo de la consulta externa de ginecología para guardar confidencialidad con la mujer.

Análisis de los datos:

- Para asegurar la calidad de los datos se ingresaron de forma independiente, utilizando el método de doble ingreso de datos. Los datos fueron codificados para el ingreso y análisis de la información.
- El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico STATA y SPSS versión 20.
- Se utilizó Chi cuadrado de Macnemar para identificar cambio en la calidad de vida antes y después del uso de la terapia de reemplazo estrogénica, así como Chi cuadrado para la relación entre variables cualitativas.
- Se realizó un análisis bivariado de las variables buscando significancia estadística por medio del Chi cuadrado, con SPSS.
- Se realizó un análisis multivariado, realizando una regresión logística con SPSS.
- Se calculó Odds Ratio, Intervalo de confianza 95% y significancia estadística.
- Se calcularon proporciones de las diferentes variables en estudio.
- Se utilizó una prueba de Omnibus sobre los coeficientes del modelo de regresión multivariada, para cada una de las dimensiones y las variables, para evaluar la significancia estadística del modelo de regresión.
- Luego del análisis de la información, la investigadora principal procedió a elaborar el informe final y a diseminar la información.

Limitantes del estudio:

- El presente estudio se realizó en población femenina consultante al Hospital Roosevelt y el tiempo de 4 meses de recolección de datos por lo que el estudio tiene como limitante el tiempo.
- Es un estudio de tipo transversal, con un grupo limitado de participantes en un tiempo definido por lo que no se pueden extrapolar los datos obtenidos.
- No se evaluaron factores asociados como: adherencia al tratamiento, nivel socioeconómico, creencias de la terapia, comorbilidad, entre otros, que pueden afectar la calidad de vida de la mujer en el climaterio y menopausia.
- No se pueden comparar los resultados del estudio, ya que no existen estudios, control sobre calidad de vida de la mujer en el climaterio y menopausia con nivel socioeconómico alto.

Resultados esperados, impacto y utilización.

1. Los resultados obtenidos se trasladaron a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), del área de Salud de la Mujer y al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, para que conozcan la problemática identificada, se formulen protocolos de atención y evaluación periódica de la calidad de vida en la población femenina.
2. Esta investigación constituye un aporte ante la ausencia de datos y estudios en el ámbito de calidad de vida en este grupo de mujeres -climaterio y menopausia-.
3. Se espera promover la implementación de estrategias específicas de prevención y promoción dirigidas a este grupo de población mediante protocolos de atención basados en evidencia.
4. No se cuenta con investigaciones que identifiquen la calidad de vida de la mujer en climaterio y menopausia sin uso de terapia de reemplazo estrogénica, ni estudios con población con bajo nivel socioeconómico como el que asiste al Hospital Roosevelt.
5. Identificando la calidad de vida de la mujer con el uso o no de terapia de reemplazo estrogénica se puede analizar si es necesario recetar como protocolo esta terapia en la mujer, por lo que se puede mejorar la práctica médica al individualizar su prescripción en este período.
6. Conociendo que la terapia de reemplazo estrogénica medicamentosa y natural tiene un costo entre los Q200.00 y Q.300.00 y siendo la población ginecológica que consulta al Hospital Roosevelt de un nivel socioeconómico bajo, es importante individualizar su uso y prescribirse cuando es necesario.

Consideraciones éticas de la investigación:

- El protocolo de investigación se presentó al Comité de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt.
- La entrevista fue anónima.
- La mujer pudo declinar a ser parte del estudio o a contestar las preguntas realizadas, sin que esto afectara la atención médica brindada a la mujer.
- Se solicitó consentimiento informado verbal.
- Se mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos.
- No se dañó la salud de la mujer en estudio.
- La mujer en estudio no tuvo ningún beneficio económico.
- Al identificarse algún grado de depresión en la mujer, por medio del test de MENCAV al momento de evaluar la dimensión de salud mental, esta fue referida a la clínica de salud mental del Hospital Roosevelt.

VIII. Material y Métodos.

El presente es un estudio descriptivo transversal, realizado en 260 mujeres de 45 a 65 años en etapa de climaterio y menopausia que utilizaban o no TRE natural o medicamentosa, consultantes a la consulta externa matutina y vespertina del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, Guatemala, en el período comprendido de diciembre 2013 al mes de abril 2014.

Se investigó de cada mujer variables sociodemográficas, como: edad, religión, procedencia, trabajo actual, escolaridad, religión e ingreso económico mensual.

A todas se les realizó un cuestionario (calidad de vida en menopausia MENCAV), para evaluar la calidad de vida tanto en la etapa del climaterio como en la de menopausia el cual consta de 35 preguntas, divididas en 5 dimensiones: salud física (9 preguntas), salud psíquica (9 preguntas), salud sexual (4 preguntas), sentimientos hacia la pareja (4 preguntas) y el soporte social (9 preguntas). Este es un instrumento específico para valorar la calidad de vida en climaterio y menopausia desde la perspectiva de la mujer (anexo 2).

Se evaluó la intensidad de las molestias o síntomas percibidos en cada área o dimensión, colocando una puntuación entre 1 (cuando nunca tenía la molestia) y 5 (cuando la molestia era siempre). Para identificar la dimensión más afectada en cada etapa se obtuvo un puntaje promedio de cada una, tomando en cuenta buena calidad las respuestas nunca y muy pocas veces (puntaje 1 y 2 puntos) de las dimensiones de salud física, psíquica y la sexual, para las dimensiones de sentimientos hacia la pareja y soporte social se tomaron las respuestas de siempre y casi siempre (5 y 4 puntos).

Se definió un puntaje global para cada área con el fin de clasificar buena calidad de vida en cada dimensión, se clasificó como buena calidad de vida las dimensiones salud física y psíquica si la puntuación obtenida era menor o igual a 18 puntos, ya que la opción nunca tenía un valor de un punto y muy pocas veces de 2 puntos. Estas dimensiones tienen un total de 9 preguntas. Para la dimensión sexual se clasificó como buena calidad de vida si la puntuación obtenida fue menor o igual a 8 puntos ya que fueron 4 preguntas en esta área. Para la dimensión sentimientos hacia la pareja, se clasificó como buena calidad de vida si respondió entre siempre (5 puntos) y casi siempre (4 puntos) a las preguntas, ya que éstas estaban redactadas en sentido afirmativo, por lo que sí obtenía un puntaje entre 16 y 20, se clasificaba como buena calidad de vida (4 preguntas). Por último, en la dimensión de soporte social cuyas preguntas también estaban redactadas afirmativamente, se clasificó como buena calidad de vida si la puntuación obtenida estaba entre 36 y 45 puntos, ya que se tomaron las escalas de siempre (5 puntos) y casi siempre (4 puntos), son 9 preguntas en esta dimensión. No se realizó un puntaje global para todo el cuestionario, si no para cada dimensión en particular.

La actividad física fue evaluada a través del “cuestionario de actividad física para adultos mayores”, que evalúa la misma en casa, en relación con deporte y ejercicio y finalmente, la actividad realizada en el tiempo libre.

Se definió utilización constante de la terapia estrogénica, cuando la mujer tiene acceso y utilización cada mes sin interrupción a la terapia estrogénica.

Los datos fueron ingresados a una base de datos elaborada en SPSS versión 20, tomando en cuenta todas las variables e indicadores. Se utilizó Chi cuadrado para medir la asociación entre características sociodemográficas de la mujer y la calidad de vida en general y también por dimensiones, según el uso o no de terapia de reemplazo estrogénica.

Se utilizó Chi cuadrado de Macnemar se aplicó para identificar cambios significativos entre bienestar antes del climaterio y la menopausia y en el momento de estar viviendo en las fases, con el uso o no de la terapia de reemplazo estrogénica (TRE).

Se realizó un análisis bivariado para identificar la dimensión más relacionada en la calidad de vida de las mujeres en climaterio y menopausia. Se calculó la significancia estadística para cada una de ellas. Para esto se utilizó el Chi cuadrado.

Se realizó un análisis de regresión logística multivariado, con el SPSS, para identificar probabilidades de las variables con respecto a cada una de las dimensiones de la calidad de vida. Se realizó dicotomía de las variables, se reclasificaron las variables en la base de datos a dicotómicas, dándole valor de cero a la variable que se presume tiene poca probabilidad de predecir la calidad de vida y 1 a la variable que se presume tiene la probabilidad de predecir la calidad de vida.

Se utilizó una prueba de Omnibus sobre los coeficientes del modelo de regresión multivariada, para cada una de las dimensiones y las variables, para evaluar la significancia estadística del modelo de regresión.

Se midió Odds Ratio, para cada una de las variables y dimensiones de la calidad de vida, para identificar la más relacionada y predictora de la calidad de vida, se midieron intervalos de confianza al 95%.

IX. Análisis y discusión de resultados.

En la región de las Américas, así como en el resto del mundo, el desarrollo ha originado un aumento en la esperanza de vida al nacer, descenso de las tasas de mortalidad, incremento en el crecimiento de la población mayor de 60 años y de la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, sobretodo en el sexo femenino, quienes han demostrado ser más longevas que los hombres.

El envejecimiento constituye un proceso natural e inevitable, que en la mujer se acompaña de un estado fisiológico particular llamado menopausia que es el cese de menstruación en 1 año con disminución marcada de los estrógenos circulantes. En éste período ocurre el cese de la función hormonal ovárica, marcando el final de la vida reproductiva de la mujer.

Antes de la menopausia la mujer atraviesa un período denominado climaterio, donde empieza a presentar signos y síntomas relacionados fundamentalmente con la disminución hormonal, como irregularidad en la menstruación, síntomas vasomotores y psíquicos que pueden interferir en su diario vivir y en la calidad de vida

Tabla 1. Características sociodemográficas de mujeres en climaterio y menopausia. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre - Abril 2014.		
Característica	n= 260	n (%)
Climaterio		110 (42)
Menopausia		150 (58)
Escolaridad	No asistió	27 (10)
	1 a 3 primaria	143 (55)
	4 a 6 primaria	83 (32)
	Bachillerato, Perito o Magisterio	7 (3)
Religión	Católica	183 (70)
	Evangélica	76 (29.2)
	Testigo de Jehová	1 (0.38)
Lugar de procedencia	Capital	241 (92.6)
	Departamento	19 (7.3)
Trabajo actual	Remunerado	179 (68.8)
	No remunerado	81 (31)
Ingreso económico mensual	Menos de Q.1,000.00	9 (3.4)
	Entre Q.1,000 y 2,000	69 (26.5)
	Entre Q2,100 y 3,000	66 (25.3)
	Entre 3,100 y 4,000	51 (19.6)
	No sabe	65 (25)
Causa de climaterio/menopausia	Natural	169 (65)
	Quirúrgica	91 (35)

Para este estudio, del total de mujeres estudiadas (260 mujeres), 110 (42.3%) estaban en la etapa de climaterio y 150 en la etapa de menopausia (57.6%). La mayoría de la población consultante al Departamento de Ginecología y Obstetricia era procedente de la capital de Guatemala 92.6%, mientras que el resto 7.3%, provino de otros departamentos.

En relación a la edad, se realizó una prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, y el resultado indicó que la variable edad no tiene distribución normal, por lo que se decidió tomar como medida resumen la mediana ya que no se ve afectada por datos extremos, la mediana fue de 49 años y se utilizaron los rangos de edad de 45 a 49 años y más de 49 años.

La mitad de las mujeres del estudio no completaron la educación primaria (55%), un 31.9% de la población tiene primaria completa y solo un 2.6% de las mujeres terminaron Bachillerato, Perito Contador o Magisterio, un 10.3% de la población no asistió a un centro educativo, lo que muestra que la mayoría de mujeres son alfabetas pero con nivel de educación bajo.

Un 70% de la población profesa la religión católica y en restante 29.2% la evangélica. Más de la mitad de la población posee un trabajo remunerado (68.8%), el resto es ama de casa y no recibe remuneración por este trabajo (31%).

El ingreso económico mensual fue de Q.1,000 a 2,000 en un 26.5% y de Q.2,100 a 3,000 en similar porcentaje (25.3%), solo un 19.6% refirió un ingreso mensual entre Q. 3,100 a 4, 000. Lo que muestra que un 44.9% de la población posee el ingreso mensual solo para satisfacer la canasta básica alimentaria (Q2, 929.50) establecida para Guatemala por el Instituto Nacional de Estadística en febrero 2014 (INE). De las que proporcionaron información, ninguna logra obtener el ingreso para satisfacer la canasta básica vital que es de Q.5, 345.80, por los que las posibilidades de compra de la terapia hormonal se ven limitadas cada mes.

En la mayoría de las mujeres en estudio, la causa de la menopausia o climaterio fue natural 65% y un 35% fue quirúrgica. (Tabla 1)

Tabla 2. Utilización y tipo de terapia de reemplazo estrogénica en climaterio y menopausia. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre - Abril 2014.					
Característica		Total n=260	Climaterio n=110	Menopausia n=150	P - valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Uso de terapia estrogénica	SI	170 (65.3)	77 (70)	93 (62)	0.1
		n: 90	n:33	n:57	
Por qué no la utiliza	No se la han recetado	26 (29)	17 (52)	9 (15)	
	No puede comprarla	64 (71)	16 (48)	48 (85)	< 0.001
		n: 170	n:77	n: 93	
Quién se la recetó	Médico privado	11 (7)	4 (5)	7 (7)	0.5
	Médico del Hospital Roosevelt	154 (90)	70 (91)	83 (90)	
	Amiga	6 (3)	3 (4)	3 (3)	
Hace cuánto tiempo la utiliza	Menos de 6 meses	60 (35)	29 (38)	31 (33)	
	6 meses a 1 año	110 (65)	48 (62)	62 (67)	0.3
Tipo de terapia que utiliza	Natural	85 (50)	52 (67)	33 (35)	< 0.001
	Medicamento	29 (17)	12 (16)	17 (19)	
	Combinada (natural y medicamento)	56 (33)	13 (17)	43 (46)	
Puede comprar el medicamento cada mes sin limitación.	SI	44 (25)	30 (39)	14 (15)	
	NO	126 (75)	47 (61)	79 (85)	< 0.001
Le ha causado algún efecto secundario	SI	35 (25)	16 (21)	18 (20)	
Efecto que ha notado	Algún efecto secundario	35 (25)	16 (21)	18 (20)	0.3
	Ningún efecto secundario	135 (75)	61 (79)	75 (80)	
		n: 260	n: 110	n: 150	
Consultas con el ginecólogo/a	3 a menos de 6 consultas	63 (25)	30 (27)	33 (22)	0.5
	6 a 12 consultas	197 (75)	80 (73)	117 (78)	
Causa de climaterio/menopausia	Natural	169 (65)	84 (76)	85 (56)	
	Quirúrgica	91 (35)	26 (24)	65 (44)	

Como se identifica en la tabla 2, más de la mitad de las mujeres en climaterio y menopausia estudiadas, están utilizando terapia de reemplazo estrogénica, las que no lo utilizan es porque no pueden comprar la terapia y un pequeño porcentaje es porque no se la han recetado ya que se encuentran sin ninguna sintomatología o molestia.

Se define como utilización constante de la terapia estrogénica, si la mujer cada mes puede o tiene acceso a la terapia y la utiliza mensualmente sin limitantes. La mayoría de las mujeres que utilizan la terapia de reemplazo estrogénica en climaterio y menopausia, no pueden comprar la terapia de forma constante cada mes a pesar que la mayoría posee trabajo remunerado, pero el ingreso económico mensual al hogar sólo logra satisfacer la canasta básica alimentaria (La terapia natural tiene un costo aproximado de Q250.00, la medicamentosa Q.200.00 y la combinada Q300.00), el ingreso al hogar sólo logra cubrir la canasta básica, no permitiendo tener recurso para acceder continuamente al medicamento, la mujer en menopausia tiene más limitación en la adquisición de ésta terapia.

La mayoría de mujeres en climaterio estaba utilizando terapia natural, ya que en ésta etapa aún se da la producción hormonal y la terapia estrogénica natural posee isoflavonas de la soya, son un grupo de sustancias que poseen una estructura similar a los estrógenos humanos, por eso actúan como tales sobre el organismo, proporcionando beneficios a la mujer en la menopausia disminuyendo los síntomas vasomotores y psíquicos. Son un grupo de sustancias vegetales presentes en el grano de la soya, una legumbre consumida tradicionalmente en China, Japón y otros países orientales. Además de su capacidad antioxidante, las isoflavonas pueden ser fitoestrogénicas y participar en la reducción de los síntomas postmenopáusicos, sin que causen efectos secundarios como los estrógenos sintéticos. Si la mujer en climaterio no mejoran con el tratamiento natural se procede a utilizar terapia combinada, que es la natural adicionada a los estrógenos sintéticos ya sean tomados o aplicados o la utilización de terapia estrogénica sintética sola.

Las isoflavonas también intervienen en la prevención de la descalcificación ósea, ya que evitan, por el efecto estrogénico, la movilización de calcio de los huesos. Además, al mantener los niveles de compuestos con efecto estrogénico, se evita el bloqueo de absorción del calcio que se provoca cuando desciende el nivel de estrógenos en plasma sanguíneo. Sus acciones se efectuarían básicamente en aquellos órganos y tejidos en los que los receptores estrogénicos de tipo beta se encuentran en cantidades relevantes tales como en el sistema nervioso central, hueso y pared vascular. Inversamente, no actuarían en aquellos órganos con expresión preferencial del receptor estrogénico de tipo alfa, como la mama y el endometrio.

Las mujeres en menopausia, la terapia que están utilizando con más frecuencia es la combinada (natural adicionado a terapia estrogénica sintética tomada o aplicada) ya que muchas veces solo utilizar la terapia natural no mejora los síntomas vasomotores, por la ausencia de actividad hormonal y se logra disminuirlos adicionando la terapia estrogénica tópica u oral.

El 20% de la población en estudio que utiliza la terapia estrogénica, manifestó padecer algún efecto secundario a esta, los referidos con mayor frecuencia fueron: insomnio, cefalea, dolor abdominal, cambios de humor entre otros. (Tabla 2)

Tabla 3. Actividad física de la mujer en climaterio o menopausia con y sin uso de terapia de reemplazo estrogénica. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre-Abril 2014.					
Actividad en casa	Actividad	Climaterio y menopausia n= 260	Climaterio n= 110	Menopausia n= 150	p - valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Trabajo liviano en casa (Sacudir, lavar platos, barrer)	La mayoría de veces (alguna vez alguien me ayuda)	249 (96)	104 (94.5)	145 (96.7)	0.4
Trabajo pesado en casa (Lavar pisos lavar ventanas, cargar bolsas de basura)	La mayoría de veces	185 (72)	74 (67.3)	111 (74)	0.2
Frecuencia de preparación de comida en casa o frecuencia que ayuda a prepararla	La mayoría de veces (3 a 5 veces por semana)	231 (89)	98 (89.1)	133 (88.7)	0.9
Número de gradas que sube al día	Entre 5 a 10 gradas	54 (21)	27 (24.5)	27 (18.0)	0.1
Frecuencia de realización de compras	2 a 4 veces por semana	35 (14)	11 (10.0)	24 (16.0)	0.1
Transporte que utiliza con mayor frecuencia	Carro	33 (13)	16 (14.5)	19 (12.7)	0.07
	Transporte público	220 (85)	94 (85.5)	124 (82.7)	
Actividad relacionada con deporte o ejercicio					
Realiza algún deporte o ejercicio / Qué deporte	Si / Caminar - Correr	59 (22.7)	35 (31.8)	24 (16)	0.003
Horas a la semana que lo realiza	De 1 a 2 horas	37 (14.2)	25 (22.7)	12 (8)	
Actividad en el tiempo libre					
Realiza alguna actividad en su tiempo libre	No	255 (98.1)	106 (96.4)	149 (99.3)	0.08

En relación a la tabla 3 que hace referencia a la actividad física, el 96% de las mujeres en climaterio y menopausia estudiadas, realiza siempre o la mayoría de veces trabajo liviano en casa, esto quiere decir que lava platos, sacude, ordena en casa siempre sola o con ayuda de alguien más. Un 72% realiza siempre o la mayoría de las veces, sola o con alguien más, trabajo pesado en casa como: lavar los pisos, lavar ventanas, cargar bolsas, lavar y 89% de las mujeres preparan la mayoría de veces la comida del hogar de 3 a 5 veces por semana. A pesar de que la mayoría realiza trabajo constante en casa, refieren que no salen frecuentemente a realizar compras, sólo una vez a la semana y el transporte que utilizan con mayor frecuencia es el público.

Solo un 21% de las mujeres en climaterio y menopausia sube entre 5 a 10 gradas al día y un 85% utiliza transporte público para realizar las actividades diarias.

Al evaluar la actividad relacionada con el deporte o ejercicio, solo un 22% de las mujeres realiza algún tipo de deporte o ejercicio (caminar o correr) y lo realiza de 1 hora a 2 horas al día, de 1 a 3 meses al año. Solo un 3% de la población realiza alguna actividad en su tiempo libre.

Las mujeres en climaterio y menopausia no realizan deportes o ejercicio en su tiempo libre ni como rutina en su diario vivir. Las mujeres en climaterio están realizando más ejercicio que las mujeres en etapa de menopausia.

Realizar de forma regular y sistemática una actividad física ha demostrado ser una práctica muy beneficiosa en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, a la vez que ayuda al carácter, la disciplina y a la toma de decisiones en la vida cotidiana.

El ejercicio físico, ya sea de corta o larga duración, contribuye a establecer bienestar mental, mejorando la autonomía de la persona, la memoria, rapidez de ideas, promoviendo sensaciones como el optimismo y positivismo, al tiempo que se mejora la autoestima de las personas, lo que produce beneficios en diferentes enfermedades como la osteoporosis, la hipertensión, diabetes mellitus, por ello es necesario incorporar esta práctica en las mujeres en esta etapa de la vida.

Se ha evidenciado que un paseo diario rápido aproximadamente 10 minutos, puede menguar los síntomas psicológicos de la menopausia como la ansiedad, el estrés o la depresión, como pusieron de manifiesto en 2007, investigadores de la Universidad de Temple, Filadelfia.

Tabla 4. Calidad de vida de la mujer en climaterio y menopausia con y sin uso de terapia de reemplazo estrogénica. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt Diciembre - Abril 2014.

Dimensiones	Molestias	Buena calidad de vida n= 260	Con uso de TRE n= 170	Sin uso de TRE n= 90	p- valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Salud física	Dolor y calambres musculares	107 (41.2)	83 (48.8)	24 (26.7)	< 0.001
	Hormigueo en las manos	108 (41.5)	84 (49.4)	24 (26.7)	< 0.001
	Dolor de cabeza	111 (42.7)	87 (51.2)	24 (26.7)	< 0.001
	Dolor o molestia de espalda	109(41.9)	85 (50)	24 (26.7)	< 0.001
	Dolor de piernas al caminar o después de caminar	110 (42.3)	86 (50.6)	24 (26.7)	< 0.001
	Picazón al orinar	111 (42.7)	87 (51.2)	24 (26.7)	< 0.001
	Palpitaciones rápidas en el corazón	111 (42.7)	87 (51.2)	24 (26.7)	< 0.001
	Sudores fríos	110 (42.3)	86 (50.6)	24 (26.7)	< 0.001
	Mareos	110 (42.3)	86 (50.6)	24 (26.7)	< 0.001
Salud psíquica	Le resulta difícil concentrarse en sus tareas habituales	175 (67.3)	160 (94.1)	15 (16.7)	< 0.001
	Tiene sensación que todo se le viene encima o se complica	174 (66.9)	160 (94.1)	14 (15.6)	< 0.001
	Se siente nerviosa y a punto de explotar	174 (66.9)	160 (94.1)	14 (15.6)	< 0.001
	Ha notado que no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados	175 (67.3)	160 (94.1)	15 (16.7)	< 0.001
	Se siente insatisfecha de sí misma	179 (68.8)	160 (94.1)	19 (21.1)	< 0.001
	Piensa que haga lo que haga todo le saldrá mal	175 (67.3)	161 (94.7)	14 (15.6)	< 0.001
	Se encuentra tan desanimada que no le dan ganas de hacer nada	177 (68.1)	159 (93.5)	18 (20)	< 0.001
	Piensa que la vida no vale la pena vivirla	180 (69.2)	160 (94.1)	20 (22.2)	< 0.001
	Se ha sentido triste o deprimida	183 (70.4)	160 (94.1)	23 (25.6)	< 0.001

Relaciones sexuales	Se ha afectado la frecuencia de sus relaciones sexuales	36 (13.8)	21 (12.4)	14 (15.9)	0.4
	Sus relaciones sexuales son satisfactorias	22 (8.5)	12 (7.1)	10 (11.1)	0.2
	Se encuentra tan cansada que las relaciones sexuales no le apetecen	41 (15.8)	22 (12.9)	19 (21.1)	0.08
	Ha perdido interés por las relaciones sexuales	28 (10.8)	17 (10)	11 (12.2)	0.5
Sentimientos hacia su pareja	Se encuentra satisfecha en la relación con su pareja	12 (4.6)	6 (3.5)	6 (6.7)	0.2
	Se considera necesaria como esposa	9 (3.5)	4 (2.4)	5 (5.6)	0.1
	Confía en su esposo	9 (3.5)	4 (2.4)	5 (5.6)	0.1
	Le da su esposo oportunidad para opinar	10 (3.8)	5 (2.9)	5 (5.6)	0.2
Soporte social	Visita a sus amistades habitualmente	19 (7.3)	10 (5.9)	9 (10)	0.2
	Encuentra con quien pasar sus ratos libres	17 (6.5)	9 (5.3)	8 (8.9)	0.2
	Acostumbra asistir a las actividades que realizan en su localidad	17 (6.5)	9 (5.3)	8 (8.9)	0.2
	Sale a entretenerse	17 (6.5)	9 (5.3)	8 (8.9)	0.2
	Se siente útil para la gente	17 (6.5)	9 (5.3)	8 (8.9)	0.2
	Se siente comprendida por los demás	18 (6.9)	10 (5.9)	8 (8.9)	0.3
	Considera que su relación con las demás personas es buena	18 (6.9)	10 (5.9)	8 (8.9)	0.3
	Le gusta estar rodeada de amigos	18 (6.9)	10 (5.9)	8 (8.9)	0.3
	Llama por teléfono a familiares y amigos.	18 (6.9)	10 (5.9)	8 (8.9)	0.3

Nota: CV: calidad de vida. Se toma como calidad de vida las respuestas de nunca y casi nunca en las dimensiones de salud física, psíquica, sexual. En las dimensiones de sentimientos hacia pareja y soporte social, se tomó como CV las respuestas siempre y casi siempre.

El concepto de calidad de vida ha ido evolucionando en el tiempo, la OMS la definió en 1994 como la “percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas e intereses”. Por ello denota un aspecto subjetivo propio personal, además multidimensional, que involucra aspectos físicos, afectivos, cognitivos, sociales, económicos entre otros.

La evaluación de la calidad de vida en el climaterio y menopausia se ha realizado tradicionalmente por parámetros clínicos, pero no refleja necesariamente como las mujeres perciben los síntomas.

En la tabla 4, se identifica que las mujeres en climaterio y menopausia con el uso de terapia de reemplazo estrogénica refieren menos síntomas vasomotores y molestias como: dolor y calambres musculares, hormigueo en manos, dolor de cabeza, de espalda, de piernas al caminar, ardor o picazón al orinar, sudores fríos, mareos, así como menos molestias psíquicas como: dificultad para concentrarse, sensación que se complica, nerviosismo, insatisfacción personal, pensamientos negativos, desánimo, tristeza o depresión, encontrando diferencia significativa en la mejora de la sintomatología física y psíquica con el uso de terapia de reemplazo estrogénica con un p - valor de 0.05.

En las dimensiones de calidad de vida de pareja, salud sexual y social, con los datos obtenidos, no se encontró diferencia significativa en la mejora de las sintomatología con el uso de terapia de reemplazo estrogénica en mujeres en climaterio y menopausia.

Tabla 5. Calidad de vida de la mujer en climaterio con y sin uso de terapia de reemplazo estrogénica. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre - Abril 2014.

Dimensiones	Molestias	Buena calidad de vida n=110	Con uso de TRE n= 77	Sin uso de TRE n=33	p- valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Salud física	Dolor y calambres musculares	54 (49%)	41 (39.4)	13 (39.4)	0.1
	Hormigueo en las manos	54 (49)	41 (39.4)	13 (39.4)	0.1
	Dolor de cabeza	57 (52)	44 (57.2)	13 (39.4)	0.08
	Dolor o molestia de espalda	55(50)	42 (54.6)	13 (39.4)	0.1
	Dolor de piernas al caminar o después de caminar	56 (50.9)	43 (55.9)	13 (39.4)	0.1
	Picazón al orinar	57(51.8)	44 (57.15)	13 (39.4)	0.08
	Palpitaciones rápidas en el corazón	57 (51.8)	44 (57.15)	13 (39.4)	0.08
	Sudores fríos	56 (50.9)	43 (55.9)	13 (39.4)	0.1
	Mareos	56 (50.9)	43 (55.9)	13 (39.4)	0.1
Salud psíquica	Le resulta difícil concentrarse en sus tareas habituales	82 (74.5)	72 (93.5)	10 (30.3)	< 0.001
	Tiene sensación que todo se le viene encima o se complica	82 (74.5)	73 (94.8)	9 (27.3)	< 0.001
	Se siente nerviosa y a punto de explotar	81(73.6)	72 (93.5)	9 (27.3)	< 0.001
	Ha notado que no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados	81 (73.6)	72 (93.5)	9 (27.3)	< 0.001
	Se siente insatisfecha de sí misma	83 (75.5)	72 (93.5)	11 (33.3)	< 0.001
	Piensa que haga lo que haga todo le saldrá mal	81 (73.6)	73 (94.8)	8 (24.2)	< 0.001
	Se encuentra tan desanimada que no le dan ganas de hacer nada	83 (75.5)	73 (94.8)	10 (30.3)	< 0.001
	Piensa que la vida no vale la pena vivirla	81 (73.6)	72 (93.5)	9(27.3)	< 0.001
	Se ha sentido triste o deprimida	81 (73.6)	72 (93.5)	9 (27.3)	< 0.001
Relaciones sexuales	Se ha afectado la frecuencia de sus relaciones sexuales	16 (14.5)	13 (16.8)	3 (9.09)	0.2
	Sus relaciones sexuales son satisfactorias	5 (4.6)	4 (6)	1 (3.03)	1.0
	Se encuentra tan cansada que las relaciones sexuales no le apetecen	18 (16.4)	13 (16.8)	5 (15.1)	0.8
	Ha perdido interés por las relaciones sexuales	15 (14)	10 (12.9)	5 (15.1)	0.7

Sentimientos hacia su pareja	Se encuentra satisfecha en la relación con su pareja	5 (4.6)	1 (2)	4 (12.1)	1.0
	Se considera necesaria como esposa	5 (4.6)	2 (2.6)	3 (9.09)	0.1
	Confía en su esposo	5 (4.6)	2 (2.6)	3 (9.09)	0.1
	Le da su esposo oportunidad para opinar	6 (5.4)	3 (3.9)	3 (9.09)	0.3
Soporte social	Visita a sus amistades habitualmente	14 (12.7)	7 (9.09)	7 (21.2)	0.1
	Encuentra con quien pasar sus ratos libres	12 (10.9)	6 (7.8)	6 (18.2)	0.1
	Acostumbra asistir a las actividades que realizan en su localidad	12 (10.9)	6 (7.8)	6 (18.2)	0.1
	Sale a entretenerse	12 (10.9)	6 (7.8)	6 (18.2)	0.1
	Se siente útil para la gente	12 (10.9)	6 (7.8)	6 (18.2)	0.1
	Se siente comprendida por los demás	13 (11.8)	7 (9.09)	6 (18.2)	0.2
	Considera que su relación con las demás personas es buena	13 (11.8)	7 (9.09)	6 (18.2)	0.2
	Le gusta estar rodeada de amigos	13 (11.8)	7 (9.09)	6 (18.2)	0.2
Llama por teléfono a familiares y amigos.	13 (11.8)	7 (9.09)	6 (18.2)	0.2	

Nota: CV: calidad de vida. Se toma como calidad de vida las respuestas de nunca y casi nunca en las dimensiones de salud física, psíquica, sexual. En las dimensiones de sentimientos hacia pareja y soporte social, se tomó como CV las respuestas siempre y casi siempre.

Se muestra en la tabla 5, que al evaluar la calidad de vida percibida por la mujer en la etapa de climaterio, refieren menos problemas psíquicos las mujeres que están utilizando la terapia de reemplazo estrogénica, en comparación con las mujeres que no la están utilizando, comprobado por un p - valor menor de 0.05. Por lo que las mujeres en estudio, en la etapa de climaterio que están utilizando terapia de reemplazo estrogénica, siendo la terapia estrogénica natural con isoflavonas la más utilizada, identifican menos dificultad para concentrarse, sensación que todo se le complica, se sienten menos nerviosas, insatisfechas, desanimadas, deprimidas. Siendo la salud psíquica una dimensión importante y de equilibrio en el ser humano para realizar las tareas cotidianas de forma completa, adecuada y efectiva, a la vez que se afronta el diario vivir de forma positiva y afectiva.

Tabla 6. Calidad de vida de la mujer en menopausia con y sin uso de terapia de reemplazo estrogénica. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre - Abril 2014.

Dimensiones	Molestias	Buena calidad de vida n= 150	Con uso de TRE n= 93	Sin uso de TRE n= 57	p- valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Salud física	Dolor y calambres musculares	53 (35.3)	42 (45.1)	11 (19.3)	< 0.001
	Hormigueo en las manos	54 (36)	43 (46.2)	11 (19.3)	< 0.001
	Dolor de cabeza	54 (36)	43 (46.2)	11 (19.3)	< 0.001
	Dolor o molestia de espalda	54 (36)	43 (46.2)	11 (19.3)	< 0.001
	Dolor de piernas al caminar o después de caminar	54 (36)	43 (46.2)	11 (19.3)	< 0.001
	Picazón al orinar	54 (36)	43 (46.2)	11 (19.3)	< 0.001
	Palpitaciones rápidas en el corazón	54 (36)	43 (46.2)	11 (19.3)	< 0.001
	Sudores fríos	54 (36)	43 (46.2)	11 (19.3)	< 0.001
	Mareos	54 (36)	43 (46.2)	11 (19.3)	< 0.001
Salud psíquica	Le resulta difícil concentrarse en sus tareas habituales	93 (62)	88 (94.6)	5 (8.7)	< 0.001
	Tiene sensación que todo se le viene encima o se complica	92 (61.3)	87 (93.5)	5 (8.7)	< 0.001
	Se siente nerviosa y a punto de explotar	93 (62)	88 (94.6)	5 (8.7)	< 0.001
	Ha notado que no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados	94 (62.7)	88 (94.6)	6 (10.5)	< 0.001
	Se siente insatisfecha de sí misma	96 (64)	88 (94.6)	8 (14)	< 0.001
	Piensa que haga lo que haga todo le saldrá mal	94 (62.7)	88 (94.6)	6 (10.5)	< 0.001
	Se encuentra tan desanimada que no le dan ganas de hacer nada	94 (62.7)	86 (92.5)	8 (14)	< 0.001
	Piensa que la vida no vale la pena vivirla	99 (66)	88 (94.6)	11 (19.2)	< 0.001
	Se ha sentido triste o deprimida	102 (68)	88 (94.6)	14 (24.6)	< 0.001

Relaciones sexuales	Se ha afectado la frecuencia de sus relaciones sexuales	19 (12.7)	8 (8.6)	11 (19.3)	0.05
	Sus relaciones sexuales son satisfactorias	17 (11.3)	8 (8.6)	9 (15.8)	0.1
	Se encuentra tan cansada que las relaciones sexuales no le apetecen	23 (15.3)	9 (9.6)	14 (24.6)	0.01
	Ha perdido interés por las relaciones sexuales	13 (8.7)	7 (7.5)	6 (10.5)	0.5
Sentimientos hacia su pareja	Se encuentra satisfecha en la relación con su pareja	6 (4)	4 (4.3)	2 (3.5)	0.8
	Se considera necesaria como esposa	4 (2.7)	2 (2.1)	2 (3.5)	0.6
	Confía en su esposo	4 (2.7)	2 (2.1)	2 (3.5)	0.6
	Le da su esposo oportunidad para opinar	4 (2.7)	2 (2.1)	2 (3.5)	0.6
Soporte social	Visita a sus amistades habitualmente	5 (3.3)	3 (3.2)	2 (3.5)	1.0
	Encuentra con quien pasar sus ratos libres	5 (3.3)	3 (3.2)	2 (3.5)	1.0
	Acostumbra asistir a las actividades que realizan en su localidad	5 (3.3)	3 (3.2)	2 (3.5)	1.0
	Sale a entretenerse	5 (3.3)	3 (3.2)	2 (3.5)	1.0
	Se siente útil para la gente	5 (3.3)	3 (3.2)	2 (3.5)	1.0
	Se siente comprendida por los demás	5 (3.3)	3 (3.2)	2 (3.5)	1.0
	Considera que su relación con las demás personas es buena	5 (3.3)	3 (3.2)	2 (3.5)	1.0
	Le gusta estar rodeada de amigos	5 (3.3)	3 (3.2)	2 (3.5)	1.0
	Llama por teléfono a familiares y amigos	5 (3.3)	3 (3.2)	2 (3.5)	1.0

Nota: CV: calidad de vida. Se toma como calidad de vida las respuestas de nunca y casi nunca en las dimensiones de salud física, psíquica, sexual. En las dimensiones de sentimientos hacia pareja y soporte social, se tomó como CV las respuestas siempre y casi siempre.

La tabla 6, muestra que las mujeres en estudio, en etapa de menopausia que están utilizando terapia de reemplazo estrogénica, siendo la terapia combinada la más utilizada, refieren menos síntomas físicos como dolores de cabeza, piernas, espalda y síntomas vasomotores, que las mujeres que no están utilizando la terapia.

Con los datos obtenidos, no se observa diferencia en la mejora de la calidad de vida de pareja, en la salud sexual y la relación a nivel social o de entorno, en las mujeres con uso o no de terapia de reemplazo estrogénica, percibiendo las mujeres en estudio, mala calidad de vida en estas tres dimensiones.

Tabla 7. Buena calidad de vida en general en climaterio y menopausia por dimensiones y características de la mujer consultante al Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre - Abril 2014

	Buena salud física	Buena salud Psíquica	Buena salud Sexual	Buena salud de Pareja	Buen soporte social
Edad	F (%) (p valor)				
45 a 49 años	66 (25.4) (0.007)	96 (36.9) (0.048)	13 (5.0) (0.436)	4 (1.5) (0.682)	13 (5.0) (0.031)
Mayores de 49 años	42 (16.2)	77 (29.6)	9 (3.5)	5 (1.9)	4 (1.5)
Ocupación					
Remunerada	42 (16.2) (0.023)	67 (25.8) (0.000)	7 (2.7) (0.944)	3 (1.2) (0.886)	9 (3.5) (0.045)
No remunerada	66 (25.4)	106 (40.8)	15 (5.8)	6 (2.3)	8 (3.1)
Utilización de TRE					
Si	84 (33) (0.000)	159 (62) (0.000)	14 (6) (0.857)	4 (2) (0.179)	9 (4) (0.265)
No	24 (10)	14 (6)	8 (3)	5 (2)	8 (3)
Puede comprar la TRE					
Si	25 (9.6) (0.001)	41 (15.8) (0.000)	5 (1.9) (0.664)	0 (0.0) (0.378)	5 (1.9) (0.085)
No	59 (22.7)	119 (45.8)	9 (3.5)	5 (1.9)	4 (1.5)
Tiempo de utilización de la TRE					
De 3 a 6 meses	30 (11.5) (0.002)	53 (20.4) (0.000)	5 (1.9) (0.983)	0 (0.0) (0.188)	1 (0.4) (0.198)
De 6 meses a 1 año	54 (20.8)	106 (40.8)	9 (3.5)	4 (1.5)	8 (3.1)

En la tabla 7, se muestra la relación bi variada por medio de Chi cuadrado de algunas de las características sociodemográficas de las mujeres en climaterio y menopausia y las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Encontrando que las mujeres de 45 a 49 años en estudio, poseen mejor salud física, psíquica y social que las mujeres mayores de 49 años ($p < 0.05$).

Con respecto a la ocupación de la mujer, se encontró que la mujer que tiene un trabajo remunerado tiene una mejor salud física, psíquica y social que la mujer ama de casa ($p < 0.05$), ya que la mujer que trabaja y sale de su hogar por la necesidad de obtener un ingreso económico para el soporte de la economía del hogar, no solo se ocupa de las tareas domésticas y de los hijos y si no también se desenvuelve en lo laboral, se relaciona con más personas, tiene distracciones fuera del hogar, por lo que son más

positivas, manejan las molestias de forma diferente y responden a las situaciones de la vida cotidiana de mejor manera.

Al evaluar relación entre la calidad de vida por dimensiones de la mujer en climaterio y menopausia y la utilización o no de la terapia de reemplazo estrogénica, el poder comprarla cada mes y la utilización o no de esta por más o menos de 6 meses, se observa que existe diferencia estadísticamente significativa en la mejora de los síntomas físicos y psíquicos de la mujer en estudio, con uso de terapia de reemplazo estrogénica, que puede comprarla cada mes y que la ha usado por más de 6 meses, comparada con la mujer que no utiliza terapia estrogénica, no puede adquirirla cada mes y la ha utilizado por menos de 6 meses ($p < 0.05$).

Para este estudio, según los datos obtenidos se identifica relación existente entre la buena calidad de vida y el tipo de terapia utilizado por la mujer en climaterio y menopausia, se encontró que la utilización de terapia natural con isoflavonas frente a las otras terapias, mejora las molestias físicas y psíquicas con significancia estadística ($p < 0.05$) y utilizarla de 6 meses a 1 año también mejora las molestias de las dimensiones física y psíquica ($p < 0.05$). (Tabla 7)

Tabla 8. Calidad de vida por dimensiones en mujeres en climaterio y menopausia con y sin uso de terapia de reemplazo estrogénica. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre - Abril 2014

n= 260	Buena calidad de vida con uso de TRE	Buena calidad de vida sin uso de TRE	p - Valor
	n (%)	n (%)	
Calidad de vida física	84 (49.4)	24 (26.7)	< 0.001
Calidad de vida de pareja	4 (2.4)	5 (5.6)	0.1
Calidad de vida psíquica	159 (62)	14 (6)	< 0.001
Calidad de vida sexual	14 (6)	8 (8.9)	0.8
Calidad de vida social	9 (5.3)	8 (8.9)	0.2

Nota: CV: calidad de vida. Se toma como calidad de vida las respuestas de nunca y casi nunca en las dimensiones de salud física, psíquica, sexual. En las dimensiones de sentimientos hacia pareja y soporte social, se tomó como CV las respuestas siempre y casi siempre.

En la tabla 8, se puede observar el efecto de la TRE sobre la calidad de vida en ambos grupos (climaterio y menopausia). A éste respecto, con los datos obtenidos de las cinco dimensiones estudiadas, sólo se encontró diferencia significativa ($p < 0.05$) en las dimensiones física y psíquica. Es decir, que el uso de TRE ha favorecido la disminución de las molestias físicas y la psíquicas de las mujeres en climaterio y menopausia. Para el resto de dimensiones, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Por los mismos cambios que está sufriendo la mujer en ésta etapa de la vida el apoyo tanto de pareja como de la sociedad o de su entorno es vital para mejorar la calidad de vida, el soporte social de la mujer en ésta etapa no es buena, ya que ella indica que no visita a sus amistades, encuentra algunas veces con quien pasar sus ratos libres, por ello algunas veces sale a actividades de su localidad o a entretenerse, algunas veces se siente útil para la gente y comprendida por ellos y considera que su relación con los demás es buena y por ello le gusta estar rodeada de ellos y los llama en algunas ocasiones, por ello no considera buena o muy buena la calidad de vida a nivel del soporte social.

Solo un 15% de las mujeres, refieren buena salud sexual de pareja, el resto identifica que: las relaciones sexuales se han afectado en esta etapa de la vida, que ya no son satisfactorias, que ya no le apetecen y que se siente tan cansada que ya no le interesan. Solo un 7% de las mujeres percibe que la relación de pareja es buena, el otro 93% indican que no se encuentran satisfechas en la relación de pareja, que no se sienten necesarias como esposas, que no confían en su esposo y que este no les da oportunidad de opinar. Ambas dimensiones son complementarias y van de la mano ya que si una está afectada impactará a la otra de forma negativa, por lo que se deben de abordar de forma integral.

Tabla 9. Buena Calidad de vida por dimensiones, en mujeres en climaterio con y sin uso de terapia de reemplazo estrogénica. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre - Abril 2014.			
n= 110	Calidad de vida con uso de TRE	Calidad de vida sin uso de TRE	p - Valor
	n (%)	n (%)	
Calidad de vida física	42 (39)	13 (12)	0.1
Calidad de vida de pareja	2 (2)	3 (3)	0.1
Calidad de vida psíquica	72 (66)	9 (9)	< 0.001
Calidad de vida sexual	8 (8)	3 (3)	0.8
Calidad de vida social	6 (6)	6 (6)	0.1

Nota: CV: calidad de vida. Se toma como calidad de vida las respuestas de nunca y casi nunca en las dimensiones de salud física, psíquica, sexual. En las dimensiones de sentimientos hacia pareja y soporte social, se tomó como CV las respuestas siempre y casi siempre.

En la tabla 9, se puede observar el efecto de la TRE sobre la calidad de vida en mujeres en climaterio. A este respecto, de las cinco dimensiones estudiadas, sólo se encontró diferencia significativa ($p < 0.05$) en la dimensión psíquica. Es decir, que el uso de TRE ha favorecido la disminución de las molestias psíquicas de las mujeres en climaterio. Para el resto de dimensiones, la diferencia no fue estadísticamente significativa, por lo que no se identifica mejoría de los síntomas físicos, en la relación de pareja y el soporte social en la mujer que utiliza TRE.

En la mujer en climaterio en estudio, que está utilizando terapia estrogénica se identificó en un 39% buena calidad de vida física, un 66% buena calidad de vida psíquica, un 2% tiene buena calidad de vida de pareja, un 8% buena calidad de vida sexual y un 6% buena calidad de vida social.

De las mujeres en ésta etapa que no utilizan terapia de reemplazo estrogénica se identificó un 12% con buena calidad de vida física, un 3% con buena calidad de vida de pareja y sexual, un 9% con calidad de vida psíquica y un 6% con buena calidad de vida social, por lo que se evidencia que pocas mujeres en climaterio poseen una buena calidad de vida de pareja, sexual y social.

Tabla 10. Buena Calidad de vida por dimensiones, en mujeres en menopausia con y sin uso de terapia de reemplazo estrogénica. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Diciembre - Abril 2014.

n= 150	Calidad de vida con uso de TRE	Calidad de vida sin uso de TRE	p - Valor
	n (%)	n (%)	
Calidad de vida física	42 (28)	11 (8)	< 0.001
Calidad de vida de pareja	2 (2)	2 (2)	0.6
Calidad de vida psíquica	87 (58)	5 (4)	< 0.001
Calidad de vida sexual	6 (4)	5 (4)	0.5
Calidad de vida social	3 (2)	2 (2)	1.0

Nota: CV: calidad de vida. Se toma como calidad de vida las respuestas de nunca y casi nunca en las dimensiones de salud física, psíquica, sexual. En las dimensiones de sentimientos hacia pareja y soporte social, se tomó como CV las respuestas siempre y casi siempre.

En la tabla 10 se puede observar la relación de la TRE sobre la calidad de vida en mujeres en menopausia. A este respecto, de las cinco dimensiones estudiadas, sólo se encontró diferencia significativa ($p < 0.05$) en las dimensiones psíquica y física. Es decir, que el uso de TRE ha favorecido la disminución de molestias psíquicas y físicas de las mujeres en menopausia. Para el resto de dimensiones, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

La mujer en menopausia refiere que ha percibido que la frecuencia de las relaciones sexuales se ha afectado, así como la satisfacción en ellas, que se encuentra tan cansada que no está interesada en ellas, que no le apetecen, quizá por estar afectada ésta dimensión sexual de la mujer no percibe que la relación con su pareja sea buena, ya que considera que no se encuentra satisfecha de la relación de pareja, no se siente necesaria como esposa, confía poco en su esposo y éste no le da oportunidad de opinar en la relación de pareja, estas dos áreas la sexual y la de pareja se complementan, por ello si una está afectada la otra también lo estará.

Secundaria a la falta de estrógenos en esta etapa de la vida, se produce sequedad vaginal esto lleva a dispareunia o dolor con las relaciones sexuales, picor vulvar, molestias urinarias (infecciones urinarias a repetición e incontinencia urinaria), lo que puede afectar el tener actividad sexual con regularidad y placenteras.

Está demostrado que el mantenimiento de la actividad sexual previene la aparición de esta sintomatología, por ello adicionar terapia estrogénica tópica vulvar como el uso de hidratantes o lubricantes vaginales, para las relaciones sexuales, así como la actividad física regular pueden ayudar a la disminución ésta sintomatología y mejorar la calidad de vida de la mujer.

Estudios identifican que el ejercicio físico está asociado a una relación sexual satisfactoria, además de mantener en buena forma física y emocional a la mujer. Poseer buen estado físico en general permite tener relaciones sexuales más placenteras. Los estudios indican que las personas de 50 a 60 años que se ejercitan con regularidad, tienen una vida sexual más activa que la de las personas de su misma edad, que tienen estilos de vida sedentarios.

Las mujeres en menopausia con uso de terapia de reemplazo estrogénica un 28% posee buena calidad de vida física, un 58% buena calidad de vida psíquica, un 2% buena calidad de vida de pareja y social y un 4% buena calidad de vida sexual. De la mujeres que no están utilizando terapia de reemplazo estrogénica un 8% posee buena calidad de vida física, un 2% buena calidad de vida de pareja y social y un 4% buena calidad de vida psíquica y sexual. Se encontró diferencia significativa en las mejoras de la sintomatología de la dimensión física y psíquica con el uso de terapia de reemplazo estrogénica ($p < 0.05$). En las dimensiones: vida de pareja, sexual y social no se encontró diferencia significativa de mejora en la sintomatología si utiliza o no terapia de reemplazo estrogénica.

No sólo la terapia estrogénica ayuda a disminuir la sintomatología en el climaterio y menopausia. Los estudios sugieren, que sólo una de cada veinte mujeres que se ejercitan regularmente tiene sofocos en la menopausia, frente a una de cada cuatro mujeres que no realizan ejercicio. También libera endorfinas (sustancias generadas en el área cerebral que disminuyen el dolor y aumentan el estado de ánimo). Por consiguiente, el deporte puede aliviar los síntomas de la ansiedad, el estrés, la depresión, la irritabilidad, los cambios de humor y la reducción del deseo sexual. El ejercicio, además, produce una mayor cantidad de melatonina, hormona que ayuda a regular el sueño.

Tabla 11. Calidad de vida percibida por la mujer antes y al momento del climaterio y menopausia. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, Diciembre - Abril 2014.

	Buena CV antes del climaterio o menopausia	Buena CV en el climaterio o menopausia	Chi cuadrado de MacNemar p - Valor
	n (%)	n (%)	
climaterio y menopausia n= 260	222 (86)	174 (67)	< 0.001
climaterio n= 110	96 (88)	84 (77)	0.2
Menopausia n= 150	130 (86.7)	90 (60)	< 0.001

Nota: CV: calidad de vida. Se toma como calidad de vida las respuestas de nunca y casi nunca en las dimensiones de salud física, psíquica, sexual. En las dimensiones de sentimientos hacia pareja y soporte social, se tomó como CV las respuestas siempre y casi siempre.

La tabla 11, muestra la percepción de la mujer en el climaterio y menopausia, en relación a como considera su vida antes del climaterio y menopausia y como la percibe en estos momentos.

Se identificó que las mujeres en climaterio y menopausia sí perciben un cambio en la calidad de vida, refieren que antes de la menopausia percibían mejor calidad de vida que en estos momentos y es estadísticamente significativo según el Chi cuadrado de MacNemar ($p < 0.05$).

En la mujer en climaterio no se identificó diferencia estadísticamente significativa en cuanto la percepción de mejora antes y ahora en la calidad de vida con el climaterio, en cambio las mujeres en etapa de menopausia si indicaron que percibían mejor calidad de vida antes de esta etapa que en estos momentos, siendo significativo según el Chi cuadrado de MacNemar con un $p < 0.05$, esto quizá a que la mujer en etapa de climaterio aún no presenta todos los síntomas vasomotores y físicos de la menopausia, ya que todavía presenta producción de estrógenos.

Tabla 12. Probabilidad de buena calidad de vida en climaterio y menopausia por dimensiones y características de la mujer consultante al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, Diciembre - Abril 2014

Intervalo de confianza (IC) 95%	Salud física	Salud Psíquica	Salud Sexual	Salud de Pareja	Soporte social
Característica	Regresión multivariada (OR) (IC)				
Edad					
45 a 49 años/mayores	0.023 (1.97) (1.09-3.53)	0.076 (2.57) (0.91-7.25)	0.430 (1.49) (0.56-3.98)	0.833 (0.83) (0.16-4.32)	0.143 (2.53) (0.72-8.83)
Ocupación					
Remunerada/ No remunerada	0.412 (1.3) (0.69-2.46)	0.017 (3.94) (1.28-12.17)	0.58 (0.73) (0.24-2.20)	0.590 (1.60) (0.29-8.67)	0.445 (1.58) (0.48-5.11)
Utilización de TRE					
Si/ No	0.013 (3.13) (1.27-7.66)	0.000 (91.66) (17.93-468.60)	0.836 (0.85) (0.18-3.99)	0.997 (0.0) (0.0)	-0.026 (0.04) (0.003-0.67)
Puede comprar la TRE					
Si /No	0.723 (1.15) (0.535-2.46)	0.327 (0.474) (0.107-2.11)	0.572 (1.44) (0.41-5.09)	0.997 (0.0) (0.0)	0.087 (3.9) (0.82-18.82)
Uso de TRE					
Medicamentosa/ Natural	0.369 (0.72) (0.351-1.47)	0.528 (0.63) (0.15-2.66)	0.730 (0.80) (0.22-2.88)	0.60 (0.52) (0.04-5.9)	0.265 (2.5) (0.49-12.59)
Tiempo de utilización					
3 a 6 meses/ De 6 meses a 1 año	0.779 (0.91) (0.45-1.81)	0.119 (3.05) (0.75-12.41)	0.994 (0.99) (0.28-3.47)	0.997 (0.0) (0.0)	0.091 (6.75) (0.73-61.99)
Realiza ejercicio					
Si / no	0.758 (1.11) (0.57-2.16)	0.984 (0.98) (0.31-3.19)	0.325 (1.72) (0.58-5.08)	0.552 (1.69) (0.30-9.45)	0.436 (0.57) (0.142- 2.32)

La tabla 12, muestra un análisis multivariado de regresión logística binaria. Se identifica que para este estudio, la edad de 45 a 49 años y utilización de terapia de reemplazo estrogénica, son variables que pueden predecir la buena calidad de vida física, con un $p < 0.05$ y las variables trabajo remunerado y utilización de la terapia estrogénica pueden predecir la buena calidad de vida psíquica.

Se identifica que las mujeres de 45 a 49 años de edad, tienen 1.9 veces más la probabilidad de tener buena calidad de vida física, que las mujeres mayores de 49 años.

La mujer que utiliza terapia de reemplazo estrogénica, tiene 3 veces más la probabilidad de tener buena calidad de vida física, comparado con la mujer que no utiliza la terapia (según el Odds Ratio). Se confirma la significancia del modelo de regresión por la prueba de Coeficientes de Omnibus con un valor de $p = 0.003$, para predecir la probabilidad de tener una buena calidad de vida física.

El trabajo remunerado y la utilización de terapia de reemplazo estrogénica, son variables que pueden predecir la buena calidad de vida psíquica, con un $p < 0.05$.

Las mujeres que poseen un trabajo remunerado, tienen 3.9 veces más la probabilidad de tener buena calidad de vida psíquica, que las mujeres que son amas de casa y las mujeres que utilizan terapia de reemplazo estrogénica, tienen 91.6 veces más la probabilidad de tener buena salud psíquica, comparado con las mujeres que no utilizan terapia de reemplazo estrogénica (según el Odds ratio).

Se confirma la significancia del modelo de regresión por la prueba de Coeficientes de Omnibus con un valor de $p = 0.000$, para predecir la probabilidad de tener una buena calidad de vida psíquica.

Para este estudio, con los datos obtenidos, no se pudo demostrar que las variables en estudio pueden predecir la buena calidad de vida en salud sexual y de pareja, ya que no existe significancia estadística por un $p < 0.05$. El modelo de regresión por la prueba de Coeficientes de Omnibus con un valor de $p = 0.983$ y de 0.277 , no puede predecir la probabilidad de tener una buena calidad de vida sexual y de pareja.

Para este estudio, con los datos obtenidos, no se pudo demostrar que las variables en estudio pueden predecir la buena calidad de vida social, ya que a pesar de tener significancia estadística por un $p < 0.05$ el modelo de regresión por la prueba de Coeficientes de Omnibus da un valor beta de riesgo negativo, por lo que no puede predecir la probabilidad de tener una buena calidad de vida social.

XI. Conclusiones.

1. Las dimensiones más relacionadas a la calidad de vida en la mujer en climaterio y menopausia fueron la salud física y la psíquica. Siendo en el climaterio la dimensión psíquica y en la menopausia la dimensión física y la psíquica, las mas relacionadas con la calidad de vida.
2. Del total de mujeres encuestadas en etapa de climaterio o menopausia (260 mujeres), un 65.3% estaba utilizando terapia de reemplazo estrogénica. La terapia natural con isoflavonas fue utilizada en un 50% de las mujeres seguido del combinado (isoflavonas naturales adicionando estrógeno conjugado tomado o tópico) en un 32.9%.
De las 110 mujeres en etapa de climaterio un 70% estaba utilizando terapia de reemplazo estrogénica y la terapia natural con isoflavonas fue el más utilizado en un 67.5%.
De las mujeres en menopausia (150 mujeres) un 62% estaba utilizando terapia de reemplazo estrogénica, el tipo de terapia más utilizado en ésta etapa fue el combinado en 46.2%, seguido por el natural con isoflavonas 35.4%.
3. Las mujeres en climaterio y menopausia que estaban utilizando la terapia de reemplazo estrogénica, tienen mejor salud física y la psíquica, que las que no están utilizando la terapia de reemplazo estrogénica. Las mujeres en climaterio con uso de terapia de reemplazo estrogénica tienen mejor salud psíquica y las mujeres en menopausia con uso de terapia de reemplazo estrogénica tienen mejor salud física y la psíquica, comparado con las mujeres que no están utilizando la terapia de reemplazo estrogénica.

XII. Recomendaciones.

1. Se recomienda dar plan educacional en consulta externa del Hospital Roosevelt, al momento del chequeo ginecológico, sobre el incorporar actividades saludables (alimentación incluyendo soya, ejercicio, actividades en tiempo libre) durante el climaterio y la menopausia, no solo mejorarán la calidad de vida en esta etapa, sino que influirán decisivamente sobre la salud de la mujer el resto de su vida, ya que ayudarán a vivir la etapa del climaterio y menopausia con naturalidad, manteniéndose saludable.

2. Crear un protocolo de manejo en consulta externa para la mujer en el momento del climaterio y menopausia, tomando en cuenta el aspecto psicológico, ya que puede mejorar la forma de ver y pasar esta etapa de la vida con calidad y de forma positiva, con enfoque de aspectos como: orientación, educación, apoyo emocional, teniendo en cuenta el entorno psicosocial de la mujer, identificación de signos y síntomas clínicos de esta etapa, tipo de terapia estrogénica, uso de la misma, exámenes de laboratorio complementarios (perfil de lípidos, densitometría ósea, mamografía, citología cervical de las mujeres, perfil hormonal), para evaluar de forma integral a la mujer y así impactar de forma positiva la calidad de vida.

3. Evaluar de forma regular la calidad de vida de la mujer desde su propia perspectiva, con instrumentos ya estandarizados, con el fin de identificar déficit o mejoría de las dimensiones relacionadas a la calidad de vida, abordando de forma integral a la mujer en esta etapa de la vida.

XIII. Referencias Bibliográficas:

1. Shewnon, D.: Lípidos, arteriosclerosis y la postmenopausia. Clínicas de ginecología y Obstetricia. México: Edit. Mac-Graw-Hill, Volumen 2/94. Pp. 299-315.
2. Novak, E: Ginecología. 12^a. Edición. México: Edit. Interamericana, 1,997. Cap. 29.
3. Nason, F: Estrógenos y progesterona en cáncer mamario y Ginecología de otro tipo. México: Edit. Mac-Graw-Hill, volumen 2/94. Pp. 254-63.
4. Informe de un grupo científico de la OMS. 1,996: Ginebra. Investigación sobre la menopausia en los años noventa. Organización Mundial de la Salud. No. 866. P. 125.
5. Gaspard, V: Evaluación of the cardiovascular impact on hormonal replacement therapy in menopausal women. Paris: J. Gynecol Obstet Biol Repod, 1,996; 25 (7): 671-76
6. Quality of life and self care in perimenopausal women that work in a University in pereria, Year 2008. Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira. Jhon Alexander Correa Marín et al. Fundación Universitaria Del Área Andina No. 1 Vol. 1 - 116 p.
7. Argentina, 2002 de Agosto. Cuestionario Internacional De Actividad Física. IPAQ: Formato Corto Autoadministrado de los últimos 7 días. www.ipaq.ki.se
8. Revista de Chile de Obstetricia y Ginecología, 2006; 71 (6): 402 -409. Calidad De Vida Relacionada Con El Climaterio En Una Población Chilena De Mujeres Saludables. Sócrates Aedo M. y Col. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile.
9. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2003;49: 160-5. Félix- Ayala Peralta y Col. Calidad de vida en el climaterio.
10. Revista Médica de Chile 2008; 136: 1511-1517. Assessment of quality of life using the Menopause Rating Scale in women aged 40 to 59 years. MRS (Menopause Rating Scale). Mónica del Prado Aa et al. Artículo de investigación.
11. Menopause. 2009; 16(5): 860–869. doi:10.1097/gme.0b013e3181a3cdaf. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). Nancy E. Avis, PhD et al. NIH Public Access Author Manuscript. Menopause. Author manuscript; available in PMC 2010 September 1.
12. Impacto de la Menopausia sobre Calidad y Expectativa de Vida de la Mujer en la mediana edad. Prof. Dr. Néstor O. Siseles y Col.
13. CEPAL America Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 1950-2050. Boletín Demográfico. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). 2003.

14. Parrilla Paricio J. Comunicación personal. ¿Qué es la calidad de vida? y ¿para qué sirve medirla? VII Congreso de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Cadiz, 14-17 de mayo de 2002.
15. Ferrer J, Valdes D. Utilidad de la medición de la calidad de vida en el climaterio. Rev Iberoam Menop 2005; 7 (1): 4-8.
16. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. Nº7. Año 3. Diciembre 2001 marzo 2011. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 52-64. The female life cycle in biomedical knowledge: building corporality for middle-aged women Ana Leticia Fitte et al. Universidad Nacional de La Plata / CONICET, Argentina. www.relaces.com.ar
17. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society. Vol. 20, No. 10, pp. 000/000. DOI: 10.1097/gme.0b013e318298debe. 2013 by The North American Wulf H. Utian et al.
18. Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 2. 15 de febrero 2001. J. Buendía Bermejo et al.–Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV.
19. Clin Ter 2008; 159 (2):105-109. Mood, hormones and quality of life M. Mazza, et al. Institute of Psychiatry and Psychology; 2Department of Neurosciences, Epilepsy Center, Catholic University of Sacred Heart, Rome, Italy.
20. Health and Quality of Life Outcomes. Quality of life and hormone use: new validation results of MRS scale Jürgen Dinger, et al. Published: 31 May 2006. Health and Quality of Life Outcomes 2006, 4:32 doi: 10.1186/1477-7525-4-32. <http://www.hqlo.com/content/4/1/32>
21. Revista iberoamericana de Fertilidad. A pilot study to assess changes in the quality of life in symptomatic postmenopausal women after administration of cimifuga racemosa L., using the Cervantes Scale Juliá MD, García Sánchez Y, Romeu A. Vol. 23- nº 3 - Mayo-Junio 2006.
22. Quality of life and psychological symptoms in Greek postmenopausal women: Association with hormone therapy. KALLIOPI L. et al. Gynecological Endocrinology, December 2006; 22(12): 660–668.
23. Quality of life and depressive symptoms in postmenopause women after receiving hormone therapy. Mark A. Hlatkey, et al. American Medical Association. JAMA, February 6,202-vol. 287, No.5.
24. Measuring Healthy Days, Population Assessment of Health-Related Quality of Life. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Adult and Community Health, Atlanta, Georgia. November 2000.
25. Percepción de las mujeres y sus parejas sobre la calidad de vida en el climaterio Alide Salazar M, y colaboradores. REV CHIL OBSTET GINECOL 2011; 76(2):64 – 70.

26. Postmenopausal hormone therapy and quality of life A.J. Smith et al. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2006) 95, 267—271.
27. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012; 380(9859):2224-2260
28. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025 [Internet]. 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 21 de septiembre de 2012; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2012 (documento CSP28/9, Rev. 1) [consultado el 1 de febrero del 2013]. Se encuentra en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=es.
29. World Health Organization. A comprehensive global monitoring framework including indicators and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2012 (Segundo documento de trabajo de la OMS, versión del 22 de marzo del 2012) [consultado el 1 de marzo del 2013]. Se encuentra en: http://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper2_20120322.pdf.
30. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2013 (Proyecto revisado y actualizado, versión del 15 de marzo de 2013) [consultado el 28 de febrero del 2013]. Se encuentra en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf.
31. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [resumen de orientación en español, informe completo en inglés, consultado el 1 de febrero del 2013]. Se encuentra en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/index.html.
32. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: Indicadores básicos 2011 [Internet]. Washington (DC): OPS; 2011 [consultado el 1 de febrero del 2013]. Se encuentra en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1930&Itemid=1708&lang=es.

XIV. Anexos



Apéndice A

**Universidad Rafael Landívar.
Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.
Boleta de información para las mujeres en estudio.**

La Dra. Jessica Castañeda, médico Gineco-obstetra, con la autorización del Hospital Roosevelt y la Universidad Rafael Landívar, está llevando a cabo un estudio sobre calidad de vida en mujeres en el climaterio y menopausia en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt. Se solicita su participación en este estudio dado que usted está cursando esta etapa de la vida.

I. Procedimientos: Estamos invitando a participar en este estudio a todas las mujeres en período de climaterio y menopausia que asistan a la consulta externa del departamento de ginecología del Hospital Roosevelt. Si acepta participar en el mismo, se le realizará una entrevista anónima de forma oral que contiene una serie de preguntas acerca de la calidad de vida en esta etapa de la vida. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, es decir que usted puede elegir participar o no hacerlo. Ya sea que elija participar o no, los servicios se le otorgarán de la manera habitual. Usted puede dejar de participar en el momento que lo desee.

II. Riesgos/ Inconvenientes: La información que usted proporcione será guardada de forma confidencial. Para garantizar la confidencialidad del estudio la entrevista será de totalmente anónima.

III. Beneficios: No habrá ningún beneficio económico ni de otro tipo, por responder esta entrevista.

IV. Costos: Participar en este estudio no tiene ningún costo para usted.

V. Responsables: Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre el estudio, puede llamar a la Dra. Jessica Castañeda al teléfono 52068009 o al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, Guatemala al teléfono 23217400 o a la Universidad Rafael Landívar a la Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de post grados con la Dra. Silvia Castañeda 24262558.

VI. Consentimiento: He entendido y comprendido la información proporcionada (por medio escrito y forma oral). He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Voluntariamente participaré en ésta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte de ninguna manera.



Apéndice B

Universidad Rafael Landívar, Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.
Boleta de recolección de datos

Estudio: "Relación del uso o no de la terapia estrogénica con la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y la menopausia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt"

Número de entrevista	ID. Entrevistador	Fecha: día/mes/año	Climaterio Cod 01 Menopausia Cod 02

Instrucciones: Estimada señora, las siguientes son preguntas básicas, acerca de situaciones de su vida diaria. Esta entrevista es totalmente anónima. Su participación es voluntaria. Si tiene dudas sobre las preguntas hágaselas saber a la persona que la está entrevistando, quien con gusto le aclarará lo que necesite. Su colaboración y comentarios son de gran interés. Por favor, responda las siguientes preguntas.
Responsable: Jessica Castañeda.

A. Información demográfica y ocupacional

1. **¿Cuál es su edad actual?** _____ (en años)
 Declinó contestar
2. **¿Qué religión profesa?**
 Católica
 Evangélica ó Protestante
 Testigo de Jehová.
 No creyente ó ateo.
 Otra. Especificar: _____
 Declino contestar.
3. **¿En qué lugar vive Ud. actualmente?**

 Declinó a contestar.
4. **¿Hasta qué grado llegó Ud. en la escuela?**
 No asistió.
 1 a 3 primaria
 4 a 6 primaria (Menos de 12 años)
 Bachillerato, Perito ó Magisterio (12 años)
 Universidad (13 a 17 años)
 Maestría / Escuela profesional (Más de 17 años)
 Declinó contestar.
5. **¿Cuál es su trabajo actual?**
 Especificar: _____
 Declinó contestar

7. ¿Cuál es el ingreso económico mensual en su hogar en promedio?

- Especificar: _____
- No sabe
- Declinó contestar

B. Información sobre el climaterio y menopausia.

1. ¿Cuál cree Ud. que fue la causa de su menopausia?

- Natural
- Por cirugía (operación)
- Por otra causa. Especifique: _____
- Declinó contestar

2. ¿Utiliza alguna hormona para tratar la menopausia?

- Si
- No. ¿Por qué? _____ Pasar a la pregunta 10.
- Declinó contestar

3. ¿Quién se la recetó?

- Médico privado
- Médico del Hospital Roosevelt
- Otro. Especifique: _____
- Declinó contestar

4. ¿Hace cuánto tiempo se la recetaron?

- Menos de 2 meses
- De 2 a menos de 6 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año.
- Declinó contestar

5. ¿Qué tipo de terapia estrogénica consume?

- Natural
- Con medicamentos o medicina
- Combinado
- Declinó contestar

6. ¿Cuánto tiempo lleva de utilizar el tratamiento?

- Menos de 3 meses.
- 3 a menos 6 meses.
- 6 meses a 1 año.
- Más de 1 año.
- Declinó contestar.

7. ¿Este tratamiento (con hormonas) le ha causado algún efecto secundario?

- Si
- No
- Declinó contestar

8. ¿Cuál efecto ha notado o notó? _____

9. ¿Puede comprar el tratamiento que le recetaron?

- Si
- No
- A veces
- Declinó contestar

10. ¿Cuántas consultas ha tenido con el Ginecólogo, para tratar su menopausia?

- Menos de tres.
- 3 a menos de 6 consultas.
- 6 a 12 consultas.
- Más de 12 consultas.
- Declinó contestar.

C. Información sobre estilo de vida. “Cuestionario sobre actividad física para adultos mayores”.

Actividad física relacionada con actividades de la casa:

1. ¿Hace trabajo liviano en su casa (por ejemplo: sacudir, lavar platos, coser)?

- Nunca
- Menos de una vez al mes.
- Algunas veces (Solamente cuando no haya alguien que lo haga)
- La mayoría de las veces (alguna vez me ayuda alguna persona)
- Siempre (sola o con ayuda de alguien más)

2. ¿Hace trabajo pesado en su casa (por ejemplo: lavar pisos, lavar ventanas, cargar bolsas de basura)

- Nunca.
- Menos de una vez al mes.
- Algunas veces (Solamente cuando no haya alguien que lo haga)
- La mayoría de las veces (alguna vez me ayuda alguna persona)
- Siempre (sola o con ayuda de alguien más)

3. ¿Cuántas personas (incluyéndose usted) viven en la casa que usted limpia? _____

4. ¿Cuántos cuartos limpia (incluyendo cocina, baño, cuarto, garaje, etc.? _____

5. Cuántos niveles tiene la casa donde vive: _____ ¿Sube usted todos los días las gradas para el segundo nivel?

6. ¿Con qué frecuencia prepara Ud. la comida en la casa donde vive o con qué frecuencia ayuda a prepararla?

- Nunca
- Menos de una vez al mes.
- Algunas veces (una o dos a la semana)
- La mayoría de las veces (3 a 5 veces a la semana)
- Siempre (más de 5 veces a la semana)

7. ¿Cuántas gradas sube en promedio al día en su casa?

- Nunca subo gradas.
- 1 a 5
- 6 a 10
- Más de 10

8. ¿Si va alguna parte de la ciudad, que tipo de transporte usa con más frecuencia?

- Nunca salgo
- Carro
- Transporte público
- Camino

9. ¿Con qué frecuencia va de compras?

- Nunca
- Menos de una vez a la semana
- Una vez a la semana
- 2 a 4 veces por semana
- Todos los días.

10. ¿Si va de compras, qué tipo de transporte usa con más frecuencia?

- Nunca salgo
- Carro
- Transporte público
- Camino

Actividades relacionadas con deporte o ejercicio.

1. ¿Qué deporte o ejercicio realiza más frecuentemente? _____

Si su respuesta es Ninguno, pase a la pregunta 1 de actividades de tiempo libre

2. ¿Cuántas horas a la semana Ud. realiza esta actividad?

- Menos de 1 hora
- De 1 a 2 horas
- De 3 a 4 horas
- Más de 4 horas

3. ¿Cuántos meses al año hace Ud. esta actividad?

- Menos de 1 mes
- De 1 a 3 meses
- De 4 a 6 meses
- Más de 6 meses

Actividades en el tiempo libre

1. ¿Realiza alguna otra actividad en su tiempo libre? Sí _____ No _____

2. ¿Qué actividad realiza con mayor frecuencia, en su tiempo libre? _____

3. ¿Cuántas horas a la semana hace esta actividad?

- Menos de 1 hora
- De 1 a 2 horas
- De 3 a 4 horas
- Más de 4 horas

4. ¿Cuántos meses del año hace esta actividad?

- Menos de 1 mes
- De 1 a 3 meses
- De 4 a 6 meses
- Más de 6 meses

“Gracias por su participación”.



Apéndice C

Cuestionario MENCAV distribuidos por dimensiones

Instrucciones: a continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con la calidad de vida de la mujer durante la menopausia. En relación a las “molestias” que se le preguntan, puede que las esté sintiendo actualmente o bien, que las sintió en el último mes. Responsable: Jessica Castañeda.

Salud física. Indique con qué frecuencia ha padecido/padece las siguientes molestias. Ud. solo puede marcar un número entre 1 y 5. Por favor note que 1 significa que nunca la ha padecido y que 5 significa que la padece todo el tiempo.

Dimensiones/ Molestias	Siempre 5	Casi Siempre 4	Algunas Veces 3	Muy Pocas Veces 2	Nunca 1
1. Dolores y calambres musculares					
2. Hormigueo en las manos					
3. Dolores de cabeza					
4. Dolores o molestias en la espalda					
5. Dolor de piernas al caminar o después.					
6. Picazón al orinar					
7. Palpitaciones rápidas en el corazón					
8. Sudores fríos					
9. Mareos					
10. ¿Cómo siente Ud. que estaba su salud antes de la menopausia?	Excelente	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala
11. Ahora que está con la menopausia, ¿Cómo siente Ud. que está su salud?					
12. ¿Cómo siente su salud en la menopausia con el uso de hormonas?	Excelente	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala

Salud psíquica. Indique con qué frecuencia ha padecido/padece las siguientes “molestias”. Ud. sólo puede marcar un número entre 1 y 5. Por favor note que 1 significa que nunca la ha padecido y que 5 significa que la padece todo el tiempo.

Dimensiones/ Molestias	Siempre 5	Casi Siempre 4	Algunas Veces 3	Muy Pocas Veces 2	Nunca 1
1. Le resulta difícil concentrarse en sus tareas habituales					
2. Tiene la sensación de que todo se “le viene encima” o todo se complica.					
3. Se siente nerviosa y a punto de explotar					
4. Ha notado que no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados					
5. Se siente insatisfecha de sí misma					
6. Piensa que haga lo que haga, todo le saldrá mal					
7. Se encuentra tan desanimada que no le dan ganas de hacer nada					
8. Piensa que la vida no vale la pena vivirla					
9. Se ha sentido triste o deprimida					
10. ¿Cómo siente su salud mental en la menopausia con el uso de hormonas?	Excelente	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala

Relaciones sexuales. Indique con qué frecuencia ha padecido/padece las siguientes “molestias”. Ud. solo puede marcar un número entre 1 y 5. Por favor note que 1 significa que nunca la ha padecido y que 5 significa que la padece todo el tiempo.

Dimensiones/Molestias	Siempre 5	Casi Siempre 4	Algunas Veces 3	Muy Pocas Veces 2	Nunca 1
1. ¿Podría decir que la frecuencia de sus relaciones sexuales se ha afectado?					
2. ¿Podría decir que sus relaciones sexuales son satisfactorias?					
3. ¿Se encuentra tan cansada que las relaciones sexuales no le apetecen?					
4. ¿Ha perdido interés por sus relaciones sexuales?					
5. ¿Cómo siente su relación sexual en la menopausia con el uso de hormonas?	Excelente	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala

Sentimientos hacia su pareja. Indique con qué frecuencia ha padecido/padece las siguientes “molestias”. Ud. sólo puede marcar un número entre 1 y 5. Por favor note que 1 significa que nunca la ha padecido y que 5 significa que la padece todo el tiempo.

Dimensiones/ Molestias	Siempre 5	Casi Siempre 4	Algunas Veces 3	Muy Pocas Veces 2	Nunca 1
1. ¿Se encuentra satisfecha en la relación con su pareja?					
2. ¿Se considera necesaria como esposa?					
3. ¿Confía en su marido?					
4. ¿Le da su marido oportunidades para opinar?					
5. ¿Cómo siente su relación con su pareja en la menopausia con el uso de hormonas?	Excelente	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala

Soporte social. Indique con qué frecuencia ha padecido/padece las siguientes “molestias”. Ud. sólo puede marcar un número entre 1 y 5. Por favor note que 1 significa que nunca la ha padecido y que 5 significa que la padece todo el tiempo.

Dimensiones/Molestias	Siempre 5	Casi Siempre 4	Algunas Veces 3	Muy Pocas Veces 2	Nunca 1
1. ¿Visita a sus amistades habitualmente?					
2. ¿Encuentra con quién pasar sus ratos libres?					
3. ¿Acostumbra asistir a las actividades, charlas, etc. que se organizan en su localidad de actividades diversas?					
4. ¿Sale a entretenerse?					
5. ¿Se siente útil para la gente?					
6. ¿Se siente comprendida por los demás?					
7. ¿Considera Ud. que su relación con las demás personas es buena?					
8. ¿Le gusta estar rodeada de amigos?					
9. ¿Llama por teléfono a familiares y amigos?					
10. ¿Cómo considera su vida social?	Excelente	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala

A QUIEN INTERESE:

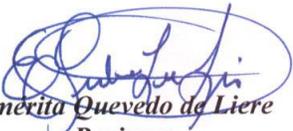
Por este medio me permito informar que la tesis:

“FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EN EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA, DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA”

*De la estudiante **JESSICA JUDITH CASTAÑEDA REYES**, ha sido revisada en la parte de gramática y ortografía, para continuar con su trámite correspondiente.*

Se extiende la presente en Guatemala a ocho días del mes septiembre de dos mil catorce.

Atentamente,


Emerita Quevedo de Liere
Revisora
Gramática y Ortografía



Universidad
Rafael Landívar
Tradicón Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Teléfono 2426-2558
Fax: (502) 2426-2626, extensión 2310
Campus Central, Vista Hermosa III, Zona 16
Edificio "L", Oficina L-308 3er. Nivel
Guatemala, Ciudad. 01016

Guatemala 26 de agosto de 2014

Dra. Jessica Judith Castañeda Reyes
Presente

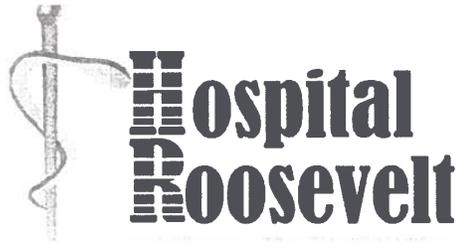
Distinguido Doctora

El Departamento de Postgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud le notifica que ha sido aprobado el protocolo de tesis titulado "**Factores asociados a la calidad de vida de las mujeres en climaterio y la menopausia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Roosevelt, Guatemala**".

Atentamente,


Dra. Sylvia Castañeda
Directora Postgrados





DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Guatemala 14 de noviembre del 2013

Doctor
MARCO ANTONIO BARRIENTOS
Jefe del Departamento de
Ginecología-obstetricia
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado doctor Barrientos:

Por medio de la presente le hago entrega del siguiente protocolo **APROBADO**
por el Comité de Docencia e Investigación.

NOMBRE	TEMA	ACTA	PUNTO	ASESOR
Jessica Castañeda Reyes	FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EN CLIMATERIO Y MENOPAUSIA, DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, Hospital Roosevelt	515	4	Edgar Enrique Chávez

Atentamente,

Dr. José Luis Ezacón Montiel
Jefe del Departamento de Docencia e Investigación

c/c Archivo

CALZADA ROOSEVELT, ZONA 11. GUATEMALA C.A.
TELÉFONO DIRECTO: 2321-7769 y PBX. 2321-7400 (EXT. 2500)
codethr@gmail.com

Página 1



DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA

FORMULARIO H-R 2

HOSPITAL ROOSEVELT
12 NOV 2013

SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN
DE
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE POSTGRADO



INVESTIGADORES:
NOMBRE DEL RESIDENTE: JESSICA JUDITH CASTAÑEDA REYES
DIRECCIÓN Domicilio: 2da calle 3b-04 zona 11 colonia toledo
Teléfono: 52068009
Correo Electrónico: Jessycastaneda@gmail.com

NOMBRE DEL ASESOR: Edgar Enrique Chávez Barillas
DIRECCIÓN Domicilio: vista Hermosa III campus central z. 16
Teléfonos: 42191170
Fax: _____

DEPARTAMENTO DONDE REALIZARÁ EL ESTUDIO: Ginecología y obstetricia
Teléfonos: 23217400 Fax: 2773 Correo Electrónico: deptogohr@gmail.com

TEMA DE INVESTIGACIÓN:
"factores asociados a la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y la menopausia. departamento de Ginecología y obstetricia, Hospital Roosevelt"

PERIODO DE DURACIÓN: 10 meses

FIRMAS DE INVESTIGADORES:

[Signature]
RESIDENTE

[Signature]
ASESOR

DEPARTAMENTO
DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL ROOSEVELT
RECIBIDO
29 OCT 2013
H. 10.24 F. [Signature]

NOTA: Llenar el formulario a máquina.
Al finalizar todo el trámite de autorización, favor sacar una fotocopia en dúplex y dejarla en el Departamento de Docencia e Investigación.

Co Asesor: Dr. Marco Antonio Barrientos Rivas





FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

COORDINADOR DE POSTGRADO:

Fecha: 28 Octubre

NOMBRE: Silvia Castañeda Cerco


(Firma)



JEFE DEL DEPARTAMENTO:



Fecha: Guatemala 24/10/13

NOMBRE: Marco Antonio Barrios Rivas


(Firma)

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN:

Fecha: 28-oct-2013

NOMBRE: Gustavo Estrada

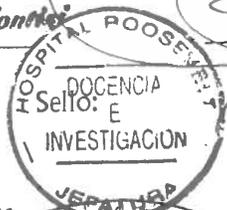


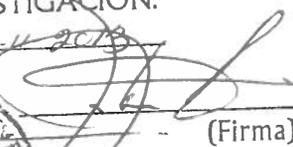

(Firma)

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN:

Acta No. 515 Punto: 4 Fecha: 12-11-2013

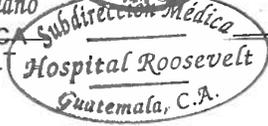
NOMBRE: Dra. José Luis Ghacón Montiel




(Firma)

DIRECCIÓN MÉDICA:

NOMBRE: Dra. Marta Julia López Ruano
SUBDIRECTORA MEDICA Subdirección Médica
HOSPITAL ROOSEVELT Hospital Roosevelt
Guatemala, C.A.




(Firma)

INFORME FINAL

Fecha de Entrega: _____

Secretaria: _____

JEFE DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN:

NOMBRE: _____ Firma y Sello: _____