

# CERTIFICACIÓN

Loja, 24 de octubre de 2011

DRA. MG. SC.

BETTY CARRIÓN GORDILLO

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA-DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber revisado detallada y minuciosamente el desarrollo del trabajo de investigación del señor estudiante Manuel Fernando Cabrera Tituana, titulado “**CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EN LA ETAPA CLIMATERICA DE LA CIUDAD DE LOJA Y PARROQUIA DE VILCABAMBA AÑO 2011**”, el mismo que cumple con todas las instancias, procesos y mas normativas de investigación científica por lo que apruebo su presentación.

**Atentamente:**

.....  
DRA. MG. SC. BETTY CARRIÓN GORDILLO  
DOCENTE UNL – DIRECTORA DE TESIS

# **AUTORIA**

Las opiniones, diseños, resultados, conclusiones, recomendaciones y demás aspectos relacionados con el presente trabajo de investigación son de absoluta responsabilidad del autor.

## **DEDICATORIA**

A todas las mujeres del cantón Loja, que luchan día a día por sobrevivir y salir adelante, aún en este tiempo donde persiste el machismo.

Manuel Fernando Cabrera Tituana.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, padres y hermanos por apoyarme día a día en mi vida y carrera, contribuyendo a mi formación como un ser humano con valores éticos y morales, para constituir parte importante de la sociedad.

A la Dra. MG. SC. Betty Carrión Gordillo por su apoyo y guía incondicional en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A mis maestros de docencia, por impartir sus conocimientos teóricos y prácticos, ayudando a mi formación profesional con valores humanistas.

A la Universidad Nacional De Loja y en especial al área de La Salud Humana por propiciar y permitir la difusión de los conocimientos científicos, apoyando a la investigación científica, participación social, y fortalecimiento de la identidad cultural. A la carrera de Medicina Humana por ser cultivadora y promotora de valores éticos, del ejercicio de derecho a la salud y la vida, formando profesionales orientados al cuidado y restitución de la salud de las personas, familias y comunidades mediante acciones científico técnicas, humanísticas y éticas integrales.

## INDICE

	Página
1. CERTIFICACIÓN	I
2. AUTORIA	II
3. DEDICATORIA	III
4. AGRADECIMIENTO	IV
5. INDICE	1
6. RESUMEN	2
7. SUMMARY	5
8. INTRODUCCIÓN	7
9. REVISIÓN DE LITERATURA	11
10. METODOLOGÍA	57
11. RESULTADOS	62
12. DISCUSIÓN	103
13. CONCLUSIONES	106
14. RECOMENDACIONES	110
15. BIBLIOGRAFÍA	111
16. ANEXOS	116

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación se desarrolló en la ciudad de La Inmaculada Concepción De Loja y la parroquia de Vilcabamba o mejor conocido como el Valle sagrado, donde estudios han determinado la existencia de longevidad en este lugar (16), estos dos grupos presentan distintos estilos de vida, por lo tanto diferente calidad de vida; por lo que se investigó a 72 mujeres > 45 años, 36 que pertenecen al Cantón Loja y 36 a la Parroquia de Vilcabamba.

El presente trabajo fue un estudio descriptivo relacional de campo, cuantitativo y cualitativo, de corte trasversal, en el cual participaron mujeres con sintomatología de climaterio incluyendo en ésta la menopausia presente desde hace 1 año. Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó un documento previamente desarrollado, constituido por una entrevista y un cuestionario adaptado del cuestionario MRS y SF-36 para la calidad de vida; denominado MFCT, de esta forma se pudo obtener la calidad de vida y compararla con las diferentes variables. Encontrando que la calidad de vida con un 75% de la población en la determinación es buena, de la cual en la sub determinación el 61,11% corresponde a la calidad de vida muy buena y el 13,89% excelente, predominando esta última con un 11,11% en las mujeres de Vilcabamba. La mayor parte de la población estudiada se encuentra entre los 65 a 69 años con un 20,83%, en este grupo el 4,17% presentó una calidad de vida excelente siendo el total de las mujeres que viven en Vilcabamba. Se observó que en la calidad de vida el nivel de escolaridad no influye sobremanera, encontrando una mejor calidad de vida en las mujeres con instrucción primaria con un 39,89% de la población. El 52,77% tiene estado civil casada, en el cual la mejor calidad de vida está en las mujeres que viven en Vilcabamba con un 29,16% del cual el 6,94% mostró calidad de vida excelente y pertenece a las mujeres que viven en Vilcabamba. El 66,67% del grupo de estudio son amas de casa, encontrándose con un 8,33% calidad de vida excelente en las mujeres que viven en Vilcabamba. El 63,89% tuvo su menarquía

entre los 12 a 14 años, hallando 25% de las mujeres con calidad de vida muy buena y 15,28% con calidad de vida excelente, ambos pertenecientes a las mujeres que viven en Vilcabamba. El 59,72% manifestó ciclos menstruales regulares con un 59,72% en el cual se observó una mejor calidad de vida en las que viven en Vilcabamba con 11,11% con calidad de vida excelente. La calidad de vida es mucho mejor con un 33,33% en las mujeres que señalaron intervalos de ciclos menstruales cada 26 a 30 días y que viven en Vilcabamba. El 26% de la población inicia su vida sexual después de los 21 años. El 50% de la población no usa métodos anticonceptivos, el 21%, vive en Vilcabamba, en donde se encontró una mejor calidad de vida. Se determinó que el 22,22% tuvo de 2 a 4 gestas, del cual el 4,17% demostró una calidad de vida excelente. El 61,11% no presentó abortos, exponiendo una mejor calidad de vida que aquellas que indicaron tener abortos. El 45,84% indicó realizarse PAP cada año, exhibiendo una mejor calidad de vida que aquellos que no se efectúan o lo hacen cada 2 años o más. 44,44% de la población no se hace a mamografías, de este, el 31,94% de las mujeres vive en Vilcabamba. En el 33,33% no se descubrió enfermedades crónicas degenerativas, el 26,39% vive en Vilcabamba, apreciándose en ésta población una mejor calidad de vida. El 15% de los que presentaron enfermedades crónicas degenerativas no reciben tratamiento para estas. El 46% no indicó antecedentes quirúrgicos, 11,11% señaló antecedente de colecistectomía, del cual el total vive en el cantón de Loja. Se apreció alergias en el 12,50%, con peor calidad de vida que aquellas en las que no se halló estas. 92% recibe apoyo emocional bueno, encontrándose una mejor calidad de vida con un 38% en las mujeres que viven en Vilcabamba. El 61% indicó apoyo económico bueno por parte de la familia, del cual el 26% vive en Vilcabamba con una mejor calidad de vida; 13% recibe apoyo económico regular y 26% ninguno. 63% brinda apoyo económico a su familia, encontrándose una mejor calidad de vida en Vilcabamba con un 22,22% del grupo estudiado. 29% de la población reveló amenorrea entre los 45 a 48 años, sin embargo el 5,56% indicó amenorrea antes de los 40 años, presentando calidad de vida excelente. 33% manifestó sintomatología de climaterio entre los 45 a 48 años. 38% denotó intensidad leve de la sintomatología de climaterio, del cual 7% tuvo

calidad de vida excelente, de este el 5,56% pertenece al grupo que vive en Vilcabamba. El 56% de la población en estudio no recibió medicamentos para disminuir la intensidad de la sintomatología del climaterio. Del cual el 18% corresponde a las mujeres que viven en Vilcabamba y el 15% a las que viven en Loja.



## SUMMARY

This research work was developed in the city of The Immaculate Conception of Loja and Vilcabamba Parish, better known as the Sacred Valley, where studies have determined the existence of longevity in this place (16), these two groups have different lifestyles, therefore different quality of life; so it investigated 72 women > 45 years, 36 that belong to Loja and 36 of Vilcabamba Parish.

This study was a descriptive study relational field, quantitative and qualitative, cross-section, which involved women with climacteric symptoms of menopause including this present for 1 year. For the development of this investigation we used a previously developed paper, consists of an interview and a questionnaire adapted from the MRS questionnaire and SF-36 quality of life; called MFCT, in this way could get the quality of life and compare different variables. Finding that the quality of life with 75% of the population in the determination is good, which in the determination sub 61.11% corresponds to very good quality of life and 13.89% excellent, dominate the latter with a 11.11% in women of Vilcabamba. Most of the study population is between 65 to 69 years with 20.83%, in this group 4.17% showed a great quality of life while the total of women living in Vilcabamba. It was noted that the quality of life, the education level does not influence greatly, finding a better quality of life in women with primary education with 39.89% of the population. The 52.77% are married status, in which the quality of life is in women living in Vilcabamba with a 29.16% 6.94% which was excellent and quality of life belongs to women living in Vilcabamba. 66.67% of the study groups were housewives, being 8.33% with a great quality of life in women living in Vilcabamba. The 63.89% had their menarche between 12 and 14, finding 25% of women with very good quality of life and 15.28% with excellent quality of life, both belonging to the women living in Vilcabamba. The 59.72% reported regular menstrual cycles with a 59.72% in which there was a better quality of life for those living in Vilcabamba with 11.11% excellent quality of life. Quality of life is much better with

33.33% in women who reported menstrual cycle intervals every 26 to 30 days and living in Vilcabamba. 26% of the populations start their sex life after 21 years. 50% of the populations not using birth control, 21%, live in Vilcabamba, where he found a better quality of life. It was found that 22.22% had 2 to 4 feasts, of which 4.17% showed a great quality of life. The 61.11% had no abortions, giving a better quality of life than those who reported having abortions. 45.84% said the PAP made each year, showing a better quality of life than those who are not made or do it every 2 years or more. 44.44% of the population is not mammograms, this, 31.94% of women live in Vilcabamba. In 33.33% were not discovered chronic degenerative diseases, the 26.39% live in Vilcabamba, to appreciate in this population a better quality of life. 15% of those with chronic degenerative diseases are not treated for these. 46% said no surgical history, 11.11% indicated a history of cholecystectomy, of which the total live in the canton of Loja. Allergy was observed in 12.50%, with poorer quality of life than those in which there are these. 92% receive emotional support well; I found a better quality of life with 38% of women living in Vilcabamba. 61% said good financial support from the family, of which 26% live in Vilcabamba with a better quality of life, 13% receive regular financial support and 26% none. 63% provide financial support to his family, finding a better quality of life in Vilcabamba with 22.22% of the studied group. 29% of the population showed amenorrhea between 45 to 48 years, but the 5.56% reported amenorrhea before 40 years, with great quality of life. 33% had symptoms of menopause between 45 to 48 years. Denoted mild 38% of the symptoms of menopause, of which 7% had excellent quality of life, 5.56% of this belongs to the group living in Vilcabamba. 56% of the study population did not receive drugs to decrease the severity of the symptoms of menopause. Dual corresponds to 18% of women living in Vilcabamba and 15% for those living in Loja.

# INTRODUCCIÓN

Durante el presente siglo y porque no decirlo en el presente milenio asistimos a una situación peculiar importante, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas, llegando en la actualidad la expectativa o esperanza de vida de las mujeres a ser de 84,2 años, que por condiciones genéticas es un poco más que en los hombres que es de 76,6 años según el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (6); sin embargo las diferentes formas de condición social, cultural, de género, ambientales y la globalización en general influyen directamente en su calidad de vida, en este punto, no sólo se vuelve trascendental saber que las mujeres viven más que los hombres, lo importante es preguntarnos ¿si el vivir más años es bueno?, o ¿la mujer tiene que soportar estos años con situaciones que impiden o disminuyen su bienestar tanto físico, emocional y social?, convirtiendo el envejecimiento poblacional en un reto para la humanidad, pero es un reto mayor, si se trata de llegar a esta etapa con una buena calidad de vida, o por lo menos con una aceptable; de esta forma la calidad de vida, que equivale a la calidad con la que avanza nuestro envejecimiento, de nuestro crecimiento y desarrollo, y equivale a las condiciones en que individualmente y socio-culturalmente vivimos en la cotidianidad, junto a nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos ante estas. “Por tanto la calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos donde el aspecto objetivo depende del individuo y de las situaciones externas que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos”. (6).

Los datos generados por INEC (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos), informan que en el 2011, 14´483.499 de personas habitan Ecuador. En lo referente al sexo de la población, se puede establecer que el 49,4% se encuentra compuesto por hombres, y un 50,6% por mujeres (14). Estas cifras varían aún

más a favor de las mujeres en las provincias de la sierra central ecuatoriana. Aproximadamente el 54% de la población reside en los centros urbanos, mientras el resto se desenvuelve en el medio rural. (25).

En la ciudad de Loja, según el INEC en el 2011 estableció que la población total es de 448.966 habitantes de los cuales 220.794 son hombres y 228.172 son mujeres. En el 2010 se estableció que 112.456 de los habitantes de Loja corresponde a mujeres mayores de 45 años (19). Mujeres en su mayoría que se encuentran en la etapa de climaterio, estado fisiológico de la mujer, que influye en la calidad de vida de esta población. Pero no sólo nos debe interesar la calidad de vida, sino la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), y específicamente, en el ámbito del climaterio, no basta, por tanto, con identificar la presencia de sintomatología, sino que interesa la apreciación subjetiva de la mujer, lo que esperará o sentirá si ve afectado o no su bienestar por manifestaciones propias de esta etapa; interesa conocer también, si los cambios psíquicos afectan su capacidad laboral, su capacidad de relacionarse con diferentes personas, etc. Sobre esto, hay innumerables publicaciones sobre la sintomatología climatérica, pero son muy escasos los estudios que miden la influencia de ésta sobre la calidad de vida y más si ésta está relacionada con la salud; de la misma manera, los pocos que hay, tampoco son unánimes en cuanto a los instrumentos de medida los cuales, en algunos casos, son de dudosa calidad. El Estudio GAZEL es un trabajo de investigación desarrollado en Francia, con 286 mujeres de la compañía de Gas y Electricidad de Francia. Se utilizó como instrumento el *Nottingham Health Profile*, un instrumento de calidad de vida; un inconveniente de este cuestionario es que las respuestas no son cuantificables por las pacientes, sino que sólo se responde "sí" o "no", lo cual constituye un problema metodológico. Este estudio encontró que, tras corregir por edad, la mujer menopáusica presentaba una peor calidad de vida que la premenopáusica, para cuatro de las seis secciones analizadas, concretamente aislamiento social, dolor, sueño y energía; todos ellos explicables por las molestias propias del climaterio. Blümel y Castelo-Branco han publicado recientemente un estudio el cual es el

primero que utiliza un instrumento específico para el climaterio, y evalúa el impacto del cese de la función ovárica sobre la calidad de vida. Tras incluir a 481 mujeres entre 40 y 59 años, los autores encuentran un deterioro considerable en la calidad de vida de las mujeres climatéricas. Al aplicar regresión logística, muestran que la pérdida de calidad de vida en estas mujeres no depende de la edad ni de variables socio-demográficas como el estado civil, el número de hijos, la educación o el trabajo, sino esencialmente, de haber tenido o no el climaterio (19).

Desde hace mucho tiempo atrás la etapa del climaterio y el proceso de la menopausia son bastantes desconocidos para la sociedad en general, desde el punto de vista fisiológico, y que han venido influyendo ciertos mitos, enigmas y miedos en ésta, sobre todo en mujeres, para quienes constituye en una enfermedad, un proceso negativo, posiblemente originado por la falta de información a un problema mayor y que desde temprana edad se conceptualice a ésta como una etapa final, donde pueden ocurrir situaciones que pueden afectar la calidad de vida de la mujer, su entorno y la sociedad, por lo que el miedo y la angustia son manifestaciones que se han venido percibiendo en este grupo poblacional; sin embargo también han surgido aspectos y factores que han influido para el desarrollo de investigaciones con el fin de conocer más sobre el climaterio y la calidad de vida.

Convirtiéndose de este modo y al ser el estilo de vida de cada grupo poblacional y étnico diferente, indispensable realizar un estudio sobre la calidad de vida relacionado con la salud en mujeres en climaterio en nuestro medio, pues la influencia de ésta en la calidad de vida es evidente, por lo que fue imprescindible realizar un cuestionario que pueda valorar calidad de vida, climaterio y salud sin separarlas, debida a su interacción; desarrollando de esta forma el cuestionario MFCT; adaptación de los cuestionarios SF-36 y MRS, esta adaptación nos permitió valorar la calidad de vida en las mujeres en etapa climatérica relacionado con la salud. Estudiando de este modo la calidad de vida de las mujeres en la

etapa climatérica en la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba; y relacionando la influencia sobre ésta de la edad, estado civil, nivel de escolaridad, residencia, antecedentes gineco obstétricos y quirúrgicos; además constituyó parte importante de esta investigación determinar la frecuencia de enfermedades crónico degenerativas, el tratamiento y duración del mismo para estas patologías sobre las mujeres en esta etapa; además constituyó parte importante de esta investigación la determinación del apoyo emocional, económico brindado por la familia y a la familia, la edad más frecuente de aparición de sintomatología de climaterio; principalmente amenorrea, la intensidad de la sintomatología del climaterio, el uso de medicamentos, y su influencia en mayor o menor medida sobre la calidad de vida en la etapa climatérica.

# REVISIÓN DE LA LITERATURA

## CLIMATERIO

### TERMINOLOGÍA GENERAL

**Climaterio:** o Perimenopausia se define como el periodo inmediatamente anterior a la menopausia y por lo menos el primer año después de ella (18). El climaterio es la etapa de la vida de la mujer cuando se produce el tránsito de la vida reproductiva a la no reproductiva, cuando ocurren cambios hormonales por pérdida gradual y progresiva de la función ovárica, lo que trae, por consiguiente, manifestaciones clínicas denominadas "síndrome climatérico" y aparecen síntomas y signos debidos a este déficit en el aparato genital, cardiovascular y osteomioarticular, del sistema nervioso central, que interactúan con los procesos socioculturales. En esta etapa ocurre un evento fundamental, la *menopausia*, que es el cese de la menstruación (15).

**Menopausia:** en sentido estricto el término se refiere a la interrupción de las menstruaciones (13). La OMS define a la menopausia como la cesación permanente de la menstruación a consecuencia de la pérdida de la actividad ovárica (18).

**Menopausia precoz o prematura:** se define como la falla ovárica antes de los 40 años, aunque para algunos autores Es válido antes de los 35 (5,12). Puede ser debida a una anomalía genética, a falla ovárica consecutiva a reacción inmune secundaria a una artritis reumatoide, a reacción inflamatoria producida por el virus de la parotiditis u otras causas (5).

**Posmenopausia:** el periodo que se inicia con la menopausia, y puede ser evaluado sólo en forma retrospectiva (5).

## **INTRODUCCIÓN**

Durante el climaterio, y la menopausia, la mujer debe reajustar su vida, pasando de una situación en que ha sido estimulada fisiológicamente por la producción de estrógenos y progesterona a otra desprovista de estas hormonas (13).

En los últimos años se ha elevado el interés por el estudio del climaterio por tres razones fundamentales:

1. *Problema socio-demográfico:* el elevado crecimiento de la población mundial y el incremento en la esperanza de vida de la mujer cubana que es ya de 74 años (o sea, que la mujer vive casi 30 años en el período del climaterio), hacen que se diseñen programas y se proyecte atención diferenciada por un grupo multidisciplinario para elevar la calidad de vida de este grupo etéreo.

2. *Problema de salud:* constituye un problema de salud la morbilidad del síndrome climatérico y la provocada por afecciones cardiovasculares, por fracturas óseas así como las afecciones del sistema nervioso central.

3. *Demanda de la atención:* la solicitud de las mujeres de la edad mediana de mejorar su calidad de vida, ya que conocen a través de los medios de difusión y la educación para la salud de la posibilidad de una terapéutica en esta etapa.

## **ENDOCRINOLOGÍA DEL CLIMATERIO**

El climaterio comienza por un agotamiento de las reservas ováricas de ovocitos; al faltar éstos no existe la maduración de los folículos y el sistema granuloso-folicular desaparece como glándula endocrina. Los estrógenos no se eliminan del todo, ya



que se originan a expensas de los andrógenos formados en el intersticio ovárico y en la zona reticular suprarrenal; pero estos estrógenos nunca alcanzan los niveles existentes en la vida fértil.

La consecuencia más inmediata de la falta de retroalimentación negativa del estradiol sobre el hipotálamo es la producción aumentada de los factores liberadores de gonadotropinas y, por consiguiente, aumento de la liberación de las mismas.

TABLA 6-1. Concentraciones de andrógenos y estrógenos en mujeres premenopáusicas con menstruaciones y mujeres postmenopáusicas\*

Edad	< 40 años	> 60 años
Número de mujeres	55	54
Androstenediona (ng/ml)	1,3 ± 0,1	0,5 ± 0,04
Testosterona (ng/ml)	0,31 ± 0,02	0,19 ± 0,02
Estrona (pg/ml)	57 ± 4	27 ± 2
Estradiol (pg/ml)	69 ± 6	11 ± 1

\* Los valores están expresados como promedios ± error estándar. En las mujeres postmenopáusicas todos los valores son significativamente inferiores en comparación con las mujeres menores de 40 años (Longcope, 1990).

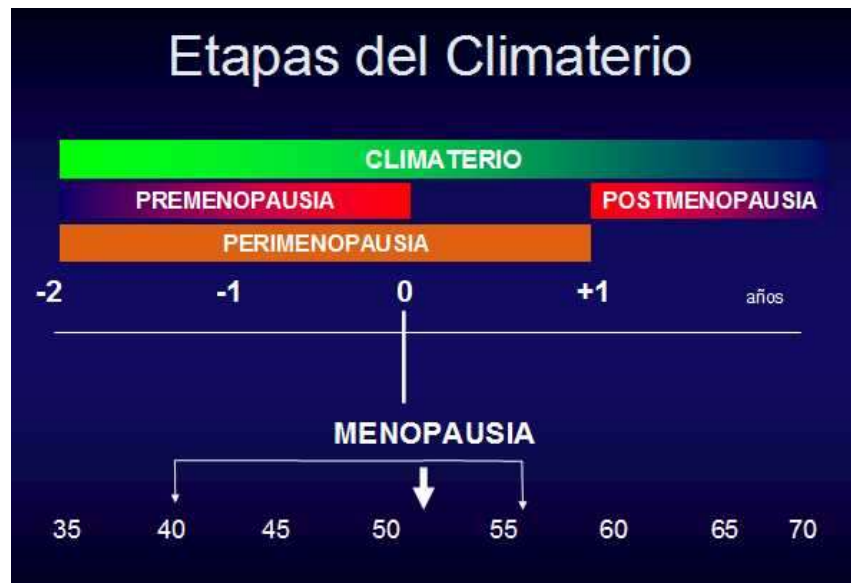
**Fuente:** Alfredo Pérez Sánchez. Ginecología. Capítulo 6. p 81. 2<sup>da</sup> edición.

En esta etapa todo el sistema endocrino se afecta: tiroides, suprarrenal, paratiroides y se plantea que hasta el páncreas; pero el cambio más importante es en el metabolismo de las catecolaminas, por el exceso de la noradrenalina, responsable de uno de los síntomas del climaterio, que son los sofocos. No siempre en el climaterio existe un síndrome de hipoestrogenismo, sobre todo en la perimenopausia, que evoluciona en el inicio con hiperestrogenismo y que se manifiesta clínicamente por trastornos menstruales con sangrado anormal y con una buena respuesta a la terapéutica con progesterona.

## **MENOPAUSIA**

El término menopausia (del griego *meno*-menstruación y *pausis*-cesación) se refiere al cese permanente de las menstruaciones, resultante de la pérdida de la actividad folicular ovárica (15,21,12,4).

Según la OMS, se establece con 12 meses de amenorrea. Según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), son suficientes 6 meses de amenorrea para clasificarla como posmenopausia (15).



Fuente: B. Manzano. Climaterio. Orlando Rigol Ricardo y otros, Ginecología y Obstetricia. p 332.

### CLASIFICACIÓN DE LA MENOPAUSIA:

1. *Perimenopausia*: período previo al establecimiento de la menopausia, cuando comienzan las manifestaciones del declinar de la función ovárica, como trastornos menstruales, comienzo del síndrome climatérico con la aparición de sofocos, irritabilidad, insomnio y depresión.
2. *Posmenopausia*: período posterior al establecimiento de la menopausia 12 meses de amenorrea, cuando aparecen ya todos los síntomas del déficit estrogénico a corto, mediano y largo plazo. También se presentan sangramientos anormales, afecciones genitourinarias y síntomas relacionados con la sexualidad.

## TIPOS DE MENOPAUSIA:

1. *Espontánea*: producida por el cese fisiológico gradual y progresivo de la función ovárica que ocurre alrededor de los 50 años de edad.
2. *Artificial*: producida por el cese de la función ovárica por cirugía (anexectomía doble), radioterapia o poliquimioterapia.
3. *Precoz*: causada por insuficiencia ovárica primaria, 5 años previos a la edad considerada como habitual para cada país. Según la OMS y la FIGO en menores de 45 años.
4. *Tardía*: cuando se produce 5 años posteriores a la edad considerada para cada país. Según algunos autores, en mujeres mayores de 55 años.

Existen algunos factores que modifican la edad de la menopausia:

1. *Genéticos*: (madres e hijas).
2. *Climatológicos*: menopausia tardía en los países cálidos.
3. *Estado civil*: se reporta que las solteras tienen menopausia más precoz.
4. *Factores socio-económicos*: en países pobres se adelanta la edad.
5. *Paridad*: se reporta más tardía en las multíparas.
6. *Tabletas anticonceptivas*: su uso adelanta la edad de la menopausia.
7. *Hábito de fumar*:
  - a) Acción de la nicotina sobre los centros hipotalámicos.
  - b) Efecto inductor enzimático en el hígado.

c) Acción nociva directa del benzopireno sobre las células germinativas.

8. Otros factores:

a) En las pacientes con nutrición vegetariana es más precoz.

b) La histerectomía la adelanta 4 a 5 años.

c) La ligadura de trompas puede adelantar la aparición de la menopausia.

## **DIAGNÓSTICO DE CLIMATERIO**

Se basa en los antecedentes referidos por la mujer a partir de los 45 años de edad, que consisten en una serie de síntomas nuevos y por el comienzo de trastornos en su ciclo menstrual.

Estos fenómenos no se presentan en forma brusca, sino gradual y progresiva en el caso de que la menopausia sea natural. Si ésta es artificial, por cirugía o radiaciones, la forma de aparición sí es brusca y de mayor intensidad.

Este diagnóstico se basa en una serie de síntomas y signos que explicaremos a continuación: otro aspecto en el diagnóstico es el médico-social, ya que se sabe que los factores sociales impactan sobre los procesos biológicos del climaterio.

La percepción de los síntomas por la mujer, evaluación de la influencia del condicionamiento de género, la relación de pareja, el desempeño de las tareas domésticas, la doble jornada laboral y el papel de cuidadora de niños y ancianos, así como su posición en el espacio público y su proyecto de vida, pueden influir de forma negativa o positiva en esta etapa de la vida de la mujer (15, 12).

## **SÍNTOMAS DEL CLIMATERIO**

Los síntomas de esta etapa se deben a 3 situaciones fundamentales:

1. Disminución de la actividad ovárica.
2. Factores socioculturales.
3. Factores psicológicos del propio carácter y personalidad de la mujer.

A este conjunto de síntomas y signos se le denomina *síndrome climatérico*, que puede ser leve, moderado o crítico de acuerdo con la intensidad y afectación de la calidad de vida de la mujer de edad mediana.

Los síntomas derivados del déficit de los estrógenos los podemos diferenciar en síntomas a corto, mediano y largo plazo (15).

#### 1. Síntomas a corto plazo

##### a) Alteraciones neurovegetativas:

- Sofocos.
- Sudoresis.
- Palpitaciones.
- Parestesias.
- Náuseas.
- Cefaleas.
- Insomnio.
- Vértigo.

##### b) Alteraciones psicológicas:

- Labilidad emocional.
- Nerviosismo.
- Irritabilidad.
- Depresión.
- Disminución de la libido.

#### 2. Síntomas a mediano plazo:

##### a) Alteraciones genitourinarias:

- Atrofia genital:
- Sequedad vaginal.
- Dispareunia.
- Prurito genital.
- Prolapso genital:
- Prolapso uterino.
- Cistocele.
- Rectocele.
- Incontinencia urinaria.
- Atrofia del epitelio urinario:
- Tenesmo vesical.
- Polaquiuria.
- Disuria.
- Infecciones a repetición.

b) Atrofia cutánea:

### 3. Síntomas a largo plazo:

a) Alteraciones cardiovasculares:

- Riesgo de trombosis.
- Aterosclerosis.
- Modificaciones lipídicas: disminución del HDL (protector) y aumento de LDL (dañino).
- Elevación de la tensión arterial.
- Aumento de la enfermedad coronaria.

b) Alteraciones esqueléticas:

- Osteoporosis con riesgo de fractura.
- Artrosis.
- Artropatías.

c) Trastornos de la conciencia y de la mente (15, 21).

Tabla 4-4. Evolución de la sintomatología en el síndrome climatérico

<i>Corto plazo</i>	Alteraciones neurovegetativas (inestabilidad vasomotora)	Sofocos Sudoración Paipitaciones Parestesias Náuseas Cefáleas Insomnio
	Alteraciones psicológicas	Labilidad emocional Nerviosismo Irritabilidad Estado anímico depresivo Disminución líbido
<i>Medio plazo</i>	Síntomas de atrofia urogenital	Sequedad vaginal Dispareunia Disuria Polaquiuria Incontinencia urinaria
	Trastornos dermatológicos	Atrofia de piel y faneras
<i>Largo plazo</i>	Osteoporosis Enfermedad cardiovascular	

Fuente: Jorge R. Gori; Antonio Lorusso. Ginecología de Gori. Capítulo 4. Página 99. 2<sup>da</sup> edición.

### Síntomas a corto plazo

El síntoma más frecuente y que motiva a la mujer a pedir ayuda médica es el sofoco que está presente en 70 % de las mujeres en la etapa del climaterio. Casi siempre aparece en la posmenopausia como síntoma de déficit precoz (corto plazo).

Hay muchas teorías acerca de la causa de los sofocos: es consecuencia de la pérdida intermitente del control vasomotor periférico y se manifiesta en forma de oleadas de calor que recorren el cuerpo, suben hacia la cabeza, y producen enrojecimiento de la piel del pecho, cuello y la cara, acompañado de intensa sudación y, en ocasiones, de palpitaciones y sensación de angustia.

Pueden tener distinta frecuencia, intensidad, duración y existen factores que pueden desencadenarlos como el estrés y el alcohol.

Se ha relacionado con el aumento de las gonadotropinas (FSH/LH), secundario al descenso de los estrógenos, así como el incremento de las b-endorfinas y la noradrenalina, entre otros mecanismos etiológicos. En relación con las alteraciones psicológicas, a pesar de su incidencia, no constituyen un deterioro de la salud mental, y muchas veces no están presentes por el déficit estrogénico sino por factores psicosociales en el entorno de esta mujer, que hacen que estos síntomas sean más intensos.

### **Síntomas a mediano plazo**

Los síntomas fundamentales de déficit a mediano plazo están relacionados con la atrofia, tanto de los genitales externos e internos, como del aparato urinario. Estos síntomas hacen que la paciente acuda al ginecólogo por problemas relacionados con la sexualidad, por aparición de prolapso genital y por trastornos en la micción, ya sea por incontinencia de la orina o por síntomas urinarios bajos, tan molestos para la paciente.

### **Síntomas a largo plazo**

La carencia de estrógenos tiene consecuencias serias en relación con la enfermedad cardiovascular y su íntimo contacto con el metabolismo de las lipoproteínas, ya que está bien demostrado el factor protector de los estrógenos por el incremento de la HDL (lipoproteína de alta densidad), que aunque es rica en colesterol, no es aterogénica. Ella es un "barrendero" para el exceso de colesterol presente en la pared arterial (15,5,21,12).

El déficit estrogénico y la pérdida de masa ósea por aumento de la reabsorción de la misma y por disminución de la formación de hueso, ya que se ha demostrado la presencia de receptores estrogénicos en las células, se hace visible en el trastorno óseo más frecuente que es la osteoporosis, que lleva consigo el riesgo incrementado de producción de fracturas. En el sistema nervioso central la falta de estrógenos modifica los mensajeros bioquímicos encargados de la comunicación cerebral.



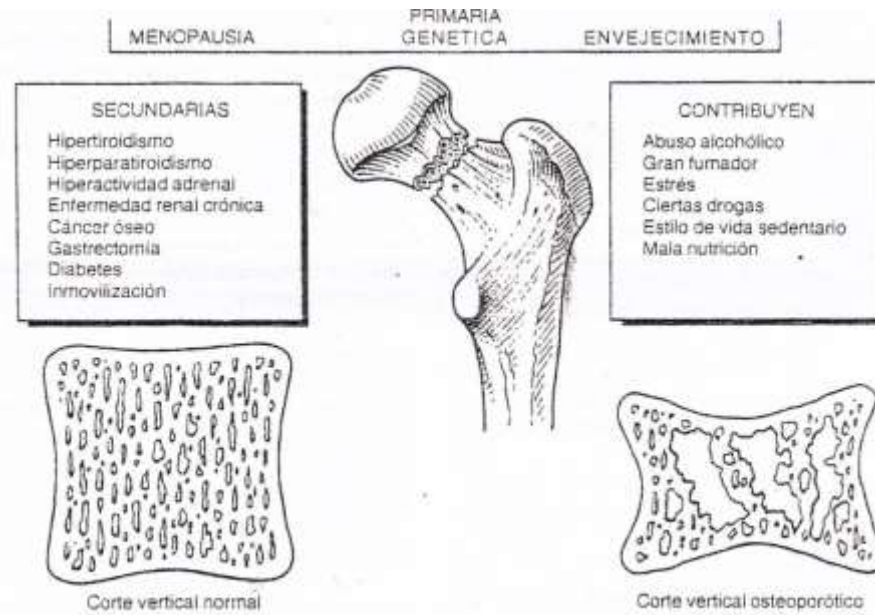


Fig. 4-13. Causas de osteoporosis.

Fuente: Ginecología de Gori. Jorge R. Gori; Antonio Lorusso. Capítulo 4. Página 99. 2<sup>da</sup> edición.



Fuente: B. Manzano. Climaterio. Orlando Rigol Ricardo y otros, Ginecología y Obstetricia. p 333.

## EXAMEN FÍSICO

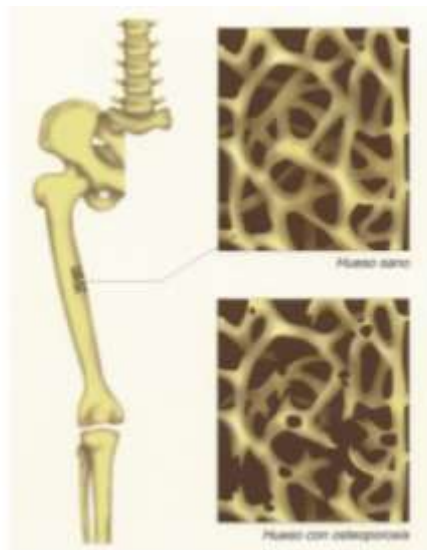
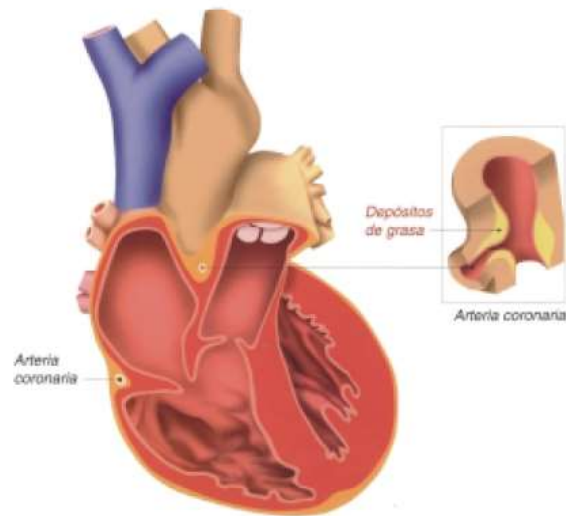
El examen físico de la mujer en el climaterio estará en dependencia del período en que se encuentre, ya que no es lo mismo la mujer en la perimenopausia que en la posmenopausia, y dentro de esta última, los años posteriores a la menopausia, cuando aparecen estigmas generales del déficit estrogénico y en el aparato genital, en particular (15).

### **Signos generales**

1. Aumento de peso.
2. Piel con signos de atrofia y sequedad cutánea, prurito y caída del cabello.
3. Hipertensión arterial.
4. Manifestaciones osteoarticulares.

### **Signos en el aparato genital**

1. Inspección:
  - a) Vulva:
    - Disminución del vello pubiano.
    - Atrofia de la vulva (pérdida de la grasa).
    - Distrofias vulvares.
    - Atrofia del introito vaginal.
  - b) Mamas: flácidas y disminuyen de tamaño.
2. Examen con espéculo y tacto bimanual:
  - a) Vagina:
    - Atrófica con pérdida de pliegues.
    - Resequedad.
    - Punteado hemorrágico.
  - b) Cuello uterino: atrófico, retraído y puntiforme.
  - c) Útero: pequeño y atrófico.
  - d) Ovarios: atróficos y no palpables (15, 5).



**Fuente:** B. Manzano. Climaterio. Orlando Rigol Ricardo y otros, Ginecología y Obstetricia. p 334.

## **PRUEBAS NECESARIAS EN EL MANEJO DE LA MUJER DE LA EDAD MEDIANA**

### **1. Exámenes de laboratorio:**

- a) Hemograma: sobre todo si la paciente acude a consulta por sangrado.
- b) Determinación de glicemia y lípidos: porque en esta edad se pueden asociar diabetes mellitus y alteraciones lipídicas.

2. *Determinaciones hormonales:* en caso de dudas diagnósticas en la menopausia precoz, se pueden determinar las gonadotropinas hipofisarias (FSHA y LH) y los estrógenos.

3. *Citología orgánica y funcional:* la primera se puede utilizar como parte del programa, con la periodicidad establecida, y la segunda, para saber de forma indirecta la secreción estrogénica, ya que un extendido atrófico define el diagnóstico.

4. *Ultrasonografía:* tanto abdominal como vaginal, principalmente esta última, es muy útil en la paciente climatérica premenopáusica para el manejo de los trastornos menstruales, y para el diagnóstico de afecciones ginecológicas benignas o malignas, que pueden aparecer en esta edad. En la posmenopáusica tiene interés para el sangrado anormal como consecuencia de afecciones benignas como pólipos endometriales, endometrio engrosado por hiperplasias endometriales y afecciones malignas como el adenocarcinoma de endometrio.

También la ultrasonografía se utiliza para medir el grosor endometrial previo a la posible indicación de la terapia hormonal de remplazo.

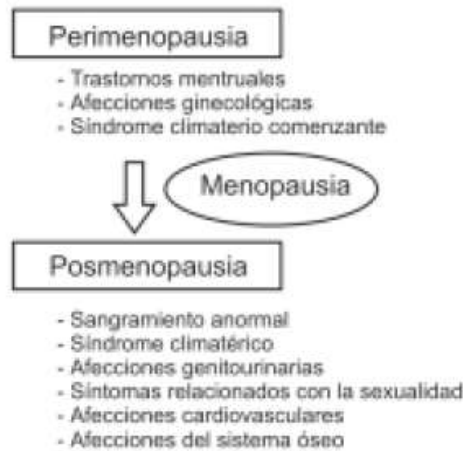
5. *Mamografía:* examen indispensable para indicar la terapia hormonal de remplazo en estas mujeres.

6. *Legrado instrumental:* proceder terapéutico necesario en la atención de los sangramientos anormales, y, de ser posible, antes de la realización de la ultrasonografía, para evitar así resultados de muestra no útil como el informe de anatomía patológica.

7. *Densimetría ósea:* actualmente se dispone de tecnología que determina la densidad o masa ósea de una manera segura como método de diagnóstico de osteoporosis y riesgo de fractura (15, 5, 21).

## ATENCIÓN DE LA PACIENTE CLIMATÉRICA

La atención estará en relación con su estado menopaúsico y los síntomas referidos:



**Fuente:** B. Manzano. Climatérico. Orlando Rigol Ricardo y otros, Ginecología y Obstetricia. p 332.

Se debe descartar si existe afección ginecológica en esta etapa de la vida y actuar de acuerdo con ésta.

Es necesario para elevar la calidad de vida el manejo de la terapéutica de estas pacientes, por lo que se tomarán las medidas siguientes:

1. *Tratamiento higiénico-dietético:* promover un estilo de vida sano, con una dieta adecuada, con alimentos ricos en soya, vegetales y en calcio y con aporte de vitaminas, así como evitar el cigarro.

2. *Ejercicios físicos:* los ejercicios físicos, practicados de manera regular, ayudan a combatir la obesidad, hipertensión, ansiedad, depresión, afecciones cardiovasculares y dolores musculares.

3. *Terapia hormonal de remplazo (THR)*: la estrategia de la terapia dependerá de la edad, existencia del útero, intensidad de los síntomas y los antecedentes patológicos identificados (15,12,4).

a) Indicaciones:

- Síntomas climatéricos.
- Fallo ovárico precoz.
- Menopausia quirúrgica.
- Presencia de osteoporosis.
- Riesgo cardiovascular.

b) Contraindicaciones:

- Cáncer ginecológico.
- Enfermedades tromboembólicas.
- Disfunciones hepáticas.
- Diabetes e hipertensión severa. (15,21)

c) Ventajas:

- Mejora y elimina los síntomas vasomotores.
- Mejora los síntomas psicológicos.
- Mejora la atrofia del epitelio genitourinario.
- Mejora las alteraciones de la piel.
- Disminuye el riesgo de fractura por osteoporosis.
- Disminuye la enfermedad cardiovascular.
- Efecto favorable en el área emotivo-afectiva.

4. *Indicación de estrógenos*:

a) Vía oral:

- Estrógenos conjugados equinos: 0,625 mg.
- Valerianato de estradiol: 2 mg.
- 17 b estradiol micronizado: 2 mg.

b) Parches transdérmicos: (17 b estradiol a 50 µg/día).

c) Gel percutáneo: 17 b estradiol a 1,5 mg/día.

d) Implantes subcutáneos.

e) Cremas y óvulos vaginales.

f) Anillos vaginales de estrógeno natural durante 90 días.

5. Administración de progestágenos:

a) Progesterona natural: 200 mg.

b) Acetato de medroxiprogesterona: 10 mg.

c) Ciproterona: 1 mg. (15,12,4)

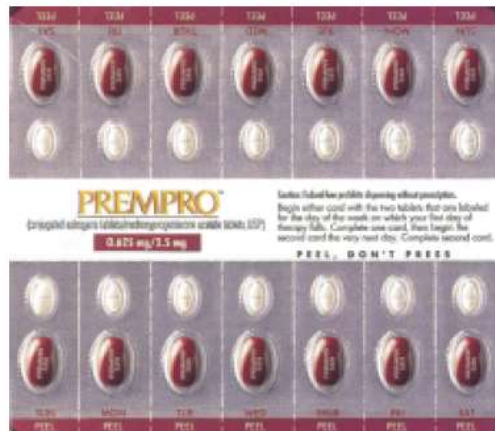


Fig. 33.5. Estrógenos conjugados equinos.



Fig. 33.6. Parches transdérmicos.



Fig. 33.7. Anillo vaginal de estradiol para controlar los síntomas urinarios del climaterio.

Fuente: B. Manzano. Climaterio. Orlando Rigol Ricardo y otros, Ginecología y Obstetricia. p 336, 337.

**Prevención de las complicaciones tardías**

La investigación desarrollada en el campo del climaterio y la menopausia nos ponen al tanto de las consecuencias a largo plazo que ocurren en los múltiples

órganos sobre los cuales los estrógenos tienen influencia, tales como el aparato cardiovascular, los huesos, la piel y mucosas. Hemos visto que la mujer de hoy tiene la posibilidad de vivir un mayor número de años, debido a que goza de mejor salud y mejor nutrición. Por lo mismo, gradualmente aparece un número mayor de mujeres con problemas serios de órganos y sistemas en los que ha cesado la influencia estrogénica, lo que les causa gran sufrimiento y se acompaña de un costo social muy elevado.

La prevención de las complicaciones más serias, tales como las cardiovasculares y osteoporosis, consiste en:

- Determinar la mujer con riesgo de problemas cardiovasculares y osteoporosis por medio de perfiles, tal como el de osteoporosis presentado líneas arriba.
- Evitar la extirpación de los ovarios prematuramente, antes de la menopausia, en el embarazo ectópico, la pelviperitonitis, histerectomías, salvo riesgo definido de cáncer de ovario (historia familiar de cáncer de ovario y, además, nulípara, con poliquistosis ovárica, diabética, obesa y/o con hipertensión arterial). La ligadura de trompas realizada por un cirujano que no conoce la anatomía apropiadamente, puede alterar definitivamente la irrigación de un ovario.
- Tratar la mujer que sufre de menopausia precoz con estrógenos exógenos.

## **TRATAMIENTO**

Aproximadamente en el 15% de las mujeres los síntomas tienen magnitud suficiente para justificar un tratamiento. En otras ocasiones sólo es necesario asesoramiento, pero si este no basta será necesario administración de fármacos, como estrógenos, en pequeñas dosis hará reducir los síntomas, y reduciendo gradualmente la dosis es probable que la mujer posmenopáusica evite los síntomas graves. (13).



El tratamiento puede ser hormonal o no hormonal en el primero se tiene algunas indicaciones, dependiendo de la paciente e intensidad de la sintomatología, así:

1. Estrógenos sin oposición.
2. Progestágenos.
3. Pauta cíclica combinada.
4. Pauta de estrógenos continuos y progestágenos cíclicos.
5. Pauta continúa combinada (15).

Cuadro 29-2. Indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento de restitución de estrógenos

<i>Indicaciones</i>	<i>Contraindicaciones</i>
Menopausia	<b>Absolutas</b>
Bochornos	Embarazo
Atrofia vaginal	Hemorragia uterina o no diagnosticada
Síntomas de vías urinarias	Tromboflebitis activa
Riesgo alto de osteoporosis	Enfermedad actual de vesícula biliar
Antecedentes familiares	Hepatopatía
Fumadoras de cigarrillos	<b>Relativas</b>
Peso corporal bajo	Antecedentes de cáncer mamario
Pruebas radiográficas	Antecedentes de tromboflebitis recurrente o enfermedad tromboembólica
Riesgo alto de enfermedad cardiovascular	
Infarto de miocardio o angina de pecho previos	
Hipertensión	
Antecedentes familiares	
Fumadoras de cigarrillos	

**Fuente:** Ginecología de Novak. Jonathan S. Berek M.D. MMSc.; capítulo 29. Página 907. 13 edición.

Este tratamiento tiene requisitos para su inicio y los más importantes son la ultrasonografía del útero, para medir el grosor del endometrio, y la realización de la mamografía.

### *ESTROGENOTERAPIA EN EL CLIMATERIO*

Un tercio de los estrógenos administrados por vía oral son convertidos en el hígado a glucorónido 3-E1, lo que no ocurre con la administración intramuscular de estrógenos. Aumentan la globulina ligadora de hormona sexual, la globulina ligadora de cortisol y el sustrato renina, y disminuyen la actividad de la antitrombina III. El estradiol aumenta el colesterol HDL (no así los estrógenos inyectables) y la proliferación de las células endometriales.

Los estrógenos tienen indicaciones preventivas y terapéuticas en el climaterio y menopausia. La evaluación inicial determinará si la mujer tiene riesgo para el empleo de estrogenoterapia, es decir, sufre de cáncer estrógeno dependiente, tromboflebitis, hiperlipidemia familiar, migraña, enfermedad convulsiva, endometriosis, siendo ahora usado con vigilancia en adenosis mamaria, varicosidades e hipertensión arterial. Se indicará mamografía, ecografía pélvica u otros métodos auxiliares y radiográficos, de ser necesario.

Decidido el empleo de estrógenos, se usará la menor dosis terapéutica, individualizando cada caso. En el caso de estrógenos conjugados, se les administrará cíclicamente y, salvo que el útero esté ausente, se complementa con gestágenos durante 10-14 días al final del ciclo, de manera de evitar el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer. También se puede administrar en forma continua 0,625 mg de estrógenos conjugados y 2,5 mg de medroxiprogesterona. En casos de ausencia quirúrgica del útero, se administra los estrógenos en forma permanente, sin añadir progestágenos. Los efectos del estriol oral son útiles, pero más leves, encontrándose mejor efecto con los parches de estradiol 50 mg aplicados dos veces por semana y de pellets de 50 mg cada 6 meses en mujeres con más de 10 años de amenorrea y en la menopausia precoz. Para que exista beneficio en la terapia hormonal, se requiere que disminuya el colesterol LDI, y los triglicéridos, lo que se consigue mejor con el estradiol transdérmico que con los estrógenos vía oral. (20).

<b>Tabla 3. Mujer con riesgo para la estrogenoterapia</b>
- Cáncer estrógeno dependiente
- Historia de tromboflebitis
- Hiperlipidemia familiar
- Migraña
- Enfermedad convulsiva
- Endometriosis
- Discutible: Adenosis mamaria Varicosidades Hipertensión Arterial

**Fuente:** Pacheco José. Climaterio y menopausia. Perú. 16 de junio de 2005. Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_40n1/climaterio.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_40n1/climaterio.htm)

Otros especialistas prefieren el uso de estrógenos parenterales combinados con progestágenos y/o andrógenos, cuyo pico estrogénico es inmediato, para luego caer rápidamente; además, los efectos androgénicos pueden ser molestos. Y, en casos de vulvovaginitis y cistitis, se utiliza las cremas estrogénicas de aplicación local.

Mientras cada día hay más adeptos a la administración de estrógenos para siempre, hay consenso en administrar los estrógenos a toda paciente con sintomatología del climaterio o con riesgos de trastornos cardiovasculares u osteoporóticos de acuerdo a perfiles clínicos de riesgo, o en la menopausia precoz. El tratamiento de reemplazo hormonal (TRH) se mantendrá mientras haya sintomatología o riesgo, lo cual puede ser por tiempo indefinido. Cuando la paciente desee discontinuar el tratamiento, se conversará con ella ampliamente sobre los riesgos y beneficios del TRH. El ginecólogo deberá tener presente que, si bien hay evidencia de los beneficios del THR también es cierto que la prevalencia del uso de estrógenos en Estados Unidos de América y Australia del Sur no es mayor de 18 meses y la expectativa de vida con THR sólo se elevaría en menos de un año.

Un nuevo esteroide utilizado para los síntomas del climaterio es la tibolona, la que tiene propiedades progestogénicas, estrogénicas y androgénicas combinadas, por lo que alivia los bochornos y la sudoración, mejora la libido, eleva el humor y tiene una baja incidencia de efectos secundarios. No causa proliferación del endometrio ni hemorragia por supresión y aumentaría la masa ósea en más del 6% en dos años.

### ***Estrógenos y cáncer***

Desde tiempo atrás existió temor en el empleo de estrógenos exógenos por la probabilidad de cáncer. Efectivamente, se encontró una mayor frecuencia de cáncer cuando se empleó dosis altas de estrógenos y sin la contraparte de los

progestágenos. La asociación que más se ha estudiado es aquella con adenocarcinoma de endometrio.

<b>Tabla 5. Histología endometrial en pacientes con y sin estrogenoterapia antes de presentar sangrado postmenopáusico. Pacheco y Kempers, Clínica Mayo, 1968(49)</b>				
	Estrogenoterapia pre legado uterino			
	No		Sí	
	Casos	%	Casos	%
Adenocarcinoma	54	18	9	10
Endometrio atrófico	175	57	33	36
Endometrio proliferativo	29	9	30	32
Endometrio hiperplásico	0	--	2	2
Endometrio insuficiente	50	16	19	20
Total	308	100	93	100
- Se excluye polipos, cervicitis, vaginitis senil.				

**Fuente:** Pacheco José. Climaterio y menopausia. Perú. 16 de junio de 2005. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_40n1/climaterio.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_40n1/climaterio.htm)

<b>Tabla 6. Menopausia: Terapia no estrogénica</b>
Sedantes: reducen los bochornos fenobarbital + belladona
Tranquilizantes: ansiedad, insomnio, irritabilidad diazepínicos, etc. Ojo con hábito vitamina B6 (piridoxina)
Antidepresivos: sólo en la depresión psiquiátrica fenotiazina, inhibidores de la MAO, imipramina manejo por el psiquiatra
Bochornos : progestágenos contraceptivos orales clonidina, naloxona
Osteoporosis: calcitonina calcio 1 - 1,5 g flúor vitamina D 400-800 UI/día.

**Fuente:** Pacheco José. Climaterio y menopausia. Perú. 16 de junio de 2005. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_40n1/climaterio.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_40n1/climaterio.htm)

No existe un incremento significativo de la incidencia del cáncer de ovario con el uso de estrógenos y, más bien, se observa una reducción con el empleo de los anticonceptivos orales que contienen estrógenos. Tampoco se encuentra aumento del cáncer de mama con los estrógenos y, sin embargo, algunos reportes indican

que los progestágenos pudieran incrementar dicha posibilidad. Esto ocurriría por acción sinérgica con los estrógenos, estimulando su acción biológica.

**Cuadro 29-3. Dosis estándar usadas para el tratamiento de restitución hormonal**

<i>Hormona</i>	<i>Dosis inicial usual</i>
<b>Estrógenos</b>	
<b>Orales</b>	
<i>Estrógenos equinos conjugados</i>	0.625 a 1.25 mg diarios
<i>Estrógenos conjugados sintéticos</i>	0.625 a 1.25 mg diarios
<i>Estradiol micronizado</i>	1 a 2 mg diarios
<i>Estrógenos esterificados</i>	0.625 a 1.25 mg diarios
<i>Estropipato</i>	0.625 a 1.25 mg diarios
<i>Etinilestradiol</i>	0.02 mg diarios
<b>Parche tópico</b>	
<i>17β-estradiol</i>	0.025 a 0.1 mg en parche una o dos veces por semana (dependiendo de la marca)
<b>Vaginales</b>	
<i>Estrógenos equinos conjugados</i>	0.2 a 0.625 mg, 2 a 7 veces por semana
<i>17β-estradiol</i>	1.0 mg, 1 a 3 veces por semana
<b>Inyectables</b>	
<i>Estrona</i>	0.1 a 1.0 mg semanal
<i>Estradiol, cipionato, en aceite</i>	1 a 5 mg IM semanal durante 3 a 4 semanas
<i>Estradiol, valerato, en aceite</i>	10 a 20 mg IM cada 4 semanas
<b>Progestágenos (orales)</b>	
<i>Acetato de medroxiprogesterona</i>	2.5 a 5 o 10 mg diarios, 12 a 14 días/mes
<i>Noretindrona</i>	5 mg diarios
<i>Acetato de noretindrona</i>	2.5 a 5 mg diarios
<i>Norgestrel</i>	0.15 mg diarios
<i>Progesterona micronizada</i>	100 a 300 mg diarios
<b>Combinaciones estrógenos/progesterona</b>	
<b>Orales</b>	
<i>Estrógenos equinos conjugados/acetato de medroxiprogesterona</i>	0.625 mg/5 mg o 0.625 mg/2.5 mg diarios; o 0.625 mg de estrógenos seguido por 0.625 mg/5 mg (14 días cada uno)
<i>Etinilestradiol/acetato de noretindrona</i>	0.05 mg/1 mg diarios
<i>Estradiol/norgestimato</i>	1 mg de estradiol seguido por 1 mg de estradiol/0.09 mg de norgestimato (3 días cada uno)
<i>17β-estradiol/acetato de noretindrona</i>	1 mg/0.5 mg diarios
<b>Parche tópico</b>	
<i>17β-estradiol/acetato de noretindrona</i>	0.05 mg/0.25 mg diarios
<b>Estrógenos/andrógenos, combinados (orales)</b>	
<i>Estrógenos esterificados/metilttestosterona</i>	1.25 mg/2.5 mg o 0.625 mg/1.25 mg diarios
<b>Reguladores selectivos del receptor de estrógenos (oral)</b>	
<i>Raloxifeno</i>	60 mg diarios

IM, intramuscular.

**Fuente:** Jonathan S. Berek M.D. MMSc. Ginecología de Novak. capítulo 29. Página 907. 13 edición.

Para todo efecto, se hará un seguimiento Cuidadoso de la mujer en HTR, al inicio, a los dos meses y, luego, cada 6 meses, determinándose si hay efectos secundarios, tales como menorragia, metrorragia, mastodínea. Ante una

hemorragia atípica, se practicará una biopsia por escobillonado o aspiración o un legrado uterino diagnóstico.

La asociación de la oposición de la progesterona se realiza para evitar la hiperplasia endometrial y el cáncer del endometrio.

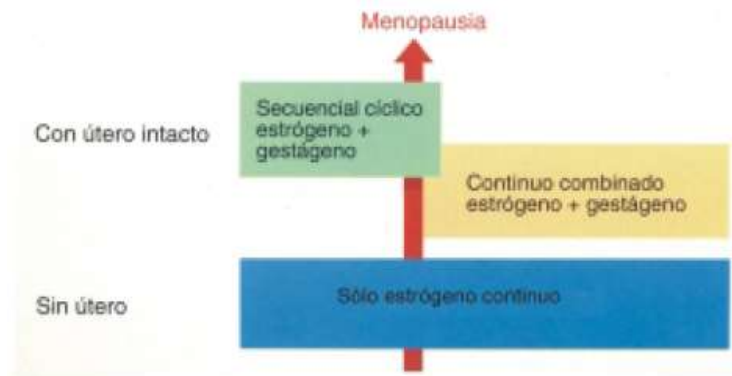


Fig. 33.8. Tipos de tratamiento en el climaterio. Tomado de Schering, *op. cit.*

Fuente: B. Manzano. Climaterio. Orlando Rigol Ricardo y otros, Ginecología y Obstetricia. p 338.

## MEDICAMENTOS NO ESTROGÉNICOS

Se indicará los medicamentos no estrogénicos en los siguientes casos:

- Si los esteroides sexuales están contraindicados.
- Si la paciente no responde a la terapia hormonal.
- Si la paciente rehusa el tratamiento con hormonas.
- Si existe intolerancia al tratamiento hormonal, tal como náuseas, retención de líquidos, hemorragias.

Con respecto a los bochornos, se emplea los progestágenos y los contraceptivos orales, así como esteroides androgénicos, los que pueden tener efectos virilizantes. Aunque los resultados no son consistentes, la clonidina a dosis bajas (0,025-0,05 mg bid) parece atenuar la reactividad anormal a los estímulos vasodilatadores y vasoconstrictores, teniendo un papel en la migraña y en los bochornos postmenopáusicos; inhibiría la función del sistema nervioso simpático,

interactuando con el receptor alfa adrenérgico central, sin variar los niveles de estradiol, LH, FSH y prolactina.

En la menopausia existe imbalance entre la formación y la resorción ósea. La ingesta sola de calcio no inhibe la resorción. Existen receptores de estradiol en las células osteoblásticas y de calcitonina en los osteoclastos, por lo que la administración de estrógenos y calcitonina impedirían la resorción ósea. Sin embargo, las dosis de estrógenos necesarias para una ganancia neta de masa ósea es mayor que la usada para el control de otros síntomas perimenopáusicos, por lo que existe riesgo de efectos adversos. La calcitonina inhibe la actividad de los osteoclastos y la resorción ósea. La dosis baja 50-200 UT intranasal previene la pérdida de hueso, sin efectos secundarios como el sangrado Litterino. No tiene acción protectora sobre el sistema cardiovascular. Citando se administra con calcio 500 mg diarios, la densidad ósea aumenta al sexto mes. De preferencia se administra durante dos semanas cada mes, descansando las otras dos semanas. Se considera que la administración combinada con estrógenos es muy efectiva en recuperar masa ósea (20).

#### *TRATAMIENTO NO HORMONAL*

1. Acupuntura.
2. Terapia floral (para aliviar los síntomas psíquicos y emocionales).
3. Medicamentos que disminuyen los sofocos: veralepride, metoclopramida, etc.
4. Psicoterapia y orientación: técnicas de relajación.

En este aspecto del tratamiento, la paciente se debe evaluar con enfoque multidisciplinario y, sobre todo, explorar los fenómenos sociales que pueden incrementar estos síntomas y afectar la calidad de vida de la mujer en esta etapa de la vida (15).

*Alimentación:* El médico que atiende a la mujer climatérica debe considerar un esquema de manejo global que incluya alimentación adecuada, ejercicios, distracción, además de estrógenos, progestinas u otros esteroides.

La alimentación debe ser balanceada, sin mayor variación de la que recibe la mujer en edad reproductiva que no gesta o da lactancia. La producción energética total disminuye con la edad por la disminución de la masa muscular, calculándose los requerimientos energéticos en alrededor de 1800 Kcal/día. La mujer aumenta de peso después de la menopausia, en más de 2,5 kg en 20% y 5 kg ó más en otro 29%, en parte también debido a la disminución de su actividad. Por lo tanto, será necesario indicar dietas con menos calorías, pero con alto contenido de nutrientes.

La mujer menopáusica necesita una buena ingesta de proteínas, pero evitando las carnes rojas. Son de elección la carne magra, pescado y pollo, quitando la grasa visible de la carne y la piel del pollo. Como el organismo disminuye su habilidad para metabolizar los hidratos de carbono, se deberá indicar alimentos con azúcares complejos y fibra. Se recomendará cítricos, frutas, tomate, verduras verdes y amarillas, cereales de grano entero. Se disminuirá las grasas por la tendencia a la obesidad. El deterioro del balance de calcio debido a disminución de su ingesta y absorción intestinal e hipercalciuria, hace recomendable que se consuma un vaso de leche al día o yogurt descremado o queso o administrar 1,5 g de calcio elemental diario para prevenir la osteoporosis, así como indicar vitamina D 400 a 800 UI por día si no hay suficiente exposición al sol. Por los mismos estudios sobre osteoporosis y sobre trastornos cardiovasculares e hipertensión, se evitará los excesos de sal, café y alcohol, así como se prohibirá el cigarrillo (20).

<b>Tabla 7. Climaterio y menopausia: Alimentación</b>
- Alimentación balanceada 1800 kcal/día
- Alto contenido de nutrientes
- Buena ingesta de proteínas: pescado, pollo sin piel, carnes rojas poca cantidad



Azúcares complejos + fibra
Cítricos – Frutas
Tomates - Verduras verdes y amarillas
Cereales de grano entero
- Disminuir grasas
- Calcio: 1 vaso de leche/día o yogurt decremado o queso o calcio elemental 1 g.
- Vitamina D 400 - 800 UI si no hay exposición al sol
- No exceder sal, café, alcohol.
- Prohibir cigarrillo

**Fuente:** Pacheco José. Climaterio y menopausia. Perú. 16 de junio de 2005. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_40n1/climaterio.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_40n1/climaterio.htm)

Son pertinentes las recomendaciones del Comité en Dieta, Nutrición y Cáncer de la Academia Nacional de Ciencias Americana en un intento de prevención del cáncer por métodos nutricionales, y que son las siguientes;

- Reducir el consumo tanto de grasas saturadas como de no saturadas.
- Incluir en la dieta diaria frutas (sobre todo cítricos y frutos ricos en carotenos), verduras en general (especialmente de la familia de la col) y productos a base de cereales integrales.
- Reducir al máximo el consumo de alimentos curados, conservados en vinagre o ahumados.
- Ingerir alcohol en dosis moderadas (20).

*Ejercicio:* Se ha observado que el ejercicio disminuye la pérdida de masa ósea en la mujer menopáusica. Así, se ha reportado que las mujeres atléticas de 55 a 75 años tenían valores de densidad ósea en radio y columna vertebral iguales a los de mujeres atléticas menores de 50 años y sin la disminución que ocurrió en las mujeres mayores de 50 años no atléticas. La mujer "atlética" realizaba ejercicios al menos tres veces por semana, ocho o más meses durante el año y durante un mínimo de tres años. Estudios similares sugieren la importancia del ejercicio físico para evitar la pérdida de masa ósea, recomendándose que éste se inicie años antes de la menopausia. La actividad debe combinar ejercicios aeróbicos con ejercicios de flexibilidad, fortalecimiento muscular y relajación 20 a

30 minutos por sesión, tres veces a la semana, incluyendo caminatas, montar bicicleta, correr, levantamiento de pesas, ejercicios isométricos e isotónicos. Los ejercicios en ingravidez, tal como la natación, no serían satisfactorios, recordando que los astronautas pierden masa ósea durante sus viajes espaciales (20).

### **El climaterio: un reto en la calidad de vida**

El 76% de las mujeres están activas físicamente durante la menopausia y requieren estabilidad emocional durante esta nueva etapa

El climaterio representa para muchas mujeres el comienzo de una nueva etapa, llena de oportunidades de desarrollo y crecimiento personal. Este periodo en la vida de la mujer, marca la transición de una etapa reproductiva a una no reproductiva y da inicio alrededor de los 45 años y se prolonga hasta los 65 años. Durante el climaterio se pueden presentar diversas alteraciones físicas y psíquicas asociadas con la caída de los niveles de estrógenos. Los síntomas más comunes se relacionan con los trastornos del ciclo menstrual, bochornos, insomnio y cambios en el estado de ánimo. La prevención desempeña un papel importante para evitar complicaciones durante el climaterio, considerada como una segunda etapa de juventud en la mujer (22).

# CALIDAD DE VIDA

## CONCEPTOS

En la literatura científica existe cierta confusión a la hora de utilizar términos como salud, estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. Con frecuencia estos términos se usan indistintamente como si de sinónimos se tratara, y esta situación no ayuda sino a la confusión terminológica en cuestiones ligadas a la salud, que ya de por sí son objeto de viva controversia entre los diferentes profesionales que toman parte en cuestiones relativas a ésta.

La definición de salud más aceptada y difundida es en la actualidad la desarrollada por la OMS, en la que se define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (WHO, 1958). Teniendo en cuenta la anterior definición se ha asociado el estado de salud a aquellas medidas objetivas obtenidas únicamente por el médico, es decir, las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos (Badía, 1995), dejando de lado todas las medidas subjetivas, por ejemplo, el dolor.

Según Bergner (1989), el concepto “estado de salud” contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque puedan interaccionar con ella. Con este concepto se describe la salud tal y como se ha medido tradicionalmente, de forma objetiva (por ej., por un observador o alguna medida estándar externa), bien como diagnóstico o como puntuación en una escala (Lawton, 2001).

La calidad de vida es un concepto más amplio e incluye no sólo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud. Hörnquist (1989) la define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud.

Aunque no hay todavía ningún acuerdo general respecto a la definición precisa de la calidad de vida, resulta útil perfilar algunas cuestiones o ideas clave (Cummins, 1997, 1999):

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque exista todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de los tres anteriores (salud, estado de salud y calidad de vida) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995). Patrick y Erickson (1993) definen la calidad de vida relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política.

La calidad de vida relacionada con la salud es un constructo latente, no observable directamente, que solamente puede ser deducido de manera indirecta a través de indicadores. Representa, asimismo, un constructo multidimensional (Siegrist, Broer y Junge, 1996) (26).

## INTRODUCCIÓN

Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término.

Por otra parte, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. El Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud (Levi, L., 2001) estima para el 2020 que el stress sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida. Esta situación en que conviven el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud junto a montos elevados de stress y enfermedades asociadas, insatisfacción en gran parte de los usuarios de los servicios de salud, lleva a cuestionarse qué pasa en nuestras sociedades, en general, y en particular qué concepto de salud y definido por quién estamos usando.

Entramos en el siglo XXI, la tecnología avanza a pasos agigantados y la medicina no es ajena a este crecimiento. Los conocimientos disponibles permitirían solucionar los problemas de alimentación de la humanidad. Sin embargo, como señaló el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) en la Declaración de Uruguay -en una afirmación que a casi 10 años mantiene total vigencia-, "las

significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones".

En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, *donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.*

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud (24).

En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones (Guyatt, G.H.; Feeny, D.H., Patrick, D., 1993) (23).

La población mundial crece a un ritmo acelerado y esto ha llevado al incremento en el número de mujeres mayores de 50 años. En las sociedades

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

Tradicionalmente la evaluación del estado de salud se ha basado en la medición de parámetros objetivos obtenidos de la clínica y de métodos complementarios de diagnóstico, cuantificables, pero no siempre relacionados con la experiencia subjetiva y personal de la paciente respecto a su propio estado. Por lo tanto es preciso añadir la percepción que la persona tiene de su condición, de su sentido de bienestar general o de su capacidad para funcionar en la vida diaria. De lo anterior se desprende la necesidad de considerar el impacto de la menopausia en la calidad de vida en la mujer de mediana edad para ajustar las intervenciones preventivas o terapéuticas a aquellos aspectos con mayor probabilidad de repercutir positivamente.

#### *CALIDAD DE VIDA (CV): ASPECTOS CONCEPTUALES*

El concepto de “calidad de vida” ha evolucionado desde una concepción sociológica hacia una perspectiva psico-socio-cultural. Ambas posiciones se unen en la definición de CV sostenida por la Organización Mundial Salud 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.

La CV se valora en función de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos. La autodeterminación tiene un lugar principal en este concepto. La multidimensionalidad del concepto de CV es ampliamente reconocida. La OMS definió 6 extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la CV: la física, la psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

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

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

La utilidad de la valoración de la CVRS se resume a continuación:

- Contribuye al conocimiento más preciso del impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes.
- Contribuye a mejorar el diagnóstico clínico y a individualizar y priorizar los tratamientos.



- Es un indicador de resultado útil para evaluar la eficacia de un tratamiento determinado. Son instrumentos de monitoreo de tratamientos.
- Puede contribuir a mejorar la relación médico-paciente.
- Pueden contribuir a la mejoría de la adhesión al tratamiento.
- Los beneficios obtenidos como consecuencia de las intervenciones sanitarias se valoran teniendo en cuenta la mejoría de la CVRS.
- La valoración de la CVRS es en la actualidad un análisis casi obligado para el desarrollo y comercialización de nuevas moléculas o de nuevas indicaciones para moléculas antigua.

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

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

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

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

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

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

Se ha considerado a la menopausia un tiempo de cambios fisiológicos, intrapsíquicos, sociales y culturales para la mujer de mediana edad. 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.

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. Otros factores a tener en cuenta, para comprender el amplio rango de conductas y expresiones de síntomas de una cultura a otra, son: la dieta, el clima, el patrón de menstruaciones mensuales, la historia del ciclo reproductivo, incluyendo el embarazo y la lactancia. No hay que perder de vista la importancia del impacto de la menopausia en el cambio de roles sociales de la mujer que se pueden asociar a cambios de posición social.

En la literatura antropológica clásica, son escasas las referencias a este umbral de transición. Las investigaciones han resaltado fundamentalmente, la etapa fértil o la vejez, aunque aparecen algunas menciones genéricas en relación con la capacidad de concebir o el rol de la mujer dentro del grupo. Por ejemplo, hay

descripciones referidas a los iroqueses, pueblo de linaje matrilineal, donde las "matronas", mujeres de edad madura, presumiblemente menopáusicas, disponen de poderes considerables, con relación a las mujeres más jóvenes, aún cuando, no lleguen al ejercicio del poder político ni a la igualdad con los hombres en el proceso de decisión. Asimismo, en las sociedades árabes las familias conforman un grupo fuertemente jerarquizado, cuya autoridad reposa en el hombre. La mujer cumple un rol subordinado y limitado a las tareas domésticas y a la procreación hasta que finaliza su ciclo fértil. Es el momento en el cual, adquiere poder y predominio frente a las otras mujeres, mas jóvenes de su familia, que quedan a partir de ese momento subordinadas a sus decisiones.

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

sexualidad, la actividad y deseo sexual cesan con la finalización de la fertilidad. La actividad sexual es vista como inapropiada para las mujeres mayores y reconocida como una marca biológica de vejez donde se espera que la energía decline y la salud se deteriore. En la literatura médica del siglo XIX también podemos encontrar concepciones semejantes. En un tratado popular que data de 1849, el médico Antonin Bossu señalaba que la mujer menopáusica que ya no perdía más sangre, debía abstenerse de tener relaciones sexuales porque podía padecer "congestión de la matriz". Hacia mediados de la década de 1970, la medicina buscaba demostrar el carácter universal del llamado síndrome menopáusico y sus manifestaciones sintomatológicas. En este modelo los datos provenían de poblaciones occidentales que concurrían a la atención clínica. Los primeros trabajos interculturales, con una perspectiva opuesta, planteaban la diversidad de síntomas y su correlación con las influencias individuales y culturales en un contexto socio-económico-político determinado. Los trabajos de Beyene entre las mujeres mayas y griegas, de Lock y Zeserson con las japonesas, de Davis en Canadá, reconocen la variabilidad y dispersión en la percepción y experiencia de la menopausia con relación a los significados socioculturales adscriptos a la misma. Llamam la atención respecto al lugar que ocupa el cuerpo en este proceso, que no es siempre central ni prioritario para la mujer.

Estas primeras investigaciones que focalizaban en las diferencias, a través del estudio de listas de síntomas e índices de actitud comienzan a plantear la inexistencia de manifestaciones sintomáticas en algunos grupos. 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. 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 menopáusicos.

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.

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

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

El proceso menopáusico, entendido como un evento significativo, puede hacer referencia al impacto negativo y problemático ligado a la severidad de la sintomatología en algunas mujeres. Pero, contrariamente al estereotipo social y médico de una mirada negativa hacia esta etapa vital, en algunos estudios y para muchas mujeres, no parece ser un hecho que marque un cambio significativo en sus vidas. O no produce modificaciones importantes en la vida cotidiana o es una etapa ventajosa que produce alivio y beneficios ligados a la doble liberación: de cuidados higiénicos y de cuidados y temores frente a posibles embarazos. En algunas aldeas tailandesas las mujeres dan la bienvenida a esta etapa ya que es vista como sinónimo de libertad respecto de la menstruación, embarazos y nacimientos. Hecho que les hace sentir liberadas de los tabúes menstruales que restringen su movilidad, otorgándoles gran independencia. Más aún, hay estudios cuantitativos que desafían este estereotipo negativo destacando que es pequeña la experiencia de otros síntomas físicos con excepción de los vasomotores y plantean que el proceso menopáusico no afectaría a la salud en general ni a los comportamientos relacionados con las visitas al médico. Dona Davis, ha llegado a sugerir que nombrar la menopausia como una crisis de la mujer, puede ser un fenómeno médico devenido de la representación de la menopausia como una enfermedad o condición deficiente.

Las investigaciones continúan desarrollándose actualmente, como el estudio SWAN (*Study of Women's Health across the Nation*) en el cual se incluyeron 14.906 mujeres de distintos grupos étnicos de los Estados Unidos, encontrando mayor sintomatología psicósomática entre las mujeres caucásicas mientras que los grupos afro-americanos manifestaron mayores síntomas vasomotores. 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, a nuestro entender.

En América Latina el tratamiento de esta temática ha sido escaso y podríamos situar 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 queda planteada la cuestión referida a la similitud de los síntomas, creencias y actitudes que se producen en las poblaciones caucásicas de los países desarrollados con respecto a los países de la región. Recientemente un estudio realizado en Ecuador, en un grupo de mujeres de bajo nivel socioeconómico, encontró como indicadores más frecuentes la dificultad para concentrarse, sentimientos de infelicidad o malestar, dolor de cabeza y síntomas vasomotores.

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

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

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

Hace años se vienen desarrollando gran número de instrumentos de CVRS que, en forma de cuestionarios, intentan asignar un valor a ese concepto abstracto y subjetivo. 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. La medida tiene un sentido subjetivo: el grado de cambio para dos personas puede ser el mismo pero los efectos comparables pueden tener diferencias significativas. Se valora en estos cuestionarios de CVRS la habilidad para detectar cambios clínicamente importantes aún si son cambios pequeños.

***Cuestionarios genéricos:***

Hay dos tipos de instrumentos para evaluar la CVRS: los cuestionarios genéricos y los específicos relacionados a una enfermedad o condición determinada. Los cuestionarios genéricos de CVRS describen la percepción del individuo respecto a su salud y bienestar general en las amplias áreas del funcionamiento. Cada uno de éstas puede contribuir de forma independiente a la CVRS. Aunque los dominios varían de una escala a otra, de una manera general, todos los cuestionarios evalúan el funcionamiento del individuo en los tres siguientes: físico, emocional o afectivo y social. El primero incluye la presencia de trastornos orgánicos y limitaciones ocasionadas por alguna enfermedad o condición. En el área emocional se investiga la presencia de tristeza, irritabilidad, ansiedad y otros. En el dominio social se explora su integración en la sociedad y su capacidad para el trabajo y la vida diaria.

En ocasiones algunos cuestionarios incluyen otro dominio denominado genéricamente “vitalidad”, donde se explora este aspecto del psiquismo. Como se puede apreciar las escalas genéricas son multidimensionales y con ellas se puede explorar un amplio abanico de factores que influyen en la CV. Los cuestionarios genéricos de CVRS permiten la comparación entre diferentes grupos incluso con personas saludables. Sin embargo, en ocasiones son poco sensibles para evaluar la evolución de una determinada enfermedad o el resultado de la aplicación de diferentes estrategias terapéuticas. Uno de los inconvenientes de la aplicación de estas escalas de CVRS durante la menopausia es su menor sensibilidad y especificidad. Entre las escalas genéricas más usadas se encuentran: Nottingham Health Profile, Short Form-36 (SF-36) y Psychological General Well Being (PGWB).

El Cuestionario SF 36 para medir la calidad de vida es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional (24).

Los ocho conceptos de salud (dimensiones) determinados en el cuestionario SF-36 se resumen en la siguiente tabla (17):

Dimensión	Significado
<b>Función física</b>	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
<b>Rol físico</b>	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
<b>Dolor corporal</b>	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
<b>Salud general</b>	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
<b>Vitalidad</b>	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
<b>Función social</b>	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
<b>Rol emocional</b>	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
<b>Salud mental</b>	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

**Fuente:** Luis M. Molinero. Cuestionarios de Salud. [En línea]. España. Febrero 1998. [Fecha de consulta: 1 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/pdf/cucadevi.pdf>

### ***Cuestionarios específicos de CV en la mujer menopáusica***

La evaluación del síndrome climatérico ha sufrido la falta de un instrumento psicométrico estandarizado válido y confiable para medir los síntomas más

comúnmente experimentados por las mujeres en esta etapa de su vida. La investigación del impacto de los síntomas climatéricos sobre la mujer de mediana edad se ha realizado tradicionalmente a partir de escalas clínicas, verdaderos inventarios de síntomas sin propiedades psicométricas probadas, para evaluar la eficacia de las intervenciones médicas.

### **3. ¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD Y EXPECTATIVA DE VIDA EN EL CLIMATERIO?**

Los fundamentos de la *promoción de la salud* están comprendidos en los principios de *salud para todos* de la Organización Mundial de la Salud: *agregar vida a los años, no años a la vida*. Hasta el momento actual el énfasis se ha puesto en la cantidad de vida y no en una preocupación por la calidad de la misma.

Los sistemas de salud hasta ahora implementados son básicamente asistencialistas 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 en la comunidad, al mayor número de la población femenina en esta etapa que gocen de una óptima calidad de vida el mayor tiempo posible.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

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

hacia su salud, su ciclo reproductivo, la menstruación, la fertilidad y el envejecimiento.

- Las evaluaciones de calidad de vida representan la perspectiva y experiencia de la mujer en la menopausia, son útiles para comprender y precisar las necesidades de acuerdo a los aspectos afectados.
- Las terapias de reemplazo hormonal son una alternativa para mejorar la calidad de vida de mujeres con síntomas que interfieren su vida cotidiana.
- Los “predicadores del estrógeno” ven a la TRH como el programa de medicina preventiva más significativo; los que “niegan los estrógenos”, por el contrario, relacionan la THR a largo plazo como la medicalización de la menopausia. Considerando que estas situaciones son demasiado rígidas, es oportuno considerar alternativas que se encuentren en el medio de ambas posturas.
- Hay fuertes evidencias bibliográficas que la THR mejora la calidad de vida de la mujer climatérica sintomática no obstante su utilización mantiene aspectos controversiales.
- Evaluar la calidad de vida de la mujer climatérica desde una perspectiva bio-psico-socio-cultural y el impacto de la THR en la misma mediante escalas específicamente diseñadas y validadas que permitirán una mejor comprensión de la percepción de la mujer y sus necesidades a lo largo de esta etapa vital para mejorar la eficiencia de los tratamientos dirigidos a aliviar la sintomatología.
- El tratamiento hormonal, cuando esté indicado, tiene que formar parte de una asistencia integral que contemple la influencia de los factores psicológicos, sociales y culturales en esta etapa de transición del ciclo vital y aporte estrategias de afrontamientos adecuados y oportunos que mejore la capacidad de las mujeres para el desarrollo de sus vidas.
- Las futuras investigaciones tienen que incluir sistemáticamente los distintos dominios que pueden verse afectados en la vida de la mujer de mediana edad en nuestras sociedades (24).

# METODOLOGÍA

## Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación fue un estudio descriptivo relacional de campo, cuantitativo, cualitativo y de corte transversal en mujeres que se encuentran en climaterio.

## Población de estudio

La población en estudio correspondió a las mujeres > 45 años, 36 del “grupo del adulto mayor del IESS de Loja” y 36 de las mujeres de la parroquia Vilcabamba.

## Criterios de inclusión

- Mujeres con sintomatología de climaterio por mínimo 1 año incluyendo el cese de la menstruación mínimo 1 año
- Mujeres con amenorrea, por más de 1 año.
  - Mujeres del grupo del “adulto mayor del IESS Loja” que estuvieron asistiendo regularmente a las reuniones por un tiempo mínimo de 6 meses y con una frecuencia del 80%.
- Mujeres que viven en la parroquia de Vilcabamba, con una residencia no menor de 10 años.
- Mujeres que accedan a colaborar voluntariamente en la presente investigación.

## Criterios de exclusión

- Mujeres que presenten patologías o enfermedades mentales que impidan responder a la entrevista personal.

## PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS

Parar el desarrollo de la presente investigación se propuso un estudio de campo, en donde los grupos de población a investigar, corresponden a mujeres mayores

de 45 años que hayan presentado sintomatología de climaterio desde hace más de 1 año incluyendo el cese de la menstruación mínimo 1 año; de estos grupos a investigar el uno pertenece al cantón Loja constituyéndolo las mujeres que asisten regularmente al “grupo del adulto mayor del IESS de Loja”, el otro grupo lo constituyen las mujeres que viven en Vilcabamba, que accedan voluntariamente a colaborar con la entrevista, este grupo será seleccionado aleatoriamente y el total deberá constituir un número igual al que se encuentre en el grupo de Loja para poder realizar de esta forma un mejor estudio comparativo; en el primer grupo se entrevistará primeramente a su directora la Dra. Barbarita Gómez para explicarle el fin del presente proyecto y solicitarle la colaboración por parte del grupo al cual dirige, en las mujeres que viven en Vilcabamba, se solicitará personalmente a las mujeres >45 años su colaboración explicándoles la finalidad del presente trabajo de investigación.

Para la aplicación de esta investigación se desarrolló un instrumento de recolección de datos previamente elaborado que será aplicada a las mujeres que cumplan los criterios de inclusión, este está compuesto de cuatro partes.

*La primera parte* corresponde a la hoja de consentimiento, documento a través de la cual la usuaria accede a colaborar en el desarrollo y elaboración de la presente investigación, al colocar en la misma su número de cédula y su rúbrica.

*La segunda parte* es la hoja de registro donde se colocó la fecha y hora a la cual se realiza la entrevista personal, datos de filiación y antecedentes personales tanto gineco-obstétricos, quirúrgicos, como alérgicos y de transfusiones sanguíneas que interfieren en el estilo y por tanto en la calidad de vida de las entrevistada, además del tratamiento que recibe para alguna o algunas enfermedades si las hubiese, el apoyo moral que recibe por parte de su familia, el apoyo económico que tiene, desde cuando presenta amenorrea y demás síntomas que se presentan durante el climaterio, si está o no tomando alguna medicación para el mismo; como por

ejemplo tabletas en base de hormonas, o para alguna patología crónica degenerativa.

*La tercera parte* consta del cuestionario MFCT, una adaptación del cuestionario SF-36 para determinar la calidad de vida relacionada con la salud y de la versión chilena del cuestionario MRS para evaluar la calidad de vida en el climaterio.

El cuestionario MFCT consta de 11 escalas conformadas por: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental, Evolución Declarada de la Salud, Afectación de la salud por el climaterio; estos están agrupados en 12, los cuales fueron recalibrados, para poder obtener una puntuación más precisa, que constituyó el valor final, y nos permitió obtener el valor de la calidad de vida. Cada escala tiene un valor mínimo y un valor máximo posibles, que son los valores crudos. Luego con la puntuación cruda obtenida se calculó una nueva puntuación cruda que a través de la aplicación de una fórmula nos permitió obtener un valor de entre 0 y 100 para poder determinar la calidad de vida, mientras más se acerque a 0 peor es la calidad de vida y mientras más se acerque a 100 mejor es la calidad de vida relacionada con la salud y el climaterio; esto lo logramos con la ayuda de tablas elaboradas que nos indican el valor de cada uno de los ítems y que escala valora cada uno de estos, además de estas tablas que indica las escalas, existe tablas previamente elaboradas que nos indican, de las escalas sus puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles, puntuación cruda media y la transformación de cada una de estas puntuaciones crudas en una escala de 0 a 100 como se menciono, esta transformación se la realizó utilizando una fórmula que se denomina “escala transformada”, como se indica:

$$\text{Escala Transformada} = \left[ \frac{(\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right] \times 100$$

**Fuente:** Aiguader., Instituto Municipal de Investigación médica de Barcelona. Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Barcelona – España. p 24.

Al aplicar esta fórmula se obtuvo el porcentaje del posible total del puntaje logrado. Igualmente se aplicó esta fórmula para determinar la calidad de vida como sigue:

1. Se determinó las puntuaciones crudas de cada una de las escalas.
2. Se sumó las puntuaciones obtenidas de cada escala, obteniendo un valor mínimo que es de 47 y un máximo de 205, dándonos una peor o mejor calidad de vida respectivamente.
3. Al igual que en la transformación de las puntuaciones de las escalas se usó la escala transformada para obtener igual que en las escalas valores entre 0 y 100, los valores cercanos a 0 indican una peor calidad de vida en cambio valores cercanos a 100 una mejor.
4. Para poder realizar estudios comparativos con otros estudios sobre calidad de vida se realizó la determinación de la calidad de vida como buena y mala, y a la vez a éstas se las subdividió para obtener una sub determinación que nos permitió establecer de mejor forma la calidad de vida.
5. A la calidad de vida dentro de su determinación la calificamos como mala si la puntuación obtenida estuvo entre 0 y 50, como buena si la puntuación obtenida estuvo entre 50.1 y 100. Como se indica en la tabla 13 del anexo sobre el cuestionario MFCT.
6. Luego se procedió realizar una sub determinación de las escalas y de la calidad de vida; es decir a la determinación de la calidad de vida ya sea buena o mala se la subdividió, a la primera como buena, muy buena y excelente calidad de vida si los valores en porcentaje obtenidos son de 50.1 a 75 para la primera, 75.1 a 95 y de 95,1 a 100 respectivamente; a la segunda determinación de la calidad de vida, "mala", la subdividimos a su vez como mala y regular calidad de vida según se obtengan valores en porcentaje de 0 a 25 y de 25.1 a 50 respectivamente.



7. A diferencia del cuestionario SF-36 donde no es necesario transformar los puntajes crudos en porcentajes, en el presente cuestionario fue necesario realizar esta transformación, para poder determinar de este modo las sub determinaciones de la calidad de vida.
8. Las puntuaciones crudas como los porcentajes se los expresó como números con un máximo de dos decimales.

Luego de aplicada las entrevistas se procedió a tabular los datos obtenidos, representándolo en tablas y gráficos estadísticos, para luego proceder al análisis y discusión de los mismos.

Se construyó un documento del cuestionario MFCT donde no solamente consta este cuestionario, sino cómo se elaboró, cómo se realizan la re calibraciones de cada ítem, cómo se dan las puntuaciones finales y puntuaciones crudas y como se transforma cada una de éstas en una escala de 0 a 100 para cada una de estas escalas y así determinar la calidad de vida relacionada con la salud en el climaterio.

Finalmente se realizó las recomendaciones y conclusiones.

*La cuarta parte* está compuesta por una hoja de resultados en donde se colocó los resultados obtenidos de cada uno de los cuestionarios, para facilitar así a la tabulación de los resultados.

## RESULTADOS

**TABLA N<sup>RO</sup> 1: Calidad de vida de las mujeres en la etapa climatérica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

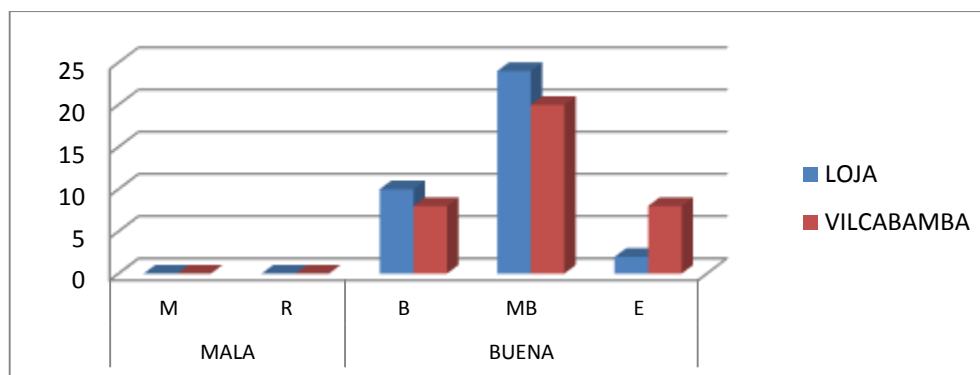
DETERMINACIÓN	MALA				BUENA						TOTAL	
	MALA		REGULAR		BUENA		MUY BUENA		EXCELENTE			
GRUPO DE ESTUDIO	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
LOJA	0	0	0	0	10	13,89	24	33,33	2	2,78	36	50,00
VILCABAMBA	0	0	0	0	8	11,11	20	27,78	8	11,11	36	50,00
TOTAL	0	0	0	0	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

Como se observa en la presente tabla se determinó que la calidad de vida en ambos grupos de estudio en la determinación es buena, con un predominio de la calidad de vida muy buena en ambos grupos de estudio conformando un 61,11% de la población en estudio, además con un 11,11% se establece que la calidad de vida es excelente en la población de Vilcabamba predominando sobre un 2,78% del grupo del adulto mayor de Loja, también se observa que con 13,89% en la calidad de vida buena y un 33,33% en la calidad de vida muy buena del grupo del adulto mayor del IESS predominan ligeramente sobre las calidades de vida de Vilcabamba, determinando de esta forma que la calidad de vida de las mujeres en etapa en climaterio es mucho mejor en las mujeres del grupo de estudio que pertenece a Vilcabamba.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 1**



**TABLA N<sup>RO</sup> 2: Calidad de vida según grupo etéreo de las mujeres en la etapa climática de la ciudad de Loja y parroquia de Vilcabamba. 2011.**

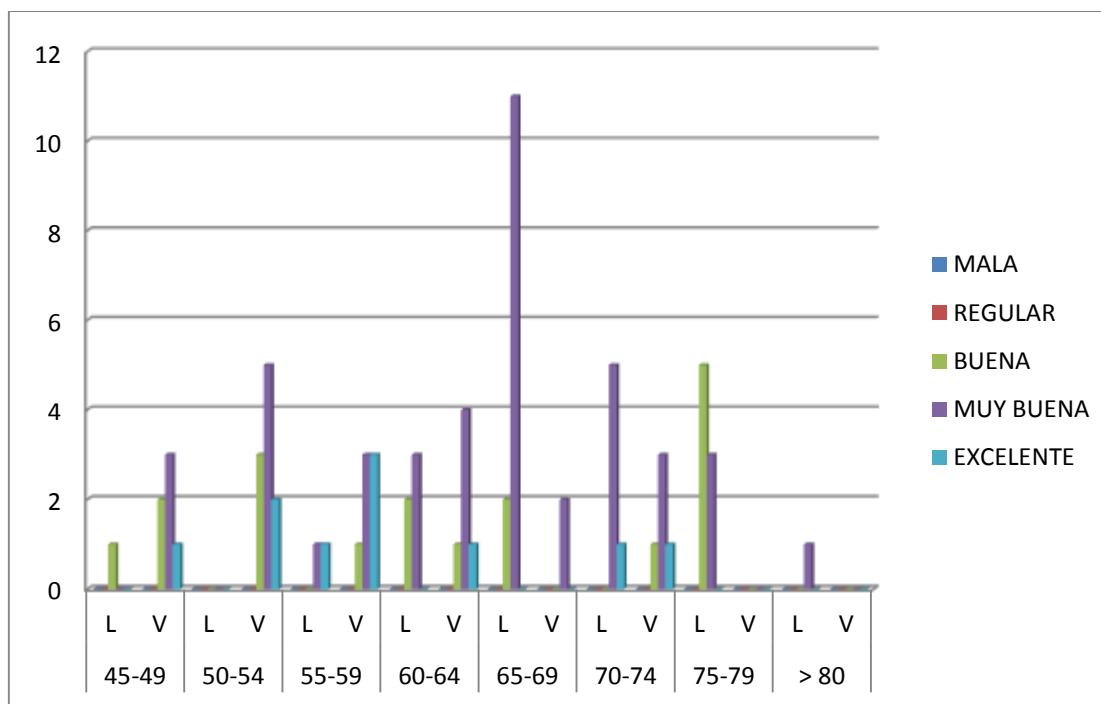
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA							
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX		TOTAL	
GRUPO ETÁREO	GRUPO DE ESTUDIO	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
45-49	LOJA	0	0	0	0	1	1,39	0	0,00	0	0,00	1	1,39
	VILCABAMBA	0	0	0	0	2	2,78	3	4,17	1	1,39	6	8,33
	TOTAL	0	0	0	0	3	4,17	3	4,17	1	1,39	7	9,72
50-54	LOJA	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0	0	0	3	4,17	5	6,94	2	2,78	10	13,89
	TOTAL	0	0	0	0	3	4,17	5	6,94	2	2,78	10	13,89
55-59	LOJA	0	0	0	0	0	0,00	1	1,39	1	1,39	2	2,78
	VILCABAMBA	0	0	0	0	1	1,39	3	4,17	3	4,17	7	9,72
	TOTAL	0	0	0	0	1	1,39	4	5,56	4	5,56	9	12,50
60-64	LOJA	0	0	0	0	2	2,78	3	4,17	0	0,00	5	6,94
	VILCABAMBA	0	0	0	0	1	1,39	4	5,56	1	1,39	6	8,33
	TOTAL	0	0	0	0	3	4,17	7	9,72	1	1,39	11	15,28
65-69	LOJA	0	0	0	0	2	2,78	11	15,28	0	0,00	13	18,06
	VILCABAMBA	0	0	0	0	0	0,00	2	2,78	0	0,00	2	2,78
	TOTAL	0	0	0	0	2	2,78	13	18,06	0	0,00	15	20,83
70-74	LOJA	0	0	0	0	0	0,00	5	6,94	1	1,39	6	8,33
	VILCABAMBA	0	0	0	0	1	1,39	3	4,17	1	1,39	5	6,94
	TOTAL	0	0	0	0	1	1,39	8	11,11	2	2,78	11	15,28
75-79	LOJA	0	0	0	0	5	6,94	3	4,17	0	0,00	8	11,11
	VILCABAMBA	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	TOTAL	0	0	0	0	5	6,94	3	4,17	0	0,00	8	11,11
> 80	LOJA	0	0	0	0	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39
	VILCABAMBA	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	TOTAL	0	0	0	0	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39
TOTAL		0	0	0	0	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que el grupo etáreo con predominio de calidad de vida buena es el comprendido entre 75 a 79 años conformado en su totalidad por la población de estudio del grupo del adulto mayor del IESS Loja con un 6,94%, el grupo de investigación de Vilcabamba con calidad de vida buena predomina en el grupo etáreo de 50 a 54 años con un 4,17%, la calidad de vida muy buena predomina en el grupo etáreo de 65 a 69 años con un 18,06% en la población de estudio de Loja, encontramos que el predominio de la calidad de vida muy buena en Vilcabamba está en el grupo etáreo de 50 a 54 años con un 6,94%, en tanto la calidad de vida excelente predomina en el grupo etáreo de Vilcabamba comprendido entre 55 a 59 años con un 4,17%, y en el grupo de Loja se observa que la calidad de vida es mejor en los grupos etáreos de 55 a 59 años y de 70 a 74 años con un 1,39% en ambos casos, además se observa que en ambos grupos de estudio la calidad de vida es mucho mejor en el grupo etáreo entre 55 a 59 años con un 5,56%, seguido por el grupo etáreo de 65 a 69 años representado por un 18,06%.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 2**



**TABLA N<sup>RO</sup> 3: Calidad de vida según nivel de escolaridad de las mujeres en la etapa climática de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

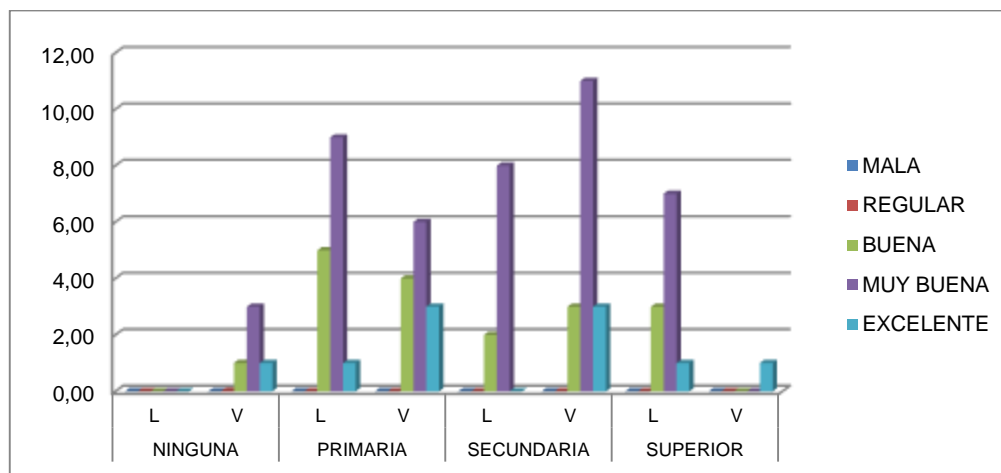
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
ESCOLARIDAD	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
NINGUNA	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	1	1,39	1	1,39	3	4,17	1	1,39	6	8,33
PRIMARIA	LOJA	0	0,00	0	0,00	5	6,94	9	12,50	1	1,39	15	20,83
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	6	8,33	3	4,17	13	18,06
SECUNDARIA	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	8	11,11	0	0,00	10	13,89
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	11	15,28	3	4,17	17	23,61
SUPERIOR	LOJA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	7	9,72	1	1,39	11	15,28
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00
TOTAL		0	0,00	1	1,39	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa la calidad de vida excelente en aquellos con instrucción primaria con un 5,56% de los cuales, las mujeres que viven en Vilcabamba con esta misma instrucción es mejor con un 4,17%, la calidad de muy buena se observa en las mujeres con instrucción secundaria con un 26,39%, con esta misma instrucción el 15,28% las mujeres de Vilcabamba presentan un predominio en la calidad de vida muy buena, la calidad de vida buena se observa en las mujeres con instrucción primaria con un 12,50%, esta misma calidad de vida se observa con predominio en las mujeres del grupo del adulto mayor del IESS Loja con instrucción primaria con un 6,94%. Determinando así que el nivel de escolaridad influye escasamente sobre la calidad de vida en las mujeres en etapa de climaterio.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 3**



**TABLA N<sup>RO</sup> 4: Calidad de vida según estado civil de las mujeres en la etapa climática de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

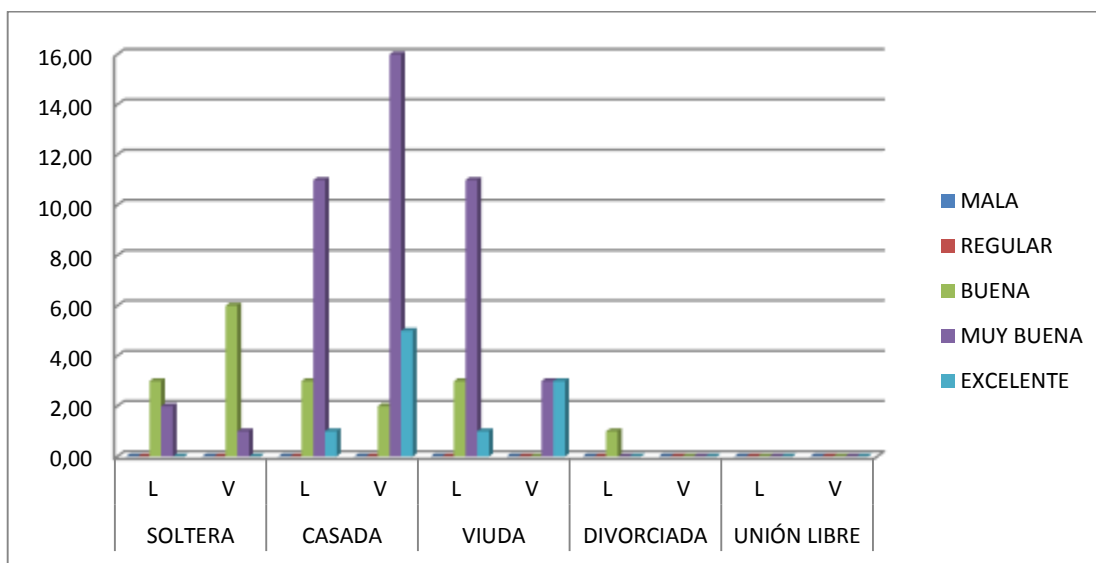
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
ESTADO CIVIL	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SOLTERA	LOJA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	2	2,78	0	0,00	5	6,94
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	6	8,33	1	1,39	0	0,00	7	9,72
CASADA	LOJA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	11	15,28	1	1,39	15	20,83
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	16	22,22	5	6,94	23	31,94
VIUDA	LOJA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	11	15,28	1	1,39	15	20,83
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	4,17	3	4,17	6	8,33
DIVORCIADA	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	0	0,00	1	1,39
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
UNIÓN LIBRE	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que en forma general la calidad de vida es mucho mejor en aquellas mujeres con estado civil de casadas con un 52,78%, del cual el 31,94% pertenece a las mujeres que viven en Vilcabamba; en contraparte se encontró que la calidad de vida en comparación al resto de estados civiles es mucho peor en las mujeres solteras y divorciadas, con un 16,67% y un 1,39 % respectivamente, llegando a la conclusión de que las mujeres que se han divorciado presentan una mayor afectación de su calidad de vida; la calidad de vida buena en mayor número se observa en las mujeres de Vilcabamba con estado civil soltera con un 8,33% en frente a un 4,17% que se observa en el grupo del adulto mayor del IESS Loja tanto en las mujeres solteras como casadas; la calidad de vida muy buena se observa en mayor número en las mujeres con estado civil casada con un 37,50%, dentro de esta sub determinación de la calidad de vida encontramos que el grupo con predominio son las mujeres casadas que viven en Vilcabamba con un 22,22%, en tanto que el grupo del adulto mayor del IESS Loja con un 15,28% presenta un predominio de la calidad de vida muy buena en mujeres con estado civil casada y viuda; la calidad de vida excelente se observa igualmente en las mujeres con estado civil casada que pertenecen al grupo de Vilcabamba con un 6,94%.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 4**



**TABLA N<sup>RO</sup> 5: Calidad de vida según la ocupación de las mujeres en la etapa la climatérica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
OCUPACIÓN	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
AMA DE CASA	LOJA	0	0,00	0	0,00	6	8,33	23	31,94	1	1,39	30	41,67
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	9	12,50	6	8,33	18	25,00
COMERCIANTE	LOJA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	0	0,00	1	1,39	4	5,56
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	8	11,11	1	1,39	11	15,28
PROFESORA	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
AGRICULTURA	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	1	1,39	5	6,94
CONSERJE	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	0	0,00	1	1,39
COSTURERA	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39
PSICÓLOGA	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	0	0,00	1	1,39
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

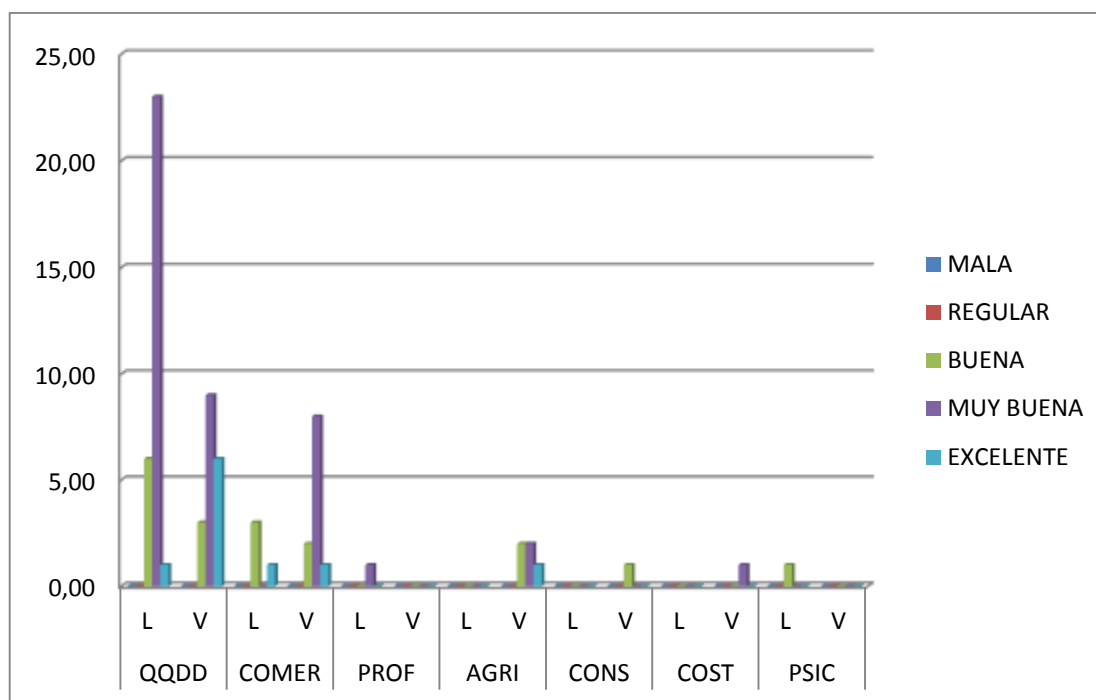
**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que la calidad de vida es mucho mejor en las mujeres que son amas de casa con un 66,67%. La calidad de vida buena se observa que es mayor en las amas de casa que viven tanto en Loja como en Vilcabamba con un 8,33% y un 4,17% respectivamente; la calidad de vida muy buena predomina en las amas de casa que viven en Loja con un 31,94%, en tanto que en las mujeres que viven en Vilcabamba manifiestan un predominio de la calidad de vida muy buena en las que son amas de casa con un 12,50%; este último grupo también representa a las mujeres con calidad de vida excelente con un 8,33% frente a un 1,39% de las mujeres. Dentro de las mujeres que son comerciantes se observa que la calidad de vida es mucho mejor en las mujeres que viven en Vilcabamba con un 12,50% frente a un 1,39% de las mujeres que viven en Loja.



**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 5**



QQDD: AMA DE CASA. COMER: COMERCIANTE. PROF: PROFESORA. AGRI: AGRICULTORA. CONS: CONSERJE. COST: COSTURERA. PSIC: PSICOLOGA.

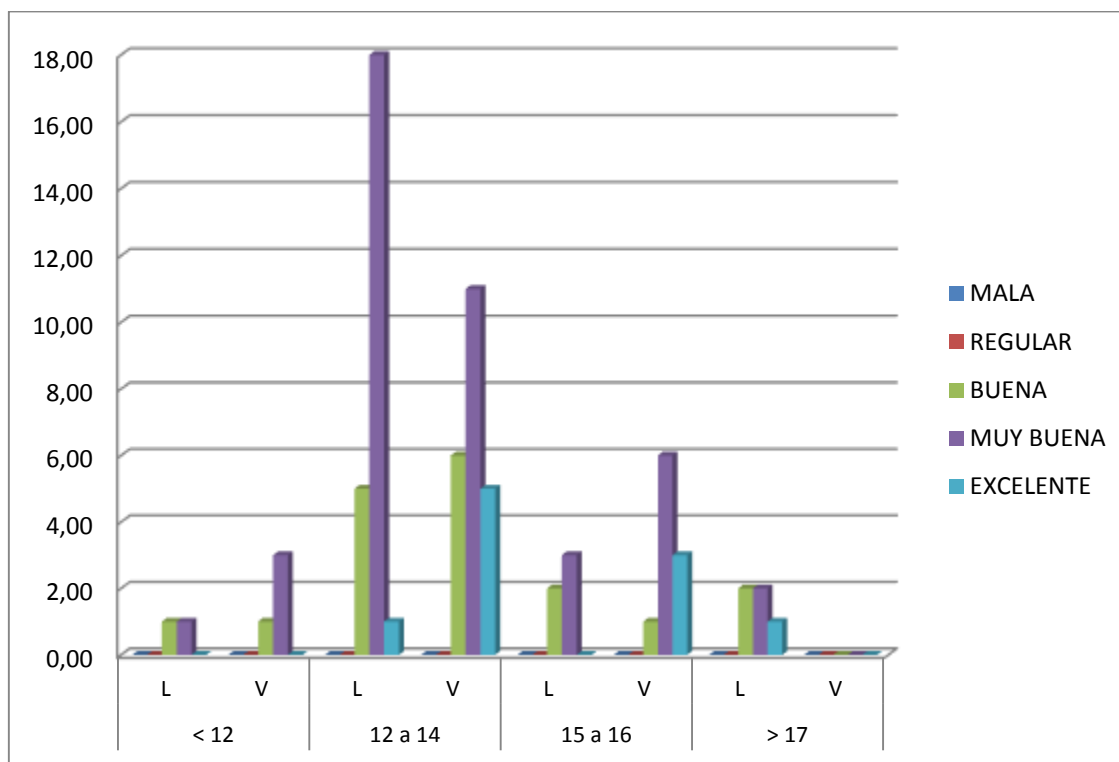
**TABLA N<sup>RO</sup> 6: Calidad de vida según la menarquía de las mujeres en la etapa climática de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
MENARQUÍA	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
< 12	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	3	4,17	0	0,00	4	5,56
12 a 14	LOJA	0	0,00	0	0,00	5	6,94	18	25,00	1	1,39	24	33,33
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	6	8,33	11	15,28	5	6,94	22	30,56
15 a 16	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	3	4,17	0	0,00	5	6,94
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	6	8,33	3	4,17	10	13,89
> 17	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	1	1,39	5	6,94
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

Fuente: Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.  
Autor: Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que la mejor calidad de vida se encuentra en el grupo etáreo de 12 a 14 años con un 48,61 %, determinando así que las mujeres que presentan su menarquía a esta edad presentan una mejor calidad de vida. La calidad de vida buena se observa con predominio en el grupo etáreo de 12 a 14 años que pertenece a Vilcabamba con un 8,33% y en el grupo de Loja con un 6,94%; la calidad de vida muy buena predomina igualmente en el grupo etáreo de 12 a 14 años en ambos grupos de investigación con un 25% para las mujeres que viven en Loja y un 15,28% de las mujeres que viven en Vilcabamba; las mujeres con calidad de vida excelente predominan en el grupo etáreo de 12 a 14 años 6,94% que viven en Vilcabamba, determinando de este modo que las mujeres que viven en Vilcabamba tienen una mejor calidad de vida en comparación con las mujeres del grupo de estudio de Loja.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 6**



**TABLA N<sup>RO</sup> 7: Calidad de vida según la regularidad de los ciclos menstruales de las mujeres en la etapa climatórica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

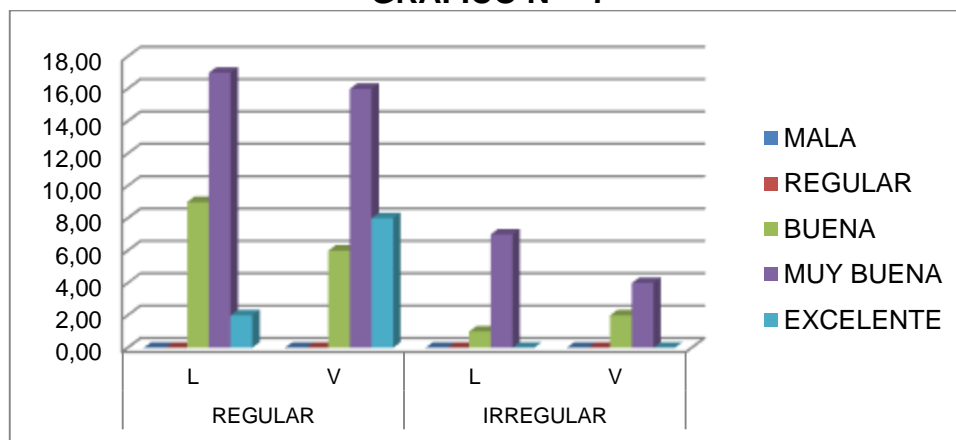
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
REGLARIDAD	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
REGULAR	LOJA	0	0,00	0	0,00	9	12,50	17	23,61	2	2,78	28	38,89
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	6	8,33	16	22,22	8	11,11	30	41,67
IRREGULAR	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	7	9,72	0	0,00	8	11,11
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	4	5,56	0	0,00	6	8,33
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que las mujeres con ciclos menstruales regulares tienen una mejor calidad de vida con un 59,72%. La calidad de vida buena se observa con predominio en las mujeres de Loja con ciclos menstruales regulares con un 12,50%, frente a un 8,33% de las mujeres que viven en Vilcabamba. La calidad de vida muy buena se observa con mayor frecuencia en las mujeres con ciclos menstruales regulares con un 23,61% para las mujeres que viven en Loja y un 22,22% para las mujeres que viven en Vilcabamba; la calidad de vida excelente se observa con mayor frecuencia igualmente en las mujeres con ciclos regulares, con predominio de las mujeres que viven en Vilcabamba con un 11,11% frente a un 2,78% de las mujeres que viven en Loja.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 7**



**TABLA N<sup>RO</sup> 8: Calidad de vida según el intervalo de los ciclos menstruales de las mujeres en la etapa climatórica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

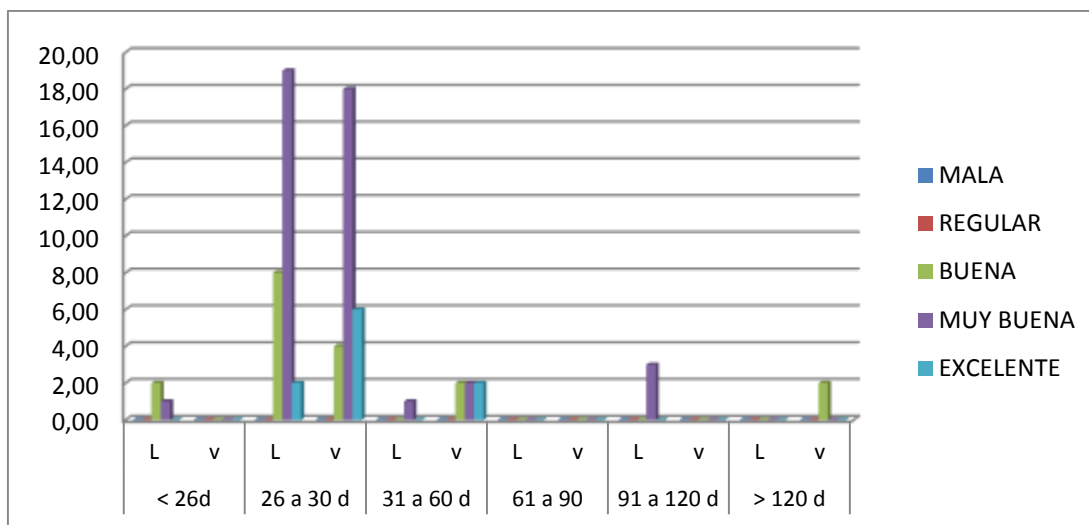
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
INTERVALO	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
< 26d	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	1	1,39	0	0,00	3	4,17
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
26 a 30 d	LOJA	0	0,00	0	0,00	8	11,11	19	26,39	2	2,78	29	40,28
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	18	25,00	6	8,33	28	38,89
31 a 60 d	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	2	2,78	6	8,33
61 a 90	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
91 a 120 d	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	4,17	0	0,00	3	4,17
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
> 120 d	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	0	0,00	0	0,00	2	2,78
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que la mayoría de las mujeres presentan ciclos menstruales con un intervalo de 26 a 30 días, en donde las mujeres que viven en Loja presentan en un 11,11% una calidad de vida buena en contraparte de un 5,56% de las mujeres que viven en Vilcabamba; la calidad de vida muy buena es ligeramente mayor en las mujeres que viven en Loja con un 26,39% ante un 25% del grupo de mujeres que vive en Vilcabamba; la calidad de vida excelente predomina en las mujeres que viven en Vilcabamba con un 8,33% frente a un 2,78% de las mujeres que viven en Loja. Llegando a establecer que la calidad de vida es mucho mejor con un 33,33% en las mujeres que viven en Vilcabamba.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 8**



**TABLA N<sup>RO</sup> 9: Calidad de vida según el inicio de la vida sexual de las mujeres en la etapa climatórica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

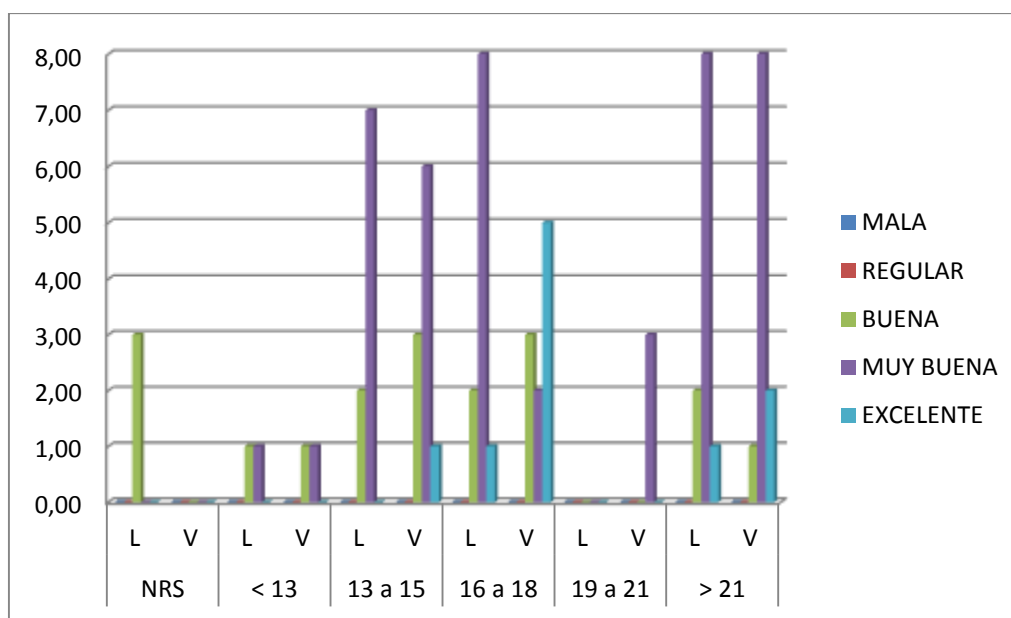
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
INICIO DE VIDA SEXUAL	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
NINGUNA RELACIÓN SEXUAL	LOJA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	0	0,00	0	0,00	3	4,17
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
< 13	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78
13 a 15	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	7	9,72	0	0,00	9	12,50
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	6	8,33	1	1,39	10	13,89
16 a 18	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	8	11,11	1	1,39	11	15,28
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	2	2,78	5	6,94	10	13,89
19 a 21	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	4,17	0	0,00	3	4,17
> 21	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	8	11,11	1	1,39	11	15,28
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	8	11,11	2	2,78	11	15,28
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que en general la calidad de vida en la población en estudio la calidad de vida es mucho mejor en aquellas mujeres que tienen un inicio de la vida sexual después de los 21 años representando un 26 % de la población en estudio. La calidad de vida buena presenta una mayor frecuencia en las mujeres que viven en Vilcabamba distribuyéndose de un 8,33% del total de esta población en 4,17% tanto para las mujeres con inicio de vida sexual entre los 13 a los 15 años y los 16 a los 18 años, con un valor similar en las mujeres que viven en Loja que no han tenido relaciones sexuales. La calidad de vida muy buena se observa con mayor frecuencia en las mujeres que han iniciado sus relaciones sexuales después de los 21 años con un 22% el mismo que se divide en un 11% tanto para las mujeres que viven Loja como en Vilcabamba, este mismo valor en la calidad de vida muy buena se observa en las mujeres que viven en Loja que han iniciado sus relaciones sexuales entre los 16 a 18 años. La calidad de vida excelente se observa con mayor frecuencia en las mujeres que han iniciado su vida sexual entre los 16 a 18 años con un 8%, con un 6,94% para las mujeres que viven en Vilcabamba.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 9**



NRS: NINGUNA RELACIÓN SEXUAL

**TABLA N<sup>RO</sup> 10: Calidad de vida según el uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en la etapa climatérica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
ANTICON	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
NINGUNO	LOJA	0	0,00	0	0,00	6	8,33	10	13,89	2	2,78	18	25,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	10	13,89	5	6,94	18	25,00
PRESERVATIVO	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	5	6,94	0	0,00	6	8,33
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	4	5,56	0	0,00	6	8,33
DIU	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	2	2,78	4	5,56
HORMONAS	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	2	2,78	0	0,00	3	4,17
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	4,17	0	0,00	3	4,17
ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	0	0,00	4	5,56
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	1	1,39	3	4,17
> 1	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	5,56	0	0,00	4	5,56
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

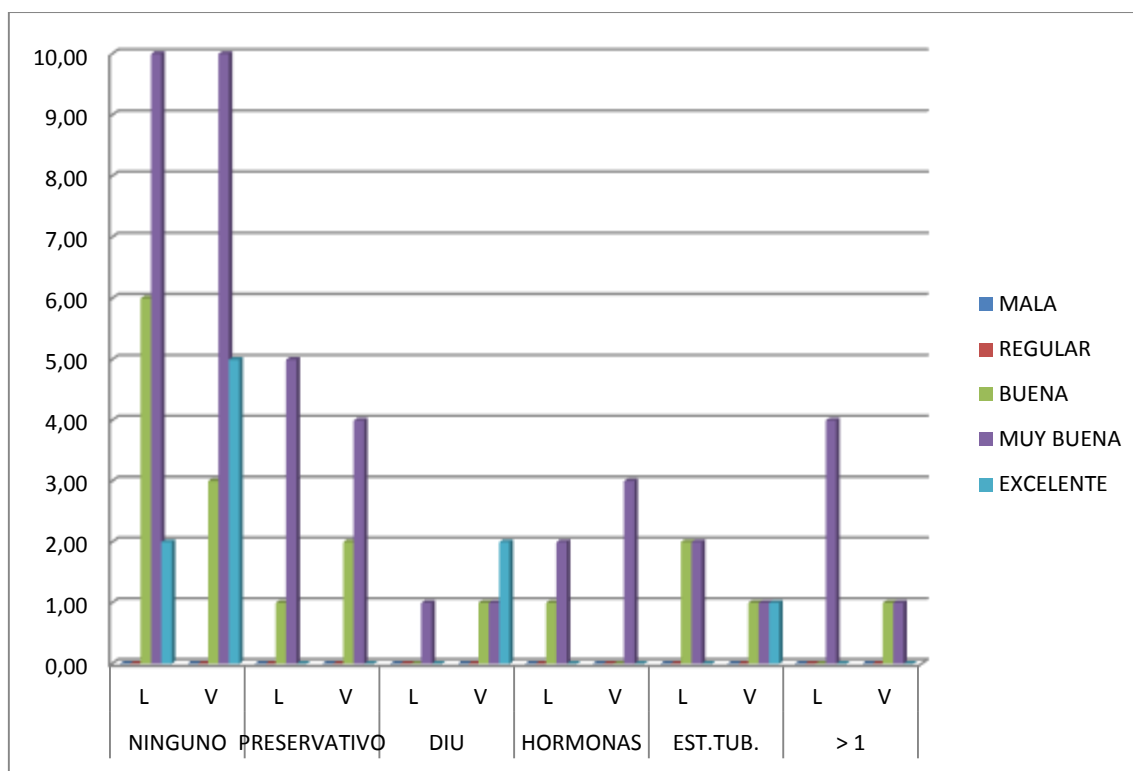
**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

Como se puede observar la mejor calidad de vida se observa en las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos con un 38%. La calidad de vida buena se observa con predominio en las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos y viven en la ciudad de Loja con un 8,33%, en tanto que las mujeres que viven en Vilcabamba que no utilizan métodos anticonceptivos representan el 4,17%; la calidad de vida muy buena se observa con predominio en las mujeres que refieren no usar métodos anticonceptivos con un 28% repartido en 13,89% y 13,89% tanto para las mujeres que viven en Vilcabamba como en Loja; la calidad de vida excelente se observa igualmente en las mujeres que no han usado métodos anticonceptivos con un 10% del cual el 6,94% corresponde a las mujeres que viven en la parroquia de Vilcabamba. En las mujeres que usan preservativo se observa que presentan una calidad de vida muy buena con un 13% predominando sobre la calidad de vida buena, de las cuales las mujeres que viven en Loja con el 6,94% presentan una mayor frecuencia de la calidad de vida muy buena. De las

mujeres que usaron DIU presentaron una calidad de vida muy buena con un 2,78%, presentando en un 1,39% calidad de vida muy buena tanto las mujeres que viven en Loja como las que viven en Vilcabamba, presentando de forma individual sobre los grupos de estudio con un 2,78% una calidad de vida excelente las mujeres que viven en Vilcabamba. De las mujeres que utilizaron hormonas como método anticonceptivo se observa que las mujeres que viven en Vilcabamba presentan una calidad de vida muy buena con un 4,17% predominando sobre la calidad de vida buena y muy buena de las mujeres que viven en Loja. De las mujeres que se realizaron esterilización tubárica se observa que las mujeres que viven en Vilcabamba presentan una mejor calidad de vida con un 2,78% del cual el 1,39% representa una calidad de vida excelente. En tanto que de las mujeres que usan más de un método anticonceptivo presentan una calidad de vida muy buena con un 7%, del cual el 5,56% pertenece a las mujeres que viven en la ciudad de Vilcabamba.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 10**



DIU: DISPOSITIVO INTRAUTERINO. EST. TUB: ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA.



**TABLA N<sup>RO</sup> 11: Calidad de vida según el número de gestas de las mujeres en la etapa climática de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
GESTAS	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	3	4,17	0	0,00	5	6,94
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	1	1,39	3	4,17
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	0	0,00	0	0,00	2	2,78
2 a 4	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	7	9,72	1	1,39	10	13,89
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	6	8,33	2	2,78	10	13,89
5 a 7	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	7	9,72	0	0,00	9	12,50
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	8	11,11	1	1,39	11	15,28
8 a 10	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	4	5,56	0	0,00	5	6,94
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	3	4,17	3	4,17	7	9,72
> 10	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	0	0,00	4	5,56
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	3	4,17	2	2,78	6	8,33
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

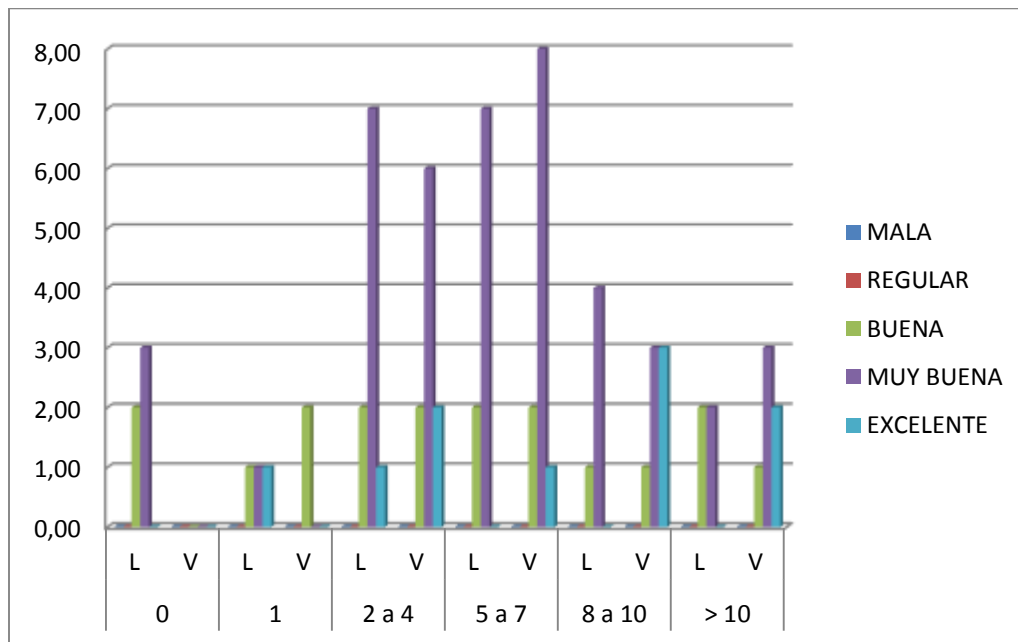
**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que las mujeres que tienen de 2 a 4 gestas presentan una mejor calidad de vida con un 22,22% del cual el 4,17% representa calidad de vida excelente; además que las mujeres que no tienen gestas presentan un 4,17% de calidad de vida muy buena y 2,78% de calidad de vida buena, deduciendo así que estas mujeres tienen una peor calidad de vida frente al resto que han tenido 2 gestas o más, ya que las mujeres que tienen un hijo presentan un 4,17% de calidad de vida buena, del cual el 2,78% pertenece a las mujeres que viven en Vilcabamba. La calidad de vida buena presenta un predominio en las mujeres que presentan de 2 a 4 y de 5 a 7 gestas con un 5,56 % en cada una, presentando tanto en las mujeres que viven en Loja como en las que viven en Vilcabamba presentan esta calidad de vida en un 2,78%. La calidad de vida muy buena se observa con un 20,83% predominando en las mujeres que tienen de 5 a 7 gestas con predominio de las mujeres de Vilcabamba con un 11,11% frente a un 9,72% de las mujeres que viven en Vilcabamba. La calidad de

vida excelente sin embargo se observa en las mujeres que viven en Vilcabamba con un 4,17%.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 11**



**TABLA N<sup>RO</sup> 12: Calidad de vida según el número de abortos de las mujeres en la etapa climática de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

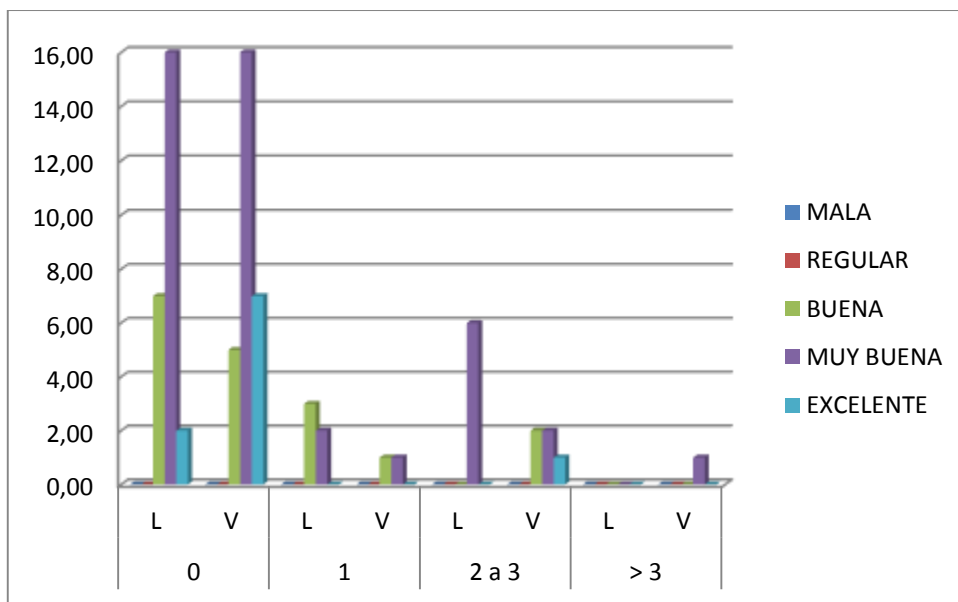
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX		TOTAL	
ABORTOS	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	LOJA	0	0,00	0	0,00	7	9,72	16	22,22	2	2,78	25	34,72%
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	5	6,94	16	22,22	7	9,72	28	38,89%
1	LOJA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	2	2,78	0	0,00	5	6,94%
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78%
2 a 3	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	8,33	0	0,00	6	8,33%
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	1	1,39	5	6,94%
> 3	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00%
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39%
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00%

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que la mejor calidad de vida con un 61,11% se encuentra en las mujeres que no han presentado abortos, y conforme los presentan la calidad de vida muy buena y excelente disminuyen aumenta la calidad de vida buena; en aquellas que presentan un solo aborto la calidad de vida buena es mayor en las mujeres que viven en la ciudad de Loja con un 4,17% en comparación con un 1,39% de las mujeres que viven en Vilcabamba, las mujeres que viven en Loja con un solo aborto presentan 2,78% de calidad de vida muy buena en comparación con un 1,39% de las que viven en Vilcabamba. De las mujeres que presentan de 2 a 3 abortos se observa un predominio de la calidad muy buena con un 8,33%, y con un 1,39% se observa la calidad de vida buena y muy buena en las mujeres que viven en Vilcabamba. Se observa además que de las mujeres en estudio tan sólo una presentó más de 3 abortos, perteneciendo al grupo de estudio de la parroquia de Vilcabamba, presentando una calidad de vida muy buena.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 12**



**TABLA N<sup>RO</sup> 13: Calidad de vida según el intervalo de realización de PAP de las mujeres en la etapa climatérica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
PAP	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	3	4,17	1	1,39	6	8,33
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	8	11,11	4	5,56	14	19,44
Cada año	LOJA	0	0,00	0	0,00	5	6,94	19	26,39	1	1,39	25	34,72
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	10	13,89	3	4,17	15	20,83
cada 2 años	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	0	0,00	4	5,56
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	1	1,39	5	6,94
Cada 3 años	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	0	0,00	1	1,39
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	0	0,00	0	0,00	2	2,78
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

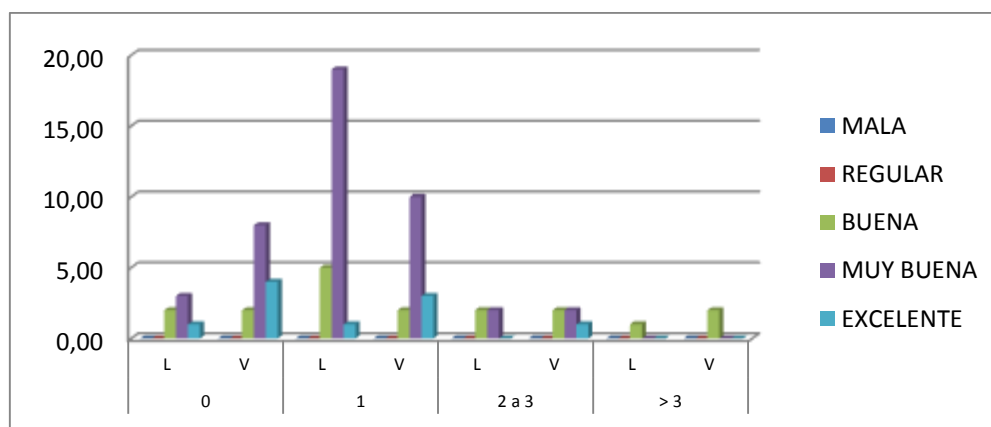
**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla según la frecuencia de realización de PAP se observa que de la población estudiada el 45,83% se realiza PAP cada año presentando una mejor calidad de vida en comparación con aquellas que no se han realizado PAP o se lo realizan cada 2 años o más. En las mujeres que no se realizaron PAP se observa que en las que viven en Vilcabamba presentan una mejor calidad de vida con un 16,67%, del cual el 11,11% presenta una calidad de vida muy buena y el 5,56% presenta una calidad de vida excelente. De las mujeres que se realizan PAP cada año se observa que aquellas que presentan una calidad de vida buena son las que viven en Loja con un 6,94% frente a un 2,78% de las que viven en Vilcabamba, además un predominio de la calidad de vida muy buena en las mujeres que viven en Loja con un 26,39%, la calidad de vida excelente se observa en las mujeres que viven en Vilcabamba con un 4,17%. De las mujeres que se realizan PAP cada 2 a 3 años se observa que tanto las mujeres que viven en Loja como en Vilcabamba un 2,78% presentan una calidad de vida buena y muy buena, además

se observa que el 1,39% del grupo de estudio tiene una calidad de vida excelente, perteneciendo a las mujeres que viven en Vilcabamba, por lo que deducimos que las mujeres que viven en este Valle presentan una mejor calidad de vida. En las mujeres que se realizan PAP cada 3 años en ambos grupos de estudio se observó que presentaron una calidad de vida buena.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 13**



**TABLA N<sup>RO</sup> 14: Calidad de vida según la realización de mamografía de las mujeres en la etapa climática de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

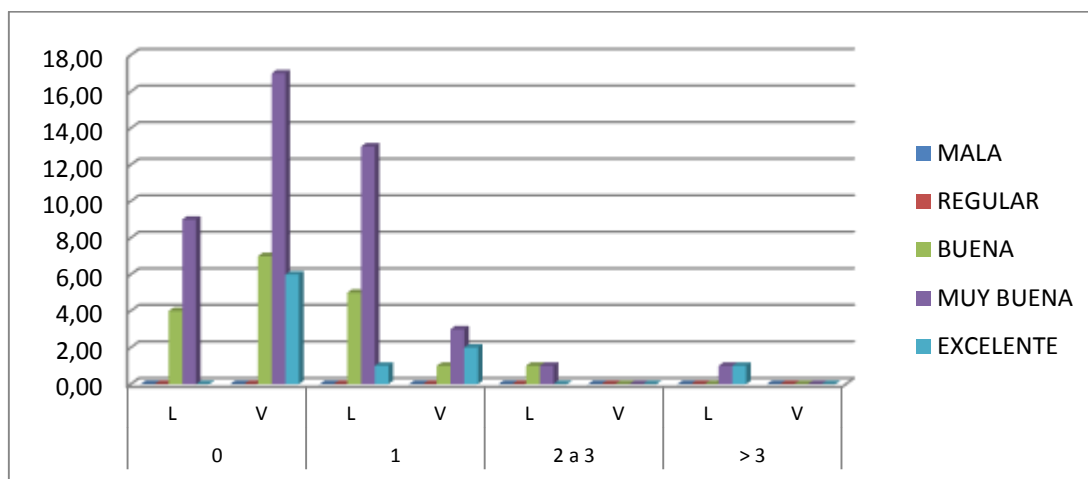
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX		TOTAL	
INTERVALO DE REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	LOJA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	9	12,50	0	0,00	13	18,06
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	7	9,72	17	23,61	6	8,33	30	41,67
Cada año	LOJA	0	0,00	0	0,00	5	6,94	13	18,06	1	1,39	19	26,39
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	3	4,17	2	2,78	6	8,33
cada 2 a 3 años	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cada 3 años	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	2	2,78
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que la mayoría de la población en estudio no se realiza mamografías representando el 44,44%, en estas mujeres se observa que las que presentan mejor calidad de vida son aquellas que viven en Vilcabamba con un 31,94%, del cual el 23,61% presenta una calidad de vida muy buena frente a un 12,50% de las mujeres que viven en Loja, de las mujeres estudiadas el 8,33% presenta una calidad de vida excelente encontrándose en las mujeres que estudian en Vilcabamba; tanto la calidad de vida excelente, muy buena y buena predominan en este grupo de investigación sobre las mujeres que viven en Loja, observándose así que la calidad de vida buena representa en las mujeres que viven en Vilcabamba el 9,72%. En las mujeres que se realizan mamografías cada año se observa que del grupo de estudio el 8,33% presenta una calidad de vida buena, encontrándose el 6,94% en las mujeres que viven en Loja y el 1,39% en las mujeres que viven en Vilcabamba. Las mujeres que se realizan mamografías cada 2 a 3 años presentan un 1,39% de calidad de vida buena, y un 1,39% de calidad muy buena ambos encontrándose en las mujeres que viven en Loja. Del grupo estudiado se observa que el 2,78% se realiza mamografía en un intervalo mayor a cada 3 años, encontrándose dividido en 1,39% tanto para la calidad de vida buena como muy buena en la población de Loja. Además podemos observar que en las mujeres que viven en Vilcabamba la calidad de vida no se ve afectada, en tanto que las mujeres que pertenecen al grupo de estudio de Loja se observa que aquellas que se realizan mamografías cada año presentan una mejor calidad de vida que aquellas que se la realizan con un intervalo mayor o no se realizan.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 14**



**TABLA N<sup>RO</sup> 15: calidad de vida según la presencia de enfermedades crónicas degenerativas (ECD) de las mujeres en la etapa climatórica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		E			
ECD	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
NINGUNA	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	5	6,94	0	0,00	6	8,33
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	13	18,06	6	8,33	23	31,94
HTA	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	4	5,56	0	0,00	6	8,33
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	4	5,56	1	1,39	8	11,11
DMT	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	1	1,39	5	6,94
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,78	1	1,39	3	4,17
HIPOTIROI- DISMO	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
> 1 ECD	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	4	5,56	0	0,00	6	8,33
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78
OTROS	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	8	11,11	1	1,39	11	15,28
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

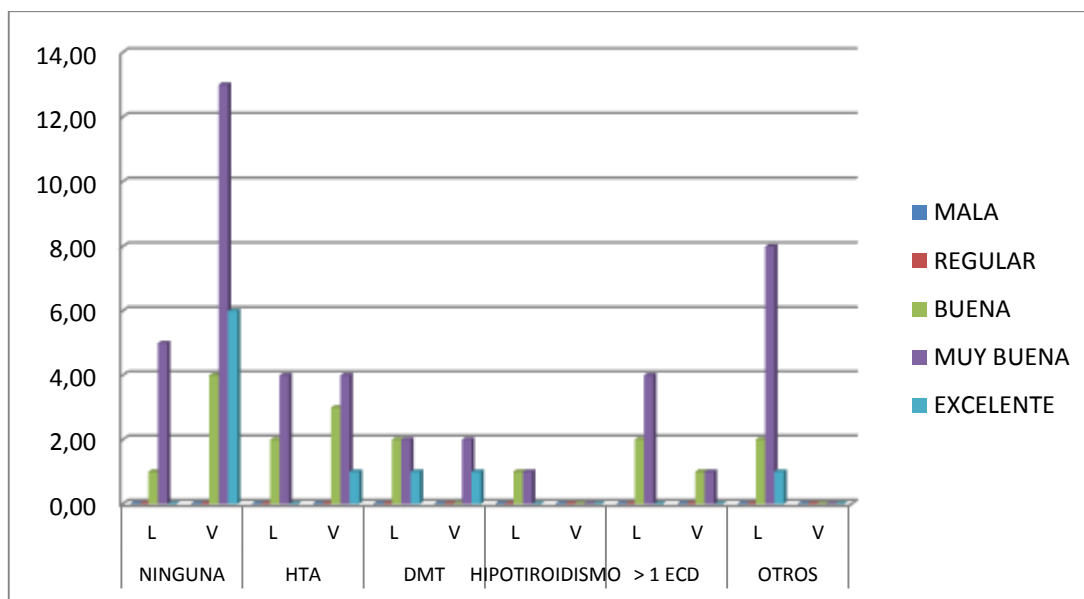
**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que de la población estudiada aquella que tiene una mejor calidad de vida es en la que no se encontró ninguna enfermedad con un 33.33% de la población estudiada, en el cual se observa además que las mujeres que viven en la parroquia de Vilcabamba tiene una mejor calidad de vida con un 26,39% del cual el 18,06% tiene calidad de vida muy buena y el 8,33% tiene una calidad de vida excelente, predominando así sobre aquellas que tienen el 5,56% de calidad de vida buena en el mismo grupo; siendo así mejor la calidad de vida que las mujeres que viven en Loja donde encontramos que un 1,39% tiene calidad de vida buena y un 6,94% de calidad de vida muy buena. El 19,44% de la población estudiada presenta HTA encontrándose que el 5,56% tanto de las mujeres que viven en Vilcabamba como del grupo de estudio en Loja presentan una calidad de vida muy buena; el 4,17% del grupo de estudio tienen una calidad de vida buena, perteneciendo a las mujeres que viven en Vilcabamba, frente al 2,78% de las mujeres que viven en Loja y que presentan la misma calidad de vida; además el 1,39% de la población de estudio y que tiene HTA presenta una calidad de vida excelente, por lo que se deduce que las mujeres que viven en Vilcabamba presentan una mejor calidad de vida. El 11,11% de la población presenta DMT de las cuales el 2,78% tanto en el grupo de Loja como en el de Vilcabamba presenta una calidad de vida muy buena, además en el grupo de Loja con un 2,78% presenta una calidad de vida buena y con el 2,78% de la población presenta una calidad de vida excelente, perteneciendo a las mujeres que viven en Vilcabamba. El 2,78% de la población presentan hipotiroidismo presentando con un 1,39% una calidad de vida buena y un 1,39% una calidad de vida muy buena la población que vive en Loja, sin presentar esta patología el grupo encuestado que pertenece a Vilcabamba. El 11,11% presenta más de una enfermedad crónica degenerativa, encontrando que dentro de la calidad de vida buena el 2,78% pertenece a las mujeres que viven en Loja y el 1,39% vive en Vilcabamba; dentro de la calidad de vida muy buena el 5,56% se encuentra en Loja y el 1,39% en Vilcabamba. El 15,28% de la población presento otro tipo de enfermedades crónico degenerativas, encontrándose principalmente en las mujeres que viven en Loja,



presentando el 2,78% calidad de vida buena, el 11,11% calidad de vida muy buena y el 1,39% calidad de vida excelente.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 15**



HTA: HIPERTENSIÓN ARTERIAL. DMT: DIABETES MELLITUS. ECD: ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS.

**TABLA N<sup>RO</sup> 16: Calidad de vida según el recibimiento o no de tratamiento para enfermedades crónico degenerativas (ECD) de las mujeres en la etapa climatórica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

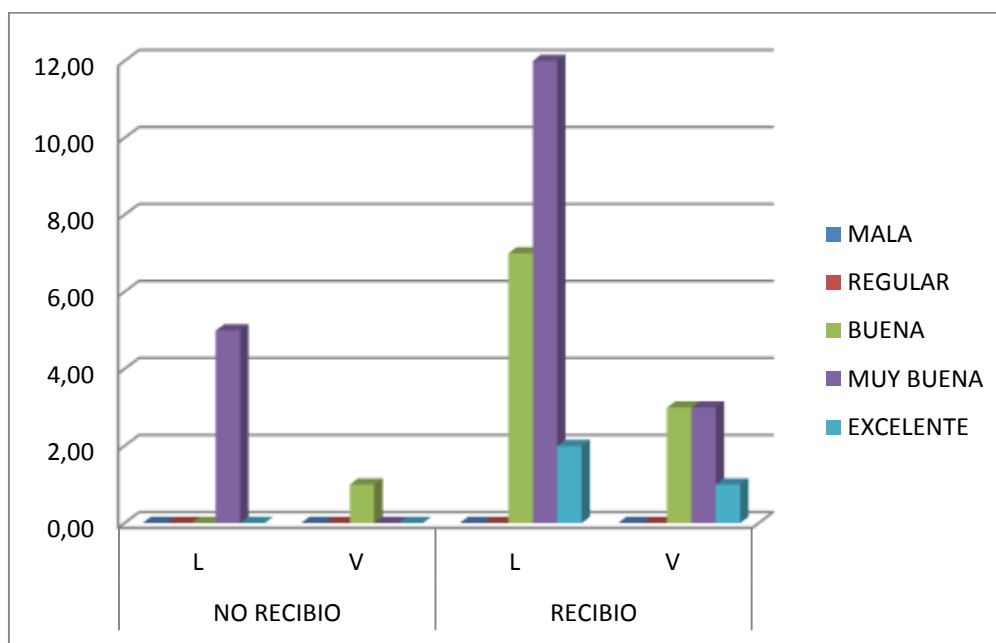
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EXE		TOTAL	
	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
NO RECIBIO	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	12,20	0	0,00	5	12,20
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	2,44	0	0,00	0	0,00	1	2,44
RECIBIO	LOJA	0	0,00	0	0,00	7	17,07	12	29,27	2	4,88	21	51,22
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	7,32	3	7,32	1	2,44	7	17,07
SUB TOTAL	LOJA	0	0,00	0	0,00	7	17,07	17	41,46	2	4,88	26	63,41
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	4	9,76	3	7,32	1	2,44	8	19,51
TOTAL		0	0,00	0	0,00	13	31,71	24	58,54	4	9,76	41	100,00

Fuente: Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

Autor: Manuel Cabrera.

En la presente tabla las personas con enfermedades crónico degenerativas que no reciben tratamiento corresponden a un 15%, encontrándose en este grupo que un 12,20% presenta calidad de vida muy buena y corresponde a mujeres que viven en Loja, el 2,44% presenta una calidad de vida buena y corresponde a mujeres que viven en la parroquia de Vilcabamba. El 68% de la población estudiada con enfermedades crónico degenerativas recibió tratamiento para su patología encontrándose 24% con calidad de vida buena del cual el 17,07% pertenece a las mujeres que viven en Loja y el 7,32% a las que viven en Vilcabamba; 37% presenta calidad de vida muy buena con un 29,27% para la población que vive en Loja y un 7,32% para las mujeres que viven en Vilcabamba; el 7% de la población que recibe tratamiento presenta una calidad de vida excelente del cual el 4,88% pertenece a Loja y el 4,88% a la parroquia de Vilcabamba.

**GRAFICO N<sup>RO</sup> 16**



**TABLA N<sup>RO</sup> 17: Calidad de vida según el tiempo de tratamiento para enfermedades crónico degenerativas (ECD) de las mujeres en la etapa climatérica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
TIEMPO DE TRATAMIENTO	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
< 1 año	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	3,57	0	0,00	0	0,00	1	3,57
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,57	0	0,00	1	3,57
1 a 3 años	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	7,14	4	14,29	1	3,57	7	25,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	3,57	3	10,71	0	0,00	4	14,29
4 a 7 años	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	3,57	3	10,71	0	0,00	4	14,29
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	10,71	1	3,57	1	3,57	5	17,86
> 7 años	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	7,14	2	7,14	1	3,57	5	17,86
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,57	0	0,00	1	3,57
TOTAL		0	0,00	0	0,00	10	35,71	15	53,57	3	10,71	28	100,00

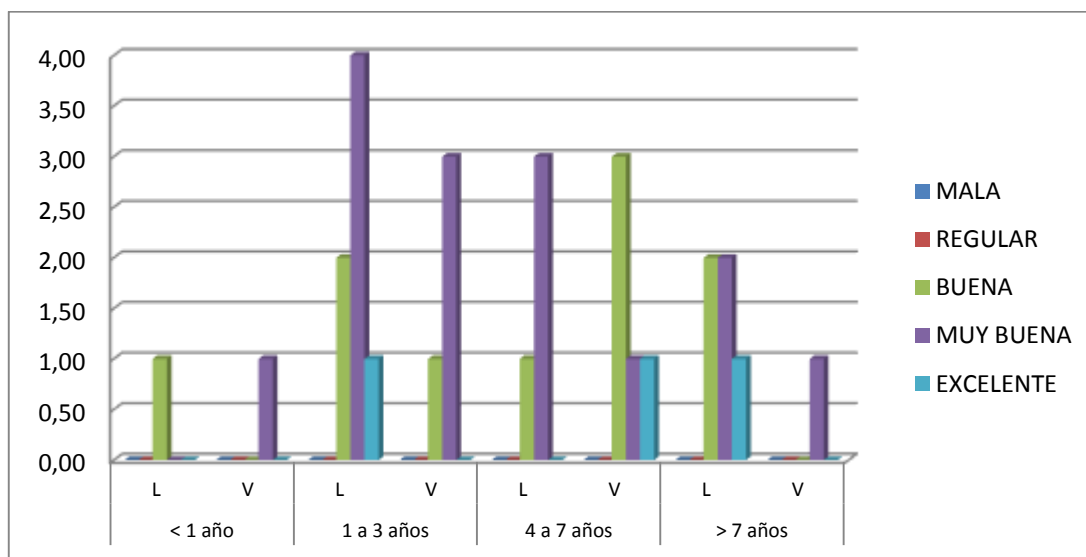
**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla el 11,39% de la población que recibe tratamiento para alguna de sus enfermedades crónicas degenerativas se encuentra en aquellos que reciben tratamiento durante 1 a 3 años, donde se observa una mejor calidad de vida con un 28,57% en comparación a aquellos que reciben tratamiento menos de un año o por más de 4 años. En aquellas mujeres que reciben tratamiento menos de 1 año se observa una calidad de vida muy buena en las mujeres que viven en Vilcabamba con un 3,57% frente a un 3,57% que se encuentra en Loja pero presentando una calidad de vida buena. La calidad de vida buena se observa con predominio en las mujeres de Vilcabamba que reciben tratamiento durante 4 a 7 años con un 10,71%. La mejor calidad de vida se observa, como se mencionó con un 28,57% del cual las mujeres de Vilcabamba presentan una calidad de vida muy buena con un 10,71%, a diferencia de las mujeres de Loja donde se observa una mejor calidad de vida con un 17,86% del cual el 14,29% presenta una calidad de vida muy buena y el 3,57% calidad de vida excelente. Deduciéndose de este modo

que la mejor calidad de vida se encuentra en las mujeres que viven en Loja y que reciben tratamiento durante 1 a 3 años.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 17**



**TABLA N<sup>RO</sup> 18: Calidad de vida según los antecedentes quirúrgicos de las mujeres en la etapa climatórica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

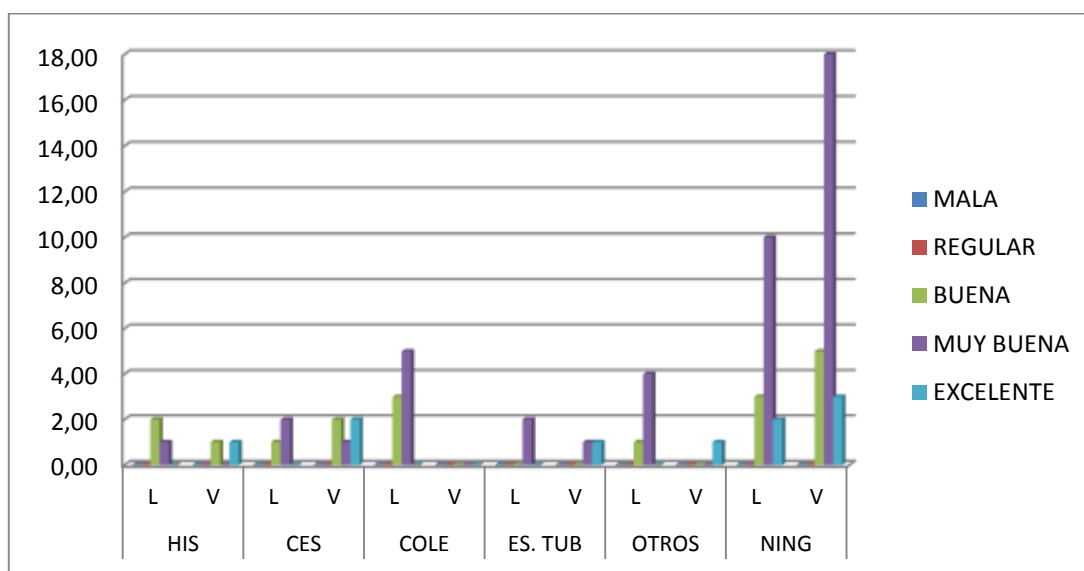
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX		TOTAL	
CIRUGÍA	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
HISTERECTOMÍA	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	1	1,39	0	0,00	3	4,17
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39	2	2,78
CESÁREA	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	2	2,78	0	0,00	3	4,17
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	1	1,39	2	2,78	5	6,94
COLECISTECTOMÍA	LOJA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	5	6,94	0	0,00	8	11,11
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,78	0	0,00	2	2,78
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	2	2,78
OTROS	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	4	5,56	0	0,00	5	6,94
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39
NINGUNO	LOJA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	10	13,89	2	2,78	15	20,83
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	5	6,94	18	25,00	3	4,17	26	36,11
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que de la población encuestada la que mejor calidad de vida presenta son las mujeres que no presentaron antecedentes quirúrgicos con un 46% de la población. Dentro de las personas que presentan antecedentes quirúrgicos se observa que en Loja se encuentra un 19% de las mujeres con calidad de vida muy buena, 8% con calidad de vida buena; a diferencia de las mujeres que viven en Vilcabamba donde se observa que las mujeres con estos antecedentes se encuentra que un 4,17% presenta una calidad de vida buena, un 2,78% presenta calidad de vida muy buena y un 7% calidad de vida excelente. De esta forma se observa que a pesar de que las mujeres con antecedentes quirúrgicos en Vilcabamba son menos, aquellas que los presentan. Presentan una mejor calidad de vida. La calidad de vida buena se observa con un 4,17% en las mujeres que viven en Loja con colecistectomía ante un 2,78% de las mujeres que viven en Vilcabamba pero que se realizaron cesárea. La calidad de vida muy buena se observa con predominio en las mujeres que viven en Loja y que se realizaron colecistectomía. Se observa que presentan en mayor porcentaje de calidad de vida excelente las mujeres que viven en Vilcabamba y que se han realizado cesáreas.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 18**



HIS: HISTERECTOMIA. CES: CESÁREA. COLE: COLECISTECTOMÍA. ES. TUB: ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA. NING: NINGUNO.

**TABLA N<sup>RO</sup> 19: Calidad de vida según la presencia de alergias de las mujeres en la etapa climatérica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

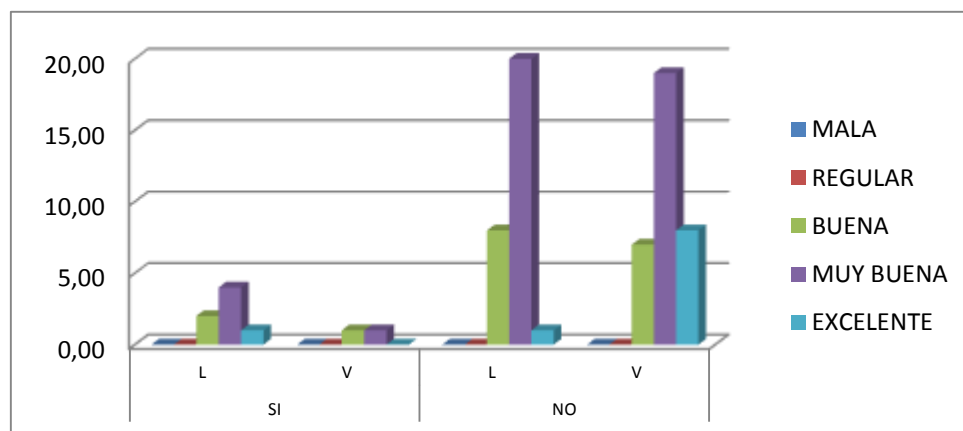
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		E		TOTAL	
ALERGIAS	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	4	5,56	1	1,39	7	9,72
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78
NO	LOJA	0	0,00	0	0,00	8	11,11	20	27,78	1	1,39	29	40,28
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	7	9,72	19	26,39	8	11,11	34	47,22
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se puede observar que el 87,50% de la población investigada no presenta alergias, presentándose estas en el 12,50% del cual el 4,17% presenta calidad de vida buena, de este el 2,78% corresponde a mujeres que viven en Loja y el 1,39% a mujeres que viven en Vilcabamba; de las mujeres con alergia el 6,94% corresponde a la calidad de vida muy buena del cual el 5,56% pertenece a la población de Loja y el 1,39% a la población de Vilcabamba; sólo el 1,39 de la población al presentar alergias presenta una calidad de vida excelente, perteneciendo al grupo del adulto mayor del IESS.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 19**



**TABLA N<sup>RO</sup> 20: Calidad de vida según el apoyo emocional brindado por la familia de las mujeres en la etapa climática de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
APOYO MORAL	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
BUENO	LOJA	0	0,00	0	0,00	9	12,50	21	29,17	2	2,78	32	44,44
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	7	9,72	19	26,39	8	11,11	34	47,22
REGULAR	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,78	0	0,00	2	2,78
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78%
MALO	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	0	0,00	2	2,78
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NO	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

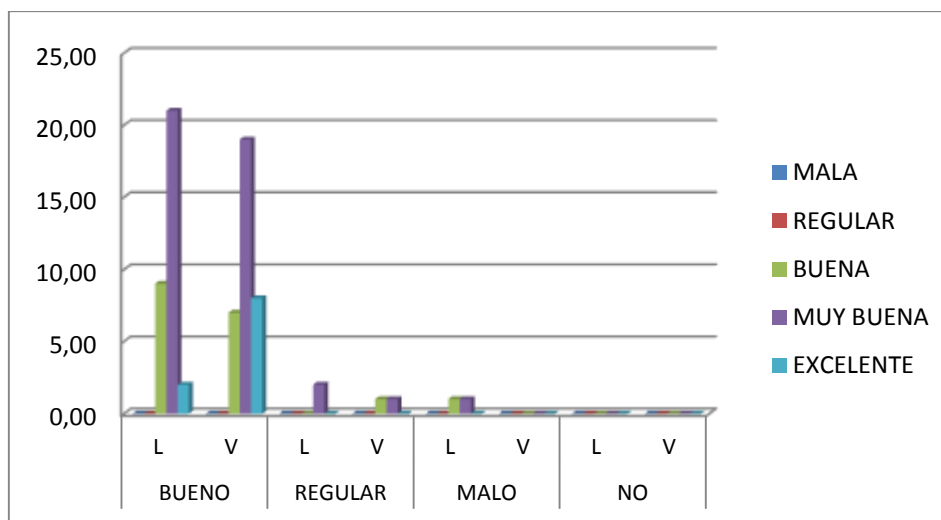
**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que el 92% de la población en estudio recibe apoyo moral bueno, encontrándose que el 12,50% de las mujeres presenta calidad de vida buena perteneciendo a las mujeres del grupo del adulto mayor del IESS, el 9,72% de las mujeres que vive en Vilcabamba presenta calidad de vida buena; el 56% de la población y que pertenece a quienes tienen apoyo emocional bueno presenta calidad de vida muy buena del cual el 29,17% se encuentra en Loja y el 26,39% en la parroquia de Vilcabamba; el 14% presenta calidad de vida buena con el 2,78% para las mujeres que viven en Loja, el 11,11% a las mujeres que viven en Vilcabamba. El 6% de la población estudiada recibe apoyo emocional regular con un 4% con calidad de vida muy buena del cual el 2,78% pertenece a las mujeres que viven en Loja y 1,39% a las mujeres que viven en Vilcabamba, de las mujeres con apoyo emocional regular el 1,39% de la población investigada presenta calidad de vida buena. El 2,78% presenta apoyo emocional malo con el 1,39% tanto de calidad buena como muy buena en las mujeres que viven en Loja. Encontrándose de esta forma que la mejor calidad de vida se encuentra en las

mujeres que presentan apoyo emocional bueno y que viven en Vilcabamba con un 38% frente al 32% de las mujeres que viven en Loja.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 20**



**TABLA N<sup>RO</sup> 21: Calidad de vida según el apoyo económico brindado por la familia de las mujeres en la etapa climática de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX		TOTAL	
APOYO ECONÓMICO	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SUFICIENTE	LOJA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	16	22,22	1	1,39	21	29,17
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	14	19,44	5	6,94	23	31,94
REGULAR	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	1	1,39	0	0,00	3	4,17
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	2	2,78	1	1,39	6	8,33
INSUFICIENTE	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NO	LOJA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	7	9,72	1	1,39	12	16,67
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	4	5,56	2	2,78	7	9,72
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

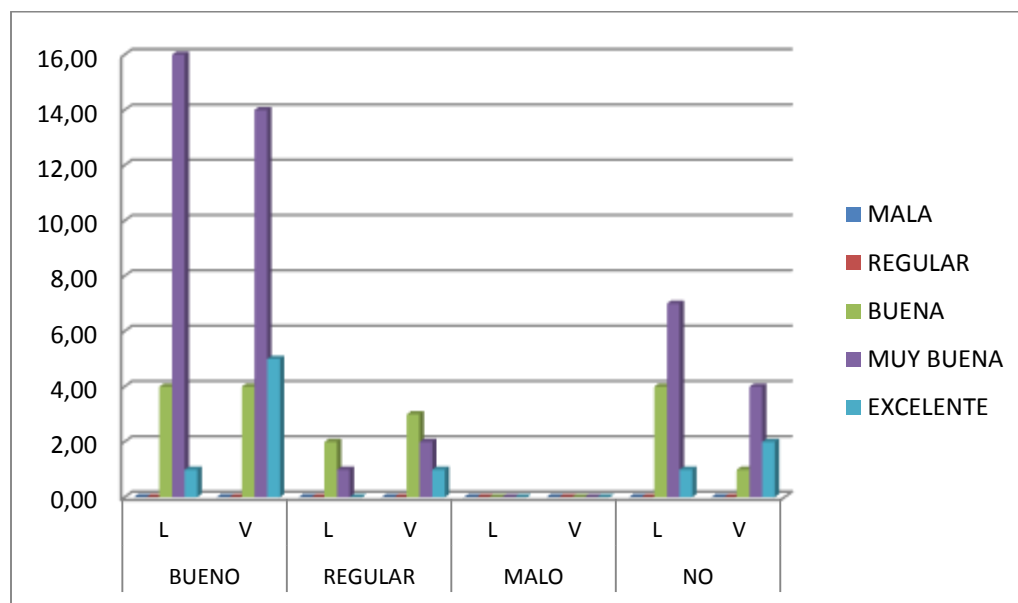
**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.



Se observa en la presente tabla que el 61% de la población investigada presenta apoyo económico bueno brindado por la familia, el 13% apoyo regular y el 26% no recibe apoyo económico. De las personas que tienen calidad de vida buena el 11% se encuentra en aquellas que reciben apoyo emocional bueno del cual el 5,56% se encuentra en Loja y otro 5,56% en Vilcabamba. La calidad de vida muy buena con un 42% predomina en las personas que reciben apoyo económico bueno del cual el 22,22% pertenece a las mujeres que vive en Vilcabamba y el 19,44% a las mujeres que viven en Vilcabamba. En las personas con apoyo emocional bueno se observa predominio de la calidad de vida excelente con un 8% con un 1,39% para las mujeres que viven en Loja y el 6,94% en las mujeres que viven en Vilcabamba. En las mujeres con apoyo emocional regular se observa que las mujeres de Vilcabamba con un 4,17% presentan una mejor calidad de vida con un 2,78% con calidad de vida muy buena y un 1,39% con calidad de vida excelente. En aquellas que no recibe apoyo moral se observa que el 7% presenta calidad de vida buena del cual el 5,56% pertenece a Loja, el 15% presenta calidad de vida muy buena con un 9,72% para las mujeres que viven en Loja, el 4,17% presentan calidad de vida excelente encontrándose que el 2,78% pertenece a las mujeres que viven en Vilcabamba.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 21**



**TABLA N<sup>RO</sup> 22: Calidad de vida según el apoyo económico brindado a la familia de las mujeres en la etapa climática de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
APOYO ECONÓMICO	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SUFICIENTE	LOJA	0	0,00	0	0,00	6	8,33	16	22,22	1	1,39	23	31,94
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	6	8,33	13	18,06	3	4,17	22	30,56
REGULAR	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,78	1	1,39	3	4,17
INSUFICIENTE	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NO	LOJA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	8	11,11	1	1,39	13	18,06
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	5	6,94	4	5,56	11	15,28
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

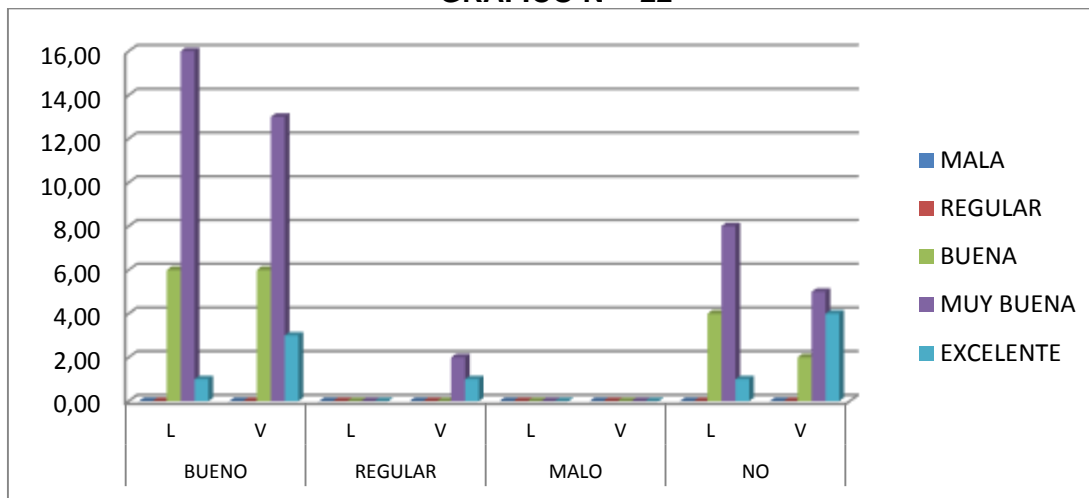
**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que la mayoría de las mujeres con un 63% pertenecen al grupo de estudio que brinda apoyo económico bueno en el cual se observa que el 17% presenta calidad de vida buena con un 9,38% tanto para las mujeres que viven en Loja como en Vilcabamba; el 40% de este grupo presenta calidad de vida muy buena del cual el 25% pertenece al grupo del adulto mayor del IESS y el 20,31% a las mujeres que viven en Vilcabamba; el 6 de este grupo pertenece a la población con calidad de vida excelente con un 1,56% para las mujeres que viven en Loja y el 4,69% para las mujeres que viven en Vilcabamba. El 33% no brinda apoyo económico a su familia encontrándose que el 9,38% presenta calidad de vida buena con un 4,65% para la población de Loja y 3,13% para las de Vilcabamba; el 18% presenta calidad de vida muy buena con un 12,50% para las mujeres que viven en Loja; el 7% presenta calidad de vida excelente con el 6,25% de la población perteneciente a la parroquia de Vilcabamba. El 4,69% del grupo investigado da apoyo económico regular a su familia, el cual pertenece a las mujeres que viven en Vilcabamba, con un 3,13% presentando calidad de vida muy buena y el 1,56% con calidad de vida excelente.

De esta forma se observa que en los diferentes grupos existe una mejor calidad de vida en aquellas mujeres que viven en Vilcabamba.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 22**



**TABLA N<sup>RO</sup> 23: Calidad de vida según la edad de aparición de amenorrea de las mujeres en la etapa climatórica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

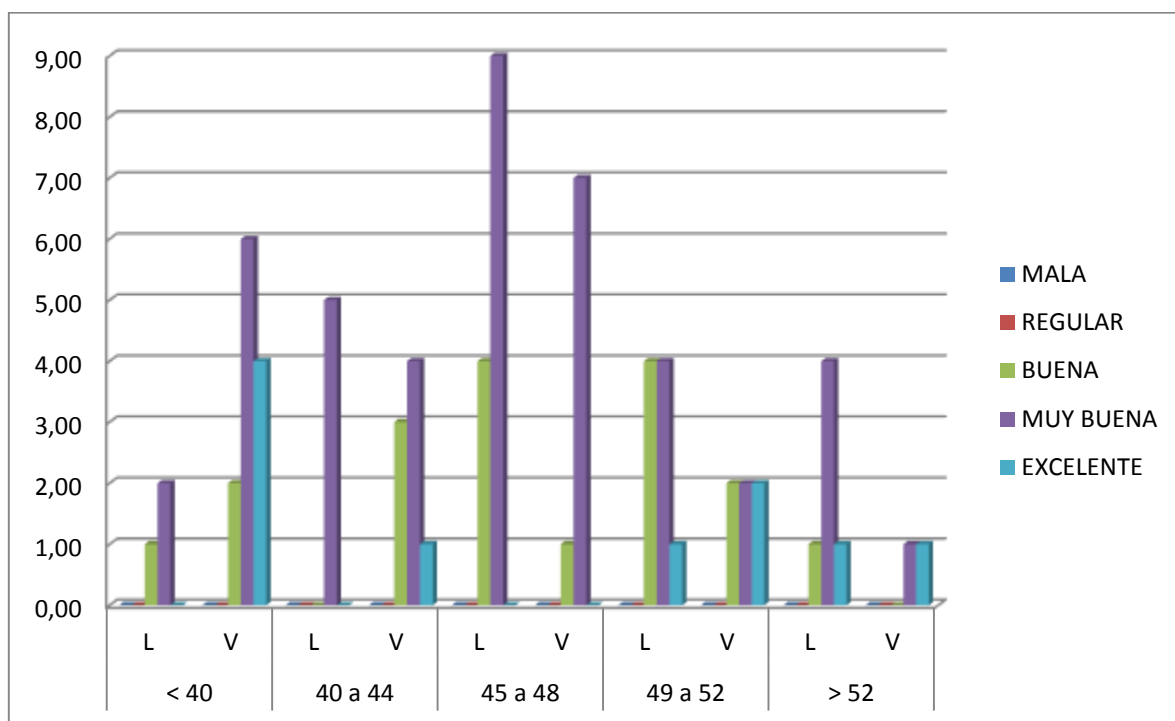
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
EDAD DE APARICIÓN DE AMENORREA	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
< 40	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	2	2,78	0	0,00	3	4,17
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	6	8,33	4	5,56	12	16,67
40 a 44	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	6,94	0	0,00	5	6,94
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	4	5,56	1	1,39	8	11,11
45 a 48	LOJA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	9	12,50	0	0,00	13	18,06
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	7	9,72	0	0,00	8	11,11
49 a 52	LOJA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	4	5,56	1	1,39	9	12,50
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	2	2,78	6	8,33
> 52	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	4	5,56	1	1,39	6	8,33
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	2	2,78
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que el mayor número de mujeres presenta amenorrea entre los 45 a 48 años con un porcentaje de 29% del total de la población investigada. De las personas con calidad de vida buena se encuentra que el mayor porcentaje se encuentra en aquellas que presentaron está entre los 49 a 52 años con un 8,33% del cual el 5,56% pertenece a las mujeres que viven en Loja y el 2,78% a las mujeres que viven en Vilcabamba. De las mujeres con calidad de vida muy buena se observa que el mayor porcentaje se encuentra en las mujeres que presentan amenorrea entre los 45 a 48 años con un 22% del cual el 12,50% pertenece a las mujeres que viven en Loja y el 9,72% a las que viven en Vilcabamba. De las mujeres con calidad de vida excelente se observa que el mayor número se encuentra en las que presentaron amenorrea antes de los 40 años con un 5,56% perteneciendo a las mujeres que viven en Vilcabamba.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 23**



**TABLA N<sup>RO</sup> 24: Calidad de vida según la edad de aparición de los signos y síntomas del climaterio de las mujeres en la etapa climatérica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
EDAD DE APARICIÓN DE AMENORREA	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
< 40	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	0	0,00	4	5,56
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	5	6,94	1	1,39	8	11,11
40 a 44	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	5,56	0	0,00	4	5,56
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	8	11,11	4	5,56	13	18,06
45 a 48	LOJA	0	0,00	0	0,00	6	8,33	10	13,89	0	0,00	16	22,22
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	5	6,94	0	0,00	8	11,11
49 a 52	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	5	6,94	1	1,39	8	11,11
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	2	2,78	2	2,78	6	8,33
> 52	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	4,17	1	1,39	4	5,56
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

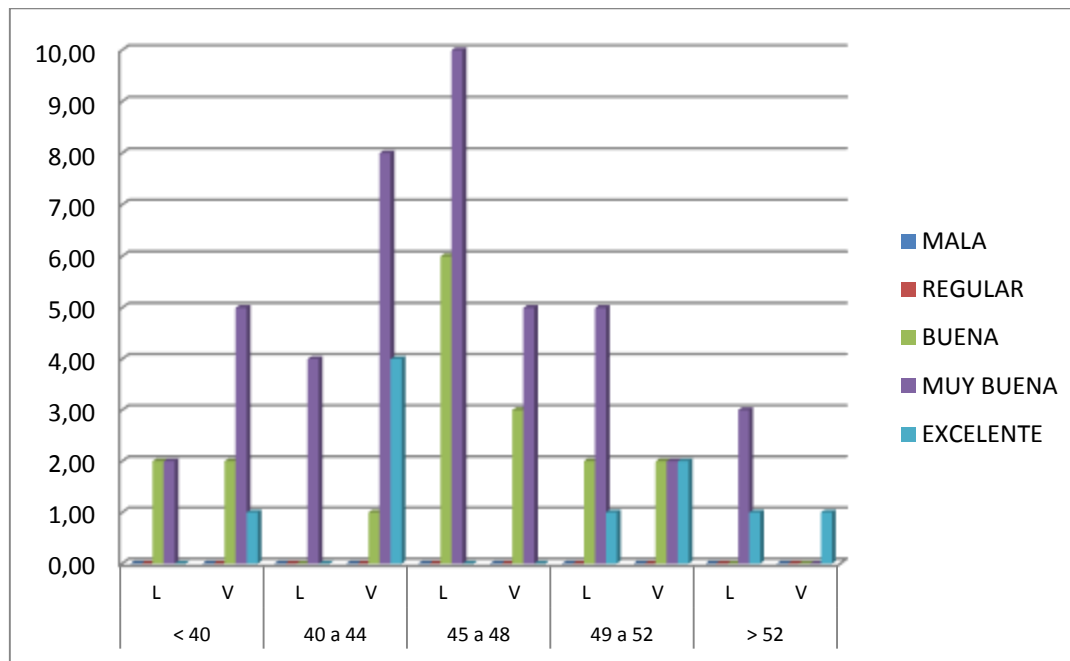
**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que la edad más frecuente en la que aparecen los signos y síntomas del climaterio es la comprendida entre 45 a 48 años con un 33% del cual el 22,22% pertenece al grupo del adulto mayor del IESS y el 11,11% a las mujeres de Vilcabamba. La calidad de vida buena con un 13% predomina en las mujeres que presentan amenorrea entre los 45 a 48 años, con el 8,33% para las mujeres que viven en Loja y el 4,17% para las mujeres que viven en Vilcabamba. La calidad de vida muy buena predomina en las mujeres que presentan amenorrea entre los 45 a 48 años con un 21% del cual el 13,89% pertenece a las mujeres que viven en Loja y el 6,94% a las mujeres que viven en Vilcabamba. La calidad de vida excelente se observa que predomina con un 5,56% en las mujeres que presentan amenorrea entre los 40 a 44 años perteneciendo en su totalidad a las mujeres que viven en Vilcabamba. En Loja la calidad de vida excelente se

observa en las mujeres que presentan amenorrea entre los 49 a 52 años y en mayores de 52 años con un 1,39% para ambos grupos.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 24**



**TABLA N<sup>RO</sup> 25: Calidad de vida según la intensidad de la sintomatología del climaterio de las mujeres en la etapa climaterica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

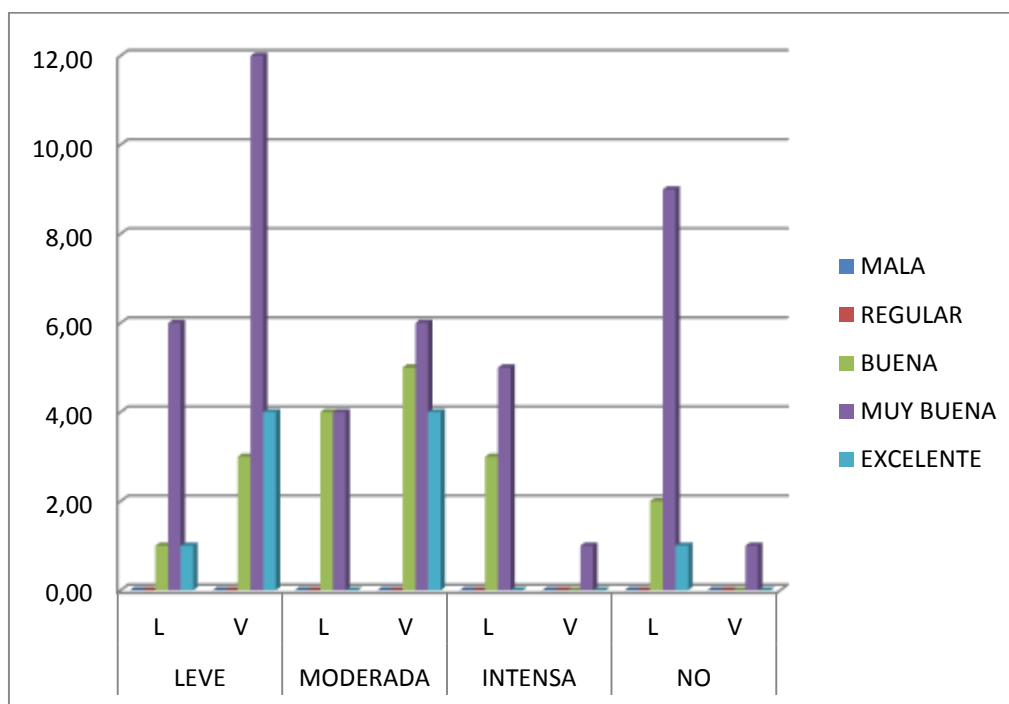
DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
INTENSIDAD	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
LEVE	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	1,39	6	8,33	1	1,39	8	11,11
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	12	16,67	4	5,56	19	26,39
MODERADO	LOJA	0	0,00	0	0,00	4	5,56	4	5,56	0	0,00	8	11,11
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	5	6,94	6	8,33	4	5,56	15	20,83
INTENSO	LOJA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	5	6,94	0	0,00	8	11,11
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39
NO	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	2,78	9	12,50	1	1,39	12	16,67
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que la mayoría de las mujeres encuestadas, un 38%, indicaron una intensidad leve de los síntomas del climaterio. La calidad de vida buena predomina con un 13% en aquellos que presentaron sintomatología moderada del climaterio, observándose en este grupo mayor afectación de la calidad de vida. La calidad de vida muy buena se observa que predomina en aquellos que sienten leves molestias del climaterio con un 25% del cual el 16,67% corresponde a mujeres que viven en Vilcabamba y el 8,33% a las mujeres que viven en Loja, la mayor frecuencia de calidad de vida muy buena en las mujeres del grupo del adulto mayor del IESS con un 12,50% pertenece a aquellas que no presentan sintomatología del climaterio. La calidad de vida excelente se observa con mayor frecuencia con un 7% en aquellas que presentan sintomatología leve con un 5,56% presente en las mujeres que viven en Vilcabamba y el 1,39% a las mujeres que viven en Loja.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 25**



**TABLA N<sup>RO</sup> 26: Calidad de vida según el recibimiento o no de medicamentos para disminuir los síntomas del climaterio de las mujeres en la etapa climatórica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX			
MEDICAMENTOS	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	LOJA	0	0,00	0	0,00	5	6,94	9	12,50	2	2,78	16	22,22
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	3	4,17	7	9,72	6	8,33	16	22,22
NO	LOJA	0	0,00	0	0,00	5	6,94	15	20,83	0	0,00	20	27,78
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	5	6,94	13	18,06	2	2,78	20	27,78
TOTAL		0	0,00	0	0,00	18	25,00	44	61,11	10	13,89	72	100,00

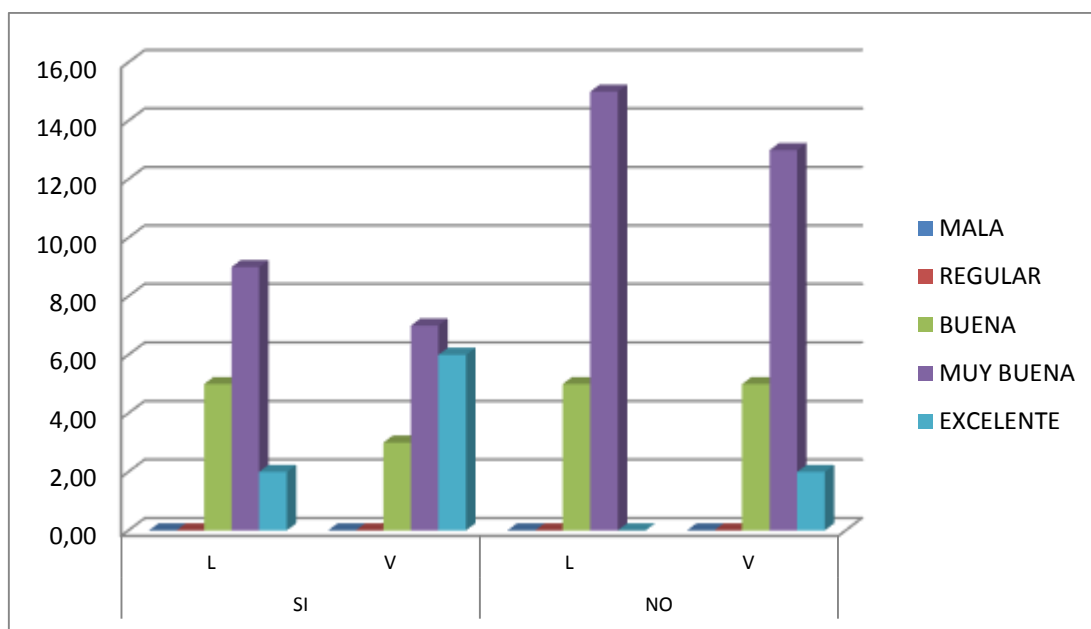
**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.

**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que la mayoría de las mujeres en la etapa de climaterio, con el 56%, no recibe medicamentos. En las mujeres que reciben tratamiento se observa que el 11% presenta calidad de vida buena del cual el 6,94% pertenece a las mujeres que viven en Loja y el 4,17% a las mujeres que viven en Vilcabamba; el 22% presenta una calidad de vida muy buena del cual el 12,50% pertenece al grupo de mujeres del adulto mayor, el 9,72% pertenece a las mujeres que viven en Vilcabamba; el 11% presenta calidad de vida excelente del cual el 2,78% pertenece a las mujeres que viven en Loja y el 8,33% a las mujeres que viven en Vilcabamba; de esta forma se observa que con un 18% frente a un 15% la calidad de vida en las mujeres que recibieron algún tratamiento para la sintomatología del climaterio es mejor en las mujeres que viven en Vilcabamba. De las mujeres que no reciben tratamiento se observa que las mujeres que viven en Vilcabamba presentan una mejor calidad de vida, presentando el 6,94% calidad de vida buena tanto en las mujeres que viven en Loja como en las que viven en Vilcabamba; el 39% presenta calidad de vida muy buena del cual el 20,83% pertenece a las mujeres que viven en Loja y el 18,06% a las mujeres que viven en Vilcabamba; se observa que el 2,78% presenta calidad de vida excelente perteneciendo a las mujeres que viven en Vilcabamba.



**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 26**



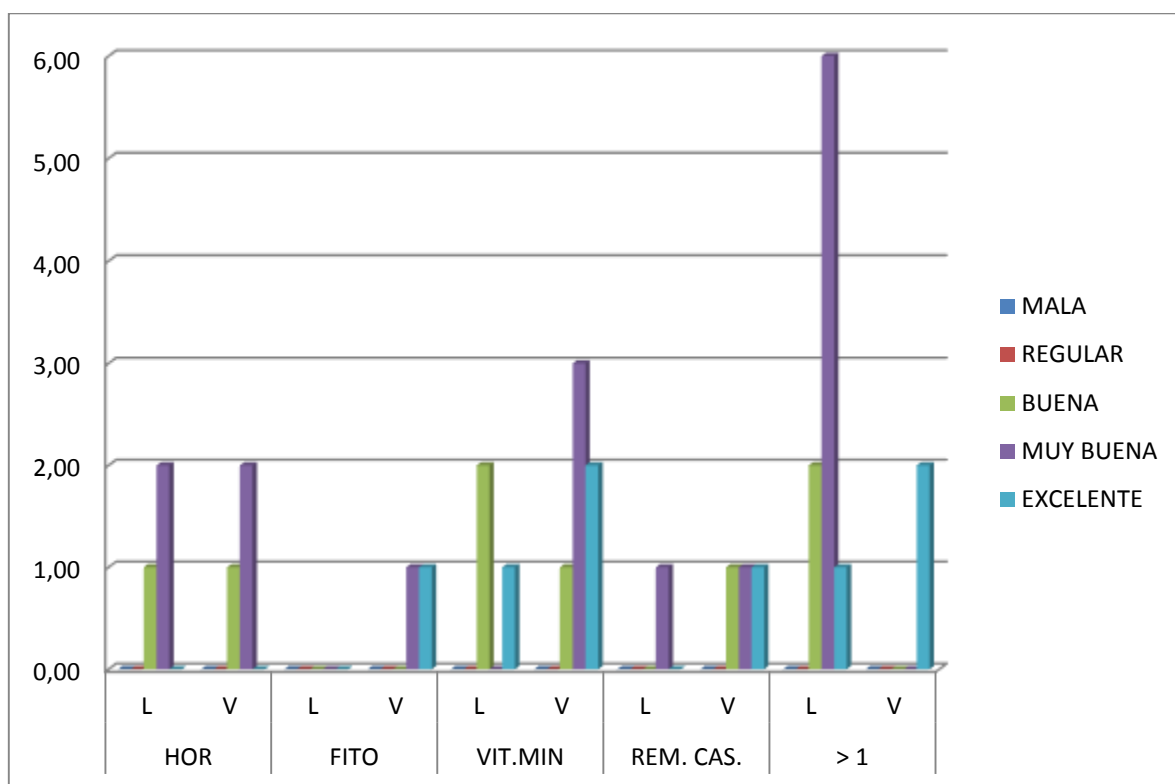
**TABLA N<sup>RO</sup> 27: Calidad de vida según el tipo de medicamentos ingeridos para disminuir los síntomas del climaterio de las mujeres en la etapa climatórica de la ciudad de Loja y la parroquia de Vilcabamba. 2011.**

DETERMINACIÓN		MALA				BUENA						TOTAL	
SUBDETERMINACIÓN		M		R		B		MB		EX		TOTAL	
MEDICAMENTOS	GRUPO DE INVESTIGACIÓN	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
HORMONAS	LOJA	0	0,00	0	0,00	1	3,13	2	6,25	0	0,00	3	9,38
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	3,13	2	6,25	0	0,00	3	9,38
FITOESTRÓGENOS	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,13	1	3,13	2	6,25
VIT.MINNERALES	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	6,25	0	0,00	1	3,13	3	9,38
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	3,13	3	9,38	2	6,25	6	18,75
REM. CASEROS	LOJA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,13	0	0,00	1	3,13
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	1	3,13	1	3,13	1	3,13	3	9,38
> 1	LOJA	0	0,00	0	0,00	2	6,25	6	18,75	1	3,13	9	28,13
	VILCABAMBA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,25	2	6,25
TOTAL		0	0,00	0	0,00	8	25,00	16	50,00	8	25,00	32	100,00

**Fuente:** Entrevista y cuestionario MFCT adaptado.  
**Autor:** Manuel Cabrera.

En la presente tabla se observa que la mayor parte de la población con un 15% recibió más de un tratamiento, y es este grupo el cual presenta una mejor calidad de vida. La calidad de vida buena con un 9,38% predomina en aquellas que reciben solamente vitaminas y minerales del cual el 6,25% pertenece a las mujeres que viven en Loja y el 3,13% a las mujeres que viven en Vilcabamba. La calidad de vida muy buena predomina en las mujeres de Loja que reciben más de un medicamento con un 18,75%, las mujeres de Vilcabamba presentan con un 9,38% predominio de la calidad de vida muy buena en aquellas que recibieron vitaminas y minerales. La calidad de vida excelente predomina con un 9,38% en las mujeres que reciben más de un medicamento con un 3,13% para las mujeres que viven en Loja y un 6,25% para las mujeres que viven en Vilcabamba.

**GRÁFICO N<sup>RO</sup> 27**



## DISCUSIÓN

En la población de estudio se determinó que la calidad de vida dentro de la determinación es buena y dentro de su sub determinación se encontró un 61,11% con calidad de vida muy buena y un 13,89% con calidad de vida excelente, predominando esta última en las mujeres de la parroquia de Vilcabamba, determinando que la calidad de vida en este grupo es mejor que en las mujeres que viven en Loja. En general al observar la calidad de vida establecimos que en ambos grupos de estudio la calidad de vida es mucho mejor que en el resto del país y que en otros países comparando a que en algunos estudios se menciona que la calidad de vida en el climaterio declina; así, en un 55,4 por ciento de las mujeres de América Latina, en promedio, empeora su calidad de vida durante el climaterio o menopausia, reveló un estudio difundido hoy en Santiago (9). Se estima que en España más del 85% de las mujeres tras la menopausia sufre aún un deterioro en su calidad de vida por este motivo (3).

En nuestra investigación encontramos que la mayor parte de la población se encuentra en los grupos etáreos comprendidos entre 65 a 69 años con un 20,83%. Predominando la calidad de vida muy buena con un 15,20% en las mujeres entre 65 a 69 años que viven en Loja; la calidad de vida excelente predomina en el grupo de 55 a 59 años y que vive en Vilcabamba con un 4,17%. En comparación con un estudio realizado en mujeres climatéricas en Chile por Socrates Adeo M. Arnaldo Porcile J. Cristina Iribarra A. en el 2006 donde el 58% de la población se encuentra en el grupo etáreo entre 45 a 54 años (1).

En relación con los métodos anticonceptivos la mayor parte no usa ningún método, encontrándose con un 21% mejor calidad de vida en las mujeres que viven en Vilcabamba frente a un 17% de las mujeres que viven en Loja. El 17% de la población estudiada usa el preservativo, constituyendo así el método anticonceptivo más usado. En comparación con un estudio realizado en mujeres

climatéricas en Chile por Socrates Adeo M. Arnaldo Porcile J. Cristina Iribarra A. en el 2006 donde el 21,35% usó anticoncepción hormonal (1).

De la población estudiada aquella que tiene una mejor calidad de vida es la que no presenta ninguna enfermedad con un 33,33% de la población estudiada, en el cual se observa además que las mujeres que viven en la parroquia de Vilcabamba tiene una mejor calidad de vida con un 26,39% del cual el 18,06% tiene calidad de vida muy buena y el 8,33% tiene una calidad de vida excelente. En un estudio realizado en mujeres climatéricas en Chile por Socrates Adeo M. Arnaldo Porcile J. Cristina Iribarra A. en el 2006 se encontró que el 48,1% de la población estudiada presentó hipertensión arterial en comparación con un 19,44% de nuestra población de estudio, en el estudio realizado en Chile se encontró además que el 11,11% presentó diabetes mellitus porcentaje similar al que encontramos en nuestro grupo de estudio (1).

El mayor número de mujeres presenta amenorrea entre los 45 a 48 años con un porcentaje de 29% del total de la población investigada; sin embargo las mujeres que presentaron amenorrea antes de los 40 años, un 5,56%, presentan una calidad de vida excelente, predominando sobre aquellas que presentan amenorrea después de los 40 años, perteneciendo a las mujeres que viven en Vilcabamba. La edad más frecuente en la que aparecen los signos y síntomas del climaterio es la comprendida entre 45 a 48 años con un 33% del cual el 22,22% pertenece al grupo del adulto mayor del IESS y el 11,11% a las mujeres de Vilcabamba. Pero la mejor calidad de vida se encuentra en las mujeres que viven en Vilcabamba que presentaron sintomatología entre los 40 a 44 años con un 17%. En contraste con un estudio realizado en mujeres climatéricas en Chile por Socrates Adeo M. Arnaldo Porcile J. Cristina Iribarra A. en el 2006 donde se encontró que la edad media de la menopausia es de 47,35 edad que se relaciona con la aparición de amenorrea y aparición de la sintomatología de climaterio de nuestros grupos de estudio (1).

La mayoría de las mujeres encuestadas presentan una intensidad leve de los síntomas del climaterio con un 38%, en el cual el 7% presenta calidad de vida excelente, calidad de vida más frecuente en este grupo; de la calidad de vida excelente el 5,56% está presente en las mujeres que viven en Vilcabamba y el 1,39% a las mujeres que viven en Loja, en comparación con un estudio sobre la calidad de vida donde se determinó que en Europa, Norteamérica, Latinoamérica y Asia, los porcentajes de mujeres con síntomas climatéricos severos son 24,3%, 22,5%, 22,7% y 9,5%, respectivamente, mientras que en Chile es de 41,1% un 80,8% de las mujeres chilenas son las que señalan sufrir síntomas severos y moderados mientras la menopausia, superando lejos a otras naciones de la región, que en promedio alcanzan un 55,4%. Le siguen las mujeres de Uruguay con un 67,4%; de Venezuela con el 62,7% y de Ecuador con el 60,10%, precisó el estudio (11). Se determinó además que la mayoría de las mujeres en la etapa de climaterio con el 56% no recibe medicamentos; en las mujeres que reciben tratamiento se observa que el 18% de las mujeres corresponde a aquellas que viven en Vilcabamba presentando una mejor calidad de vida que aquellas que viven en Loja con un 15%.

## CONCLUSIONES

- La calidad de vida en la determinación es buena en nuestra población con un 75%; de la cual en la sub determinación el 61,11% corresponde a la calidad de vida muy buena y el 13,89% excelente, predominando esta última con un 11,11% en las mujeres de Vilcabamba.
- La mayor parte de la población estudiada se encuentra entre los 65 a 69 años con un 20,83%, en este grupo el 4,17% presenta una calidad de vida excelente siendo el total de las mujeres que viven en Vilcabamba.
- Sin importar el nivel de instrucción las mujeres que viven en Vilcabamba presentan mejor calidad de vida; la calidad de vida muy buena predomina con un 26,39% en las que presentan instrucción secundaria, con un 15,28% para las mujeres que vive en Vilcabamba; en tanto la calidad de vida excelente predomina en las que tienen instrucción primaria, con un 5,56% del cual el 4,17% pertenece a las mujeres que viven en Vilcabamba.
- El 52,77% tiene estado civil casada, en el cual las mujeres que viven en Vilcabamba presentan mejor calidad de vida con un 29,16% del cual el 6,94 presenta calidad de vida excelente y pertenece a las mujeres que viven en Vilcabamba.
- El 66,67% del grupo de estudio son amas de casa, con un 8,33% las mujeres que viven en Vilcabamba presentan calidad de vida excelente.
- El 63,89% presentó su menarquía entre los 12 a 14 años, encontrando 25% de las mujeres que viven en Vilcabamba calidad de vida muy buena, 15,28% calidad de vida excelente en las mujeres que viven en Vilcabamba.

- El 59,72% presenta ciclos menstruales regulares con un 59,72% en el cual se observa una mejor calidad de vida en las que viven en Vilcabamba con 11,11% con calidad de vida excelente.
- La calidad de vida es mucho mejor con un 33,33% en las mujeres que presentaron intervalos de los ciclos menstruales cada 26 a 30 días y que viven en Vilcabamba.
- 29% de la población presentó amenorrea entre los 45 a 48 años, sin embargo el 5,56% presentó amenorrea antes de los 40 años, presentando calidad de vida excelente.
- El 30,56% de la población inicia su vida sexual después de los 21 años, encontrándose en este grupo una mejor calidad de vida en las mujeres que viven en Vilcabamba con un 13,89%. Sin embargo la mejor calidad de vida se encontró en aquellas que viven en Vilcabamba e iniciaron su vida sexual entre los 16 a 18 años, presentando el 6,94% una calidad de vida excelente.
- El 50% de la población no usa métodos anticonceptivos, en el cual el 21%, y que vive en Vilcabamba, presenta mejor calidad de vida. De las mujeres que usan métodos anticonceptivos el más usado es el preservativo con un 17% de la población, del cual la mejor calidad de vida la presentan las mujeres que viven en Loja con un 6,94%.
- El 22,22% presenta de 2 a 4 gestas, del cual el 11,11% presenta una mejor calidad de vida y vive en Vilcabamba, de este el 2,78% presenta calidad de vida excelente, a diferencia de las mujeres que viven en Loja donde el 1,39% tiene calidad de vida excelente.

- El 61,11% no presenta abortos, presentando mejor calidad de vida que aquellas que si los presentan, encontrando una mejor calidad de vida en Vilcabamba con un 31,94%, del cual el 9,72% tiene calidad de vida excelente.
- El 45,84% se realiza PAP cada año, del cual el 4,17% presenta calidad de vida excelente, perteneciendo a las mujeres que viven en Vilcabamba; presentando mejor calidad de vida que aquellos que no se realizan o se realizan cada 2 años o más; de la población que presenta calidad de vida excelente se observa que el mayor porcentaje con un 5,56% se encuentra en las mujeres que viven en Vilcabamba y no se realizan PAP.
- La mayoría de la población en estudio no se realiza mamografías representando el 44,44%, las que presentan mejor calidad de vida son aquellas que viven en Vilcabamba con un 31,94%.
- De la población estudiada aquella que tiene una mejor calidad de vida es la que no presenta ninguna enfermedad crónico degenerativa con un 33,33% de la población estudiada, del cual el 26,39% pertenece a Vilcabamba. De la población con alguna enfermedad crónica degenerativa se observa que la peor calidad de vida se presenta en aquellas que tienen hipertensión arterial con un 6,95%, del cual el 4,17% pertenece a Vilcabamba.
- 68,29% reciben tratamiento para alguna de sus enfermedades crónicas degenerativas presentando una mejor calidad de vida con un 36,59% las que viven en Loja, 14,64% no recibe tratamiento para sus enfermedades, encontrándose una peor calidad de vida en las mujeres que viven en Vilcabamba con un 2,44%. De las mujeres que reciben tratamiento para alguna de sus enfermedades crónicas degenerativas el 39,29% lo ha recibido por 1 a 3 años, el 17,86% presenta una mejor calidad de vida, correspondiendo a las mujeres que viven en Loja.



- El 92% de la población en estudio recibe apoyo emocional bueno, encontrándose una mejor calidad de vida en las mujeres que viven en Vilcabamba con un 37,5%.
- El 61% de la población investigada presenta apoyo económico bueno brindado por la familia, siendo estas mujeres las que presentaron una mejor calidad de vida siendo mejor en aquellas que viven en Vilcabamba.
- La edad más frecuente en la que aparecen los signos y síntomas del climaterio es la comprendida entre 45 a 48 años con un 33% del cual el 22,22% pertenece al grupo del adulto mayor del IESS y el 11,11% a las mujeres de Vilcabamba. Pero la mejor calidad de vida se encuentra en las mujeres que viven en Vilcabamba que presentaron sintomatología entre los 40 a 44 años con un 17%.
- La mayoría de las mujeres encuestadas presentan una intensidad leve de los síntomas del climaterio con un 38%, en el cual el 7% presenta calidad de vida excelente.
- La mayoría de las mujeres en la etapa de climaterio con el 56% no recibe medicamentos; en las mujeres que reciben tratamiento se observa que el 18% de las mujeres corresponde a aquellas que viven en Vilcabamba presentando una mejor calidad de vida que aquellas que viven en Loja con un 15%.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Universidad Nacional de Loja, y en forma específica al Área de la Salud Humana, realizar acciones de coordinación e interrelación con el INIGER, con la finalidad de llevar en acción conjunta e integral, investigaciones científicas, para conocer de mejor forma la calidad de vida de las mujeres en etapa de climaterio.
- Usar el documento elaborado durante el desarrollo de la presente investigación para realizar un macro proyecto y poder evaluar de forma más amplia la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres en etapa de climaterio.
- Proporcionar el presente documento de investigación al INIGER para que esta institución, con el uso de este instrumento y demás recursos tanto económicos como humanos, pueda realizar una investigación a nivel provincial y nacional, para determinar la calidad de vida en las mujeres en etapa de climaterio.
- A la Universidad Nacional de Loja realizar un macro proyecto para valorar la calidad de vida de las mujeres en etapa climatérica haciendo interactuar a diversas carreras del área de la Salud, como Medicina humana, Enfermería, Odontología, Psicología; para poder realizar acciones de intervención conjunta, ya que la calidad de vida depende de muchos factores, tanto biológicos, psicológicos como sociales.
- Hacer conocer a la sociedad que las mujeres en etapa climatérica son muy valiosas y que esta ayude a mejorar su calidad de vida, a través de la realización de diversas actividades como deporte, baile, gimnasia, entre otros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aedo M., Porcile J., Iribarra A. *Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables*. [En línea]. Chile. 2006. [Fecha de actualización: 3 de agosto de 2009]. [Fecha de consulta: 3 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n6/art07.pdf>
2. Aiguader., Instituto Municipal de Investigación médica de Barcelona. *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Barcelona, España. Primera edición. Agosto 2000.
3. *Asociación española para el estudio de la menopausia*. [En línea]. Mallorca, España. 30 de septiembre de 2008. [fecha de actualización: 20 de octubre de 2011]. [Fecha de consulta: 20 de octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.aeem.es/ampliar\\_prensa.asp?id=1](http://www.aeem.es/ampliar_prensa.asp?id=1)
4. Berek J. *Climaterio*. En su: *Ginecología de Novak*. Los Ángeles, California. Editorial: Mc Graw Hill. Décimo tercera edición. 2004. pp 891 – 915.
5. Botero J., Júbiz A., Henao G. *El climaterio*. En su: *Obstetricia y Ginecología*. Bogotá. Editorial Tinta Fresca. Séptima edición. 2004. c 51. pp 591 – 601.
6. Castillo Guzmán A. *Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas*. [En línea]. Responsables secundarios: Carmen Arocha Meriño; Nurys B. Armas Rojas; Ivette Castillo Arocha; Michel Ernesto Cueto Cañabate; Marys Leidis Herrera Giró. 2008. [fecha de consulta: 24 de julio de 2010]. Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol27\\_3-4\\_08/ibi03308.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol27_3-4_08/ibi03308.htm)
7. Cols A., Alonso J. *Descripción del instrumento Cuestionario SF-36*. [En línea]. [Responsables secundarios: Instituto Municipal de investigaciones

médicas de Barcelona]. Barcelona, España. 2 de mayo de 2006. [Fecha de consulta: 14 de octubre de 2010]. Disponible en: [http://bibliopro.imim.es/PDFs/Descripcion\\_SF-36\\_BiblioPRO.pdf](http://bibliopro.imim.es/PDFs/Descripcion_SF-36_BiblioPRO.pdf)

8. *Diccionario de Medicina Océano Mosby*. Barcelona, España. Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary. MMVI editorial Océano. ISBN 84-7555-074-6.
9. *eldiario.ec. 55,4% de mujeres afectadas durante la menopausia*. [En línea]. Manabí, Ecuador. 22 de octubre de 2008. [fecha de consulta: 10 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/96103-55-4-de-mujeres-afectadas-durante-menopausia/>
10. *Eroski Consumer. La esperanza de vida en hombres y mujeres aumentará unos dos años en 2010, según el CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas)*. [En línea]. 25 de agosto de 2003. [fecha de consulta: 20 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/2003/08/25/64664.php>.
11. *Gomez A. Las mujeres empeoran su calidad de vida durante a menopausia*. [En línea]. [Responsable secundario: Medicinay salud.org]. 02 de diciembre de 2009. [Fecha de actualización: 20 de octubre de 2011]. [Fecha de consulta: 20 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.medicinaysalud.org/enfermedades/las-mujeres-empeoran-su-calidad-de-vida-durante-la-menopausia/>
12. *Gori J., Lorusso A. Climaterio*. En su: *Ginecología de Gori*. Buenos Aires, Argentina. Editorial el Ateneo. Segunda edición. 2005. pp 95 -115.
13. *Guyton A., Hall J. Menopausia*. En su: *Tratado de de fisiología médica*. Philadelphia, Pensilvania, U.S.A. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Decima edición. 2001, reimpresso 2004. c 81. p 1130.

14. *INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. Resultados Censo de población 2011.* [En línea]. Ecuador. 25 de agosto de 2011. [Fecha de consulta: 30 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>
15. *Manzano B. Climaterio.* En: Rigol R., Cruz E. León E., Santiesteban A., Cardoso U., Vázquez J. *Obstetricia y Ginecología.* El Vedudo, La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas. Segunda edición. 2004. c 33. pp 331 – 337.
16. *Metropolitana. Longevos de Vilcabamba son estudiados.* [En Línea]. Ecuador 2011. 9 de noviembre de 2011. [Fecha de consulta: 13 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/longevos-de-vilcabamba-son-estudiados-302117-302117.html>
17. *Moliner L. Cuestionarios de Salud.* [En línea]. España. Febrero 1998. [Fecha de consulta: 1 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/pdf/cucadevi.pdf>
18. *Organización Mundial de la Salud. Investigaciones sobre la menopausia.* [En línea]. Ginebra 1981. [Fecha da actualización 28 de mayo de 2002]. [Fecha de consulta: 2 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
19. *Ortiz N., Méndez B., Oiarde N., Blumel M. Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio.* [En línea]. Bogotá, Colombia. [Fecha de actualización 26 de enero 2011]. [Fecha de consulta: 29 de enero de 2011]. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno7201deterioro.htm>
20. *Pacheco J. Climaterio y menopausia.* [En línea]. Perú. 16 de junio de 2005. [Fecha de consulta: 13 de julio de 2011]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_40n1/climaterio.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_40n1/climaterio.htm)

21. Pérez A. Climaterio y Menopausia. En su: *Ginecología*. Santiago, Chile. Editorial Mediterraneo Ltda. Segunda edición. 1999. pp 80 – 96.
22. Schering. *El climaterio: Un reto en la calidad de vida*. [En línea]. [Responsable secundario: Esmas.com]. 2004. [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/home/noticiashoy/547073.html>.
23. SCHWARTZMANN L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. [En línea]. Revista Scielo; Ciencia y Enfermería. Diciembre 2002. [Fecha de revisión: 23 de octubre de 2010]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext)
24. Siseles N. *Impacto de la menopausia sobre la calidad y expectativa de vida de la mujer en la mediana vida*. [En línea]. [responsables secundarios: Cristina Pecci, Leila Mir Candal, Pamela Gutierrez]. Argentina. 19 de marzo de 2007. [Fecha de consulta: 3 de octubre de 2010]. Disponible en: [http://www.aagop.com.ar/articulos/Calidad\\_de\\_Vida22-07-05.pdf](http://www.aagop.com.ar/articulos/Calidad_de_Vida22-07-05.pdf)
25. Wikipedia.org. *Ecuador*. [En línea]. Ecuador. 2010. [fecha de consulta: 23 de julio de 2010]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Ecuador>.
26. Yanguas Lezaun J. *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. [En línea]. Primera edición. Madrid, España. 2006. [Fecha de actualización: 13 de junio de 2007]. [Fecha de consulta: 09 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>

# **ANEXOS**

## HOJA DE REGISTRO

1. Fecha y hora: .....
2. Código: .....
3. Datos de filiación:
  - a. Edad: .....
  - b. Escolaridad: .....
  - c. Ocupación: .....
  - d. Estado civil: .....
  - e. Procedencia: .....
  - f. Lugar de nacimiento: .....
  - g. Lugar de residencia: .....
4. Antecedentes gineco-obstétricos:

<b>Menarquía:</b>	<b>Regularidad de ciclos menstruales:</b>	<b>Intervalo de los ciclos menstruales:</b>	<b>Días de sangrado:</b>
<b>Cantidad del sangrado:</b>	<b>Inicio de vida sexual:</b>	<b>Métodos anticonceptivos:</b>	
<b>Gestas:</b>		<b>Paras:</b>	<b>Cesáreas:</b>
<b>Abortos:</b>	<b>PAP:</b>	<b>Mamografía:</b>	<b>FUM:</b>

5. Antecedentes patológicos personales:
 

.....

.....

.....

.....
6. Tratamiento que recibe para su o sus enfermedades:
 

.....

.....



.....  
.....  
**7. Antecedentes quirúrgicos:**

.....  
.....  
**8. Alergias:**

.....  
.....  
**9. Apoyo emocional por parte de su familia:**

- a. Bueno ( )
- b. Regular ( )
- c. Malo ( )

**10. Apoyo económico por parte de su familia:**

- a. Si ( )
  - Suficiente ( )
  - Regular ( )
  - No es suficiente ( )
- b. No ( )

**11. ¿Ud. proporciona ingresos económicos a su familia?**

- a. Si ( )
  - Suficiente ( )
  - Regular ( )
  - No es suficiente ( )
- b. No ( )

**12. A qué edad presentó amenorrea:**

- a. < 40 ( )
- b. 40-44 ( )
- c. 45 – 48 ( )

- d. 49 – 52 ( )
- e. > 52 ( )

**13. A qué edad empezó a presentar síntomas del climaterio:**

- a. < 40 ( )
- b. 40-44 ( )
- c. 45 – 48 ( )
- d. 49 – 52 ( )
- e. > 52 ( )

**14. ¿Cree Ud. qué presentó síntomas de menopausia, si la respuesta es afirmativa cuál fue su intensidad?**

- a. Sí ( )
  - Leve ( )
  - Moderado ( )
  - Intensos ( )
- b. No ( )

**15. Percepción individual del climaterio sobre la calidad de vida:**

- a. Calidad de vida muy buena: ( )
- b. Calidad de vida buena: ( )
- c. Calidad de vida regular: ( )
- d. Calidad de vida mala: ( )

**16. Ha tomado mediación para el climaterio.**

- a. Sí ( )
- b. No ( )
- c. A veces ( )

**17. Si su respuesta anterior fue afirmativa, indique cuál:**

- a. Hormonas ( )

- b. Fitoestrógenos ( )
- c. Vitaminas y minerales ( )
- d. Remedios caseros ( )
  - Cuales:.....
- e. Otros ( )
  - Cuales:.....

**18. ¿Toma medicamentos para alguna enfermedad crónica degenerativa, como diabetes, hipertensión?**

- a. Si ( )
- b. No ( ).

**19. Si su respuesta anterior fue afirmativa indique aproximadamente por qué tiempo se lo ha administrado.**

- a. < 1 año ( )
- b. 1 – 3 años ( )
- c. 4 - 7 años ( )
- d. > 7 años.

# RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

Código: .....

FÓRMULAS PARA PUNTUAR Y TRANSFORMAR LAS ESCALAS								
Escala	Puntuación cruda de las escalas	Transformación de las puntuaciones crudas de la escala en porcentaje	DETERMINACIÓN y sub determinación					TOTAL
			Mala		Buena			
			Mala (M)	Regular (R)	Buena (B)	Muy buena (MB)	Excelente (EX)	
Función Física								
Rol Físico								
Dolor Corporal								
Salud General								
Vitalidad								
Función Social								
Rol Emocional								
Salud Mental								
Evolución declarada de la salud								
Afectación de la salud por el climaterio								
TOTAL (CALIDAD DE VIDA)								

# CUESTIONARIO MFCT

## ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO SF-36 (2) Y DEL CUESTIONARIO MRS (1)

**CONCEPTOS DE SALUD; NÚMERO DE ITEMS Y NIVELES; RESUMEN DEL CONTENIDO DE LAS OCHO ESCALAS DEL SF-36 Y DEL ÍTEM DE LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD Y LA COMPLEMENTACIÓN Y ADAPTACIÓN CON LA ESCALA MRS**

<b>ESCALA</b>	<b>Nº DE ITEMS</b>	<b>RESUMEN DEL CONTENIDO</b>
Función Física (PF)	<b>10</b>	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
Rol Físico (RP)	<b>4</b>	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
Dolor Corporal (BP)	<b>2</b>	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
Salud General (GH)	<b>5</b>	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Vitalidad (VT)	<b>4</b>	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
Función Social (SF)	<b>2</b>	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
Rol Emocional (RE)	<b>3</b>	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
Salud Mental (MH)	<b>5</b>	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.
Evolución Declarada de la Salud (HT)	<b>1</b>	Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.
Afectación de la salud por el climaterio	<b>8</b>	Valora la salud y efecto del climaterio sobre la calidad de vida desde 6 meses antes de la aparición de la amenorrea.

FUENTE: Instituto de investigación médica. Barcelona, España. Manual de puntuación SF-36, p5.

# CUESTIONARIO MFCT

## INTRODUCCIÓN

### **IMPORTANCIA DE LA ADAPTACIÓN DE LA VERSIÓN CHILENA DEL CUESTIONARIO MRS AL CUESTIONARIO SF-36**

El cuestionario MFCT es una adaptación del cuestionario SF-36 que valora la calidad de vida relacionada con la salud y de la versión chilena del cuestionario MRS para valorar calidad de vida relacionada con el climaterio. Esta adaptación surge ante la necesidad de valorar la calidad de vida relacionada con la salud y el climaterio, esto ante la problemática de que no existen estudios acerca de la calidad de vida en mujeres que se encuentran en la etapa de climaterio, además de que los estudios relacionados sobre la calidad de vida ponen poco énfasis en determinarla en la etapa de climaterio o como en el caso del MRS la determina pero en cambio no relaciona a la calidad de vida con el estado de salud que junto con el climaterio de forma indirecta y directa afecta al estilo de vida de las mujeres que se encuentran en esta etapa de su vida y por tanto a su calidad de vida. Es de esta forma que surge el cuestionario MFCT con el propósito de servir de base a futuros estudios y proyectos encaminados a determinar la calidad de vida relacionado con la salud en las mujeres en climaterio, y además de poder servir de modelo para que se efectúen estudios comparativos con el mismo.

### **CUESTIONARIO SF-36**

El Cuestionario de Salud SF-36 es la adaptación realizada para España por Alonso y Cols de *SF-36 Health Survey*. El cuestionario SF-36 fue diseñado originalmente a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS).

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación.

Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones. Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal -intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (2), Salud General (6). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental.

Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia (7).

### **ADAPTACIÓN CHILENA DEL CUESTIONARIO MRS**

La escala MRS es un instrumento de medición de calidad de vida



específicamente desarrollado en la década de los noventa para ser aplicado en el climaterio, y que a diferencia de otras escalas aplicadas en Chile consta de un cuestionario breve de 11 preguntas, que deben ser contestadas directamente por la encuestada, sin la intervención del sesgo de encuestadores, lo que a nuestro juicio representa una ventaja en términos de factibilidad al aplicar dicha escala.

Este cuestionario está formado por 11 ítems valorado en 5 escalas, el mismo que a mayor escala nos indica una mejor calidad de vida.

La MRS está compuesta de 11 ítems que evalúan los síntomas de la menopausia divididos en tres subescalas: (a) *somática*: oleadas de calor, palpitaciones, trastornos del sueño y problemas musculares y articulares (ítems 1-3 y 11, respectivamente); (b) *psicológica*: ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y agotamiento físico y mental (ítems 4-7 respectivamente); y (c) *urogenital*: problemas sexuales, de la vejiga y resequead de la vagina (ítems 8-10, respectivamente). Cada ítem puede ser calificado por la persona de 0 (ausente) a 4 (1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo, 4 = muy severo). Para un individuo particular, el puntaje total de cada subescala es la suma de cada ítem calificado en esa subescala. Un puntaje total de 9 a 16 fue considerado como moderado e igual a 17, severo<sup>27</sup> (1).

## **PUNTUACIÓN**

### **IMPORTANCIA DE LA STANDARIZACIÓN**

Al igual que en todo cuestionario la estandarización es lo que hace posible la interpretación de los resultados, por lo que para realizar la estandarización de este cuestionario se utilizará la estandarización del cuestionario SF -36, la misma que será adaptada a la escala aumentada al

cuestionario antes mencionado, para de esta forma poder determinar el valor mínimo y máximo posibles, los mismos que equivaldrán a una peor o mejor calidad de vida respectivamente.

La adaptación realizada al cuestionario SF-36 se la efectuó de tal forma que los cambios en el contenido de la encuesta o en los algoritmos de puntuación del SF-36 no puedan comprometer la validez y la fiabilidad de las puntuaciones.

Hay al menos tres buenas razones para ceñirse a los estándares del contenido y puntuación descritos en este manual. En primer lugar, servir de base para que se puedan realizar otros estudios que busquen valorar la calidad de vida en relación con la salud y el climaterio. En segundo lugar, producir puntuaciones de la misma fiabilidad y validez para poder realizar comparaciones con posibles estudios y publicaciones posteriores que utilicen este cuestionario utilizando los estándares de contenido y puntuación aquí descrita.

Antes de utilizar las reglas de puntuación es esencial verificar que los cuestionarios que están siendo puntuados, incluyendo la pregunta, las opciones de respuesta y los números asignados a las mismas hayan sido reproducidos con exactitud.

### **Información general sobre la puntuación**

Los items y las escalas están puntuadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Por ejemplo, las escalas de función son puntuadas de forma que una puntuación alta indica una mejor función; y la escala Dolor es puntuada de forma que una puntuación alta indica estar libre de dolor. Después de la introducción de los datos, los items y las escalas se puntúan en tres pasos:

1. Recodificación de los ítems, para los 10 ítems que requieran recodificación.
2. Cálculo de la puntuación de las escalas sumando los ítems en la misma escala (puntuación cruda de la escala), y
3. Transformación de las puntuaciones crudas de las escalas a una escala de 0-100 (puntuaciones transformadas de la escala).

### **Introducción de los datos**

Las respuestas de los ítems deberán ser introducidas tal y como se codifican en el cuestionario. Es importante tener en cuenta que, aunque los números de las opciones de respuesta deben ser introducidos, puede que no sean los valores finalmente asignados a esas respuestas cuando se puntúen las escalas.

En la mayoría de los casos, esto quiere decir que el número precodificado que está marcado con un círculo o que ha sido marcado por el encuestado es el que deberá introducirse. Sin embargo, a veces no está tan claro qué número debe introducirse. Las reglas sugeridas para manejar alguno de los problemas más comunes al codificar son:

1. Si un encuestado marca dos respuestas adyacentes una a la otra, escoja una al azar e introduzca ese número.
2. Si un encuestado marca dos respuestas para un ítem y no son adyacentes una de la otra, codifique ese ítem como ausente.
3. Si el encuestado marca tres o más respuestas para un ítem, codifique este ítem como ausente.
4. Si el encuestado responde a los ítems sí/no escribiendo “sí” o “no”, codifique la respuesta como si el “sí” o el “no” hubieran sido marcados.

## **Recodificación de los ítems**

El siguiente paso, una vez respondido cada uno de los cuestionarios es la recodificación de las opciones de respuesta tal como se muestra en las tablas 1 a la 9. La recodificación de los ítems es el proceso de derivación de los valores de los ítems que serán utilizados para calcular las puntuaciones de la escala. Este proceso incluye varios pasos:

1. Cambiar los valores fuera de recorrido a ausentes.
2. Recodificar los valores para 10 de los ítems.
3. Sustituir las estimaciones de especificación personal para los ítems ausentes.

### ***Valores fuera de rango***

En los 44 ítems deberán comprobarse los valores fuera de rango, antes de asignarles valores finales. Los valores fuera de rango son aquéllos por debajo del valor mínimo precodificado del ítem o por encima del valor máximo precodificado del ítem (ver Tabla 1 a la 9). Los valores fuera de recorrido generalmente ocurren por errores en la introducción de datos y, a ser posible, deberán cambiarse a una respuesta correcta comprobando el cuestionario original. Si no puede obtenerse el cuestionario original, todos los valores fuera de recorrido deberán recodificarse como datos ausentes.

### ***Recodificación de los valores para 10 de los ítems***

Siete ítems se puntúan a la inversa. La puntuación a la inversa de los ítems se hace para asegurar que un valor más alto del ítem indica una mejor salud en todos los ítems y escalas. Los ítems generalmente tomados del SF-36 que necesiten puntuarse a la inversa están enunciados de manera que cuando mayor es el valor precodificado del ítem, peor es el estado de salud.

## **Recalibración de los Ítems**

Las investigaciones realizadas con el cuestionario SF 36 demuestran que 2 de los ítems necesitan recalibración, Estos ítems están en dos escalas diferentes: la escala de Salud General (SG) y la escala del Dolor Corporal (DC).

### **Evaluación del ítem de la Salud General.**

Las respuestas "Muy Buena" y "Buena" al ítem 1 se recalibran para conseguir un mejor ajuste final con el concepto de evaluación de la salud general mediante esta escala (SG). Los estudios empíricos en relación con el Estudio de los Seguros Médicos de Rand *Health Insurance Experiment (HIE)* fueron de los primeros en documentar que los intervalos entre opciones de respuesta a este ítem no son iguales (Davies & Ware, 1981). Los estudios subsiguientes del ítem 1, utilizando tanto el Método Thurstone (Thurstone & Chave, 1929) de los intervalos aparentemente iguales, como otros métodos empíricos, también han demostrado consistentemente que el intervalo entre "Excelente" y "Muy buena" es alrededor de la mitad del intervalo entre "Regular" y "Buena" (Ware, Nelson, et al., 1992). Estos resultados se han confirmado en los estudios de traducción del SF-36 de 10 países participantes en el Proyecto IQOLA (*International Quality of Life Assessment*). Finalmente, en todos los estudios de los que tenemos conocimiento hasta la fecha, los valores medios para la escala de criterio general de la salud para encuestados que eligen cada uno de los cinco niveles definidos por el ítem 1 se desvían significativamente de la linealidad. Los análisis del Estudio de los Resultados Médicos, *Medical Outcomes Study (MOS)* que sirvieron como base para la recalibración recomendada del ítem 1 están resumidos en la Tabla 11. Como se muestra en la Tabla 10 y es comentado por Ware, Nelson, y cols. (1992), las puntuaciones de la media de criterio fueron ostensiblemente similares a aquéllos que eligieron la misma categoría del ítem 1 tanto en la muestra de cribaje (N=18.573) como en la longitudinal (N=3.054). Los intervalos entre opciones de

respuesta adyacentes fueron desiguales, tal como se observó en el Estudio de los Seguros Médicos de Rand *Health Insurance Experiment (HIE)* (Davis & Ware, 1981). Por estas razones, los valores de los ítems de la escala se transforman tal como se muestra en la Tabla 10 utilizando los resultados específicos de la muestra de cribaje. El resultado es una correlación de 0.70 con la suma de los otros cuatro ítems en la escala SG.

### **Ítems de Dolor Corporal.**

Las reglas de evaluación recomendadas para la escala de Dolor Corporal (DC) se basaron en tres consideraciones: (1) los ítems ofrecen a la vez números diferentes y diferente contenido en las opciones de respuesta, (2) la administración del ítem 8 dependía de la respuesta de un ítem como el ítem 7 en el MOS, y (3) los estudios empíricos indican que la recalibración del ítem 7 es necesaria para conseguir un ajuste lineal con la puntuación de las escalas y con otras medidas de dolor corporal.

Tal como se muestra en la Tabla 3, los dos ítems de Dolor Corporal ofrecen un número desigual de opciones de respuesta (seis para el ítem 7 y cinco para el ítem 8). En consecuencia, sus varianzas no son iguales, como requiere una escala de evaluación sumada. Además, en todos los estudios MOS publicados hasta la fecha, el ítem 8 se administró siguiendo este criterio sólo a los encuestados que reconocían al menos algo de dolor. Aunque este criterio del MOS ha sido eliminado para que el SF-36 resulte más fácil de administrar, la dependencia entre ambas respuestas deberá tenerse en cuenta para comparar resultados de estudios nuevos con estudios ya publicados.

La recodificación recomendada de la primera opción de respuesta para el ítem 8 a partir de la respuesta del ítem 7 resuelve dos problemas. Primero, convierte el ítem 8 en un ítem de seis niveles con una varianza casi igual al ítem 7. Esto se logra separando aquéllos que están libres de interferencia

de su rol debido al dolor en dos grupos diferentes: (1) libre de interferencia y libre de dolor (el mejor nivel), y (2) libre de interferencia, pero realizados con algo de dolor (el siguiente mejor nivel). Segundo, aproxima la dependencia entre los dos ítems en los estudios del MOS de validez y fiabilidad realizados hasta la fecha (McHorney et al., 1992, 1993, 1994b).

Davis y Ware (1981) informaron que la recalibración de la evaluación de la severidad del dolor corporal era necesaria para satisfacer la suposición de intervalos iguales en los estudios realizados durante el HIE. Los estudios del MOS han confirmado que la relación entre el ítem 7 y las medidas de criterio del dolor se desvía significativamente de la asociación lineal. Las medidas de criterio del dolor utilizadas en estos tests incluyen escalas analógico-visuales que miden la severidad del dolor y evaluaciones categóricas de la frecuencia y duración del dolor. Los valores finales de respuesta para el ítem 7 se obtuvieron de los valores medios de una medida resumen de criterio del dolor calculada para los encuestados participantes en el MOS que eligieron cada uno de los seis niveles definidos en el ítem 7, utilizando métodos muy similares a los ilustrados en la Tabla 6.10 para el ítem 1.

### **Items adicionales**

Anteriormente ya se mencionó que el presente cuestionario es una adaptación del cuestionario SF-36 que valora la calidad de vida relacionada con la salud y de la versión chilena del cuestionario MRS para valorar calidad de vida relacionada con el climaterio. En la adaptación que se realizó se agregó una pregunta al cuestionario SF-36 aumentando además 11 ítems, estos tienen una escala de 5, dándonos una puntuación mínima de 11 y una máxima de 44, tal como se indica en la tabla 12 y 13, indicando a mayor puntaje mejor calidad de vida y por ende una afectación menor del climaterio sobre esta.

### **Autovaloración de la calidad de vida**

Al ser la calidad de vida un resultado tanto objetivo como subjetivo, es imprescindible tomar en cuenta la autovaloración de la calidad de vida para poder determinarla; a diferencia del cuestionario SF 36 donde señala la pregunta 2 pero para determinar a la calidad de vida asignándole un valor a esta no se la toma en cuenta, en este cuestionario se le asigna también un valor final al valor precodificado para que así forme parte de la valoración y determinación de la calidad de vida relacionada con la salud en la etapa de climaterio.

### **Cómo tratar los datos ausentes**

A veces, los encuestados dejan uno o más ítems de la escala de un cuestionario en blanco, aunque esto no ocurre con frecuencia (1 al 2% de los casos o menos) en la mayoría de estudios. Una ventaja importante de las escalas multiítem es que la puntuación de la escala puede ser estimada aunque falten respuestas a algunos de los ítems. En general, es posible derivar puntuaciones de la escala para casi todos los encuestados en las ocho escalas del SF-36, utilizando un algoritmo de puntuación que estima los valores que faltan.

Se recomienda que la puntuación de la escala se calcule aunque el encuestado contestó al menos la mitad de los ítems en una escala multi-ítem (o la mitad más una en el caso de escalas con número impar de ítems).

El algoritmo recomendado sustituye con una estimación específica y personal cualquier ítem ausente cuando el encuestado contestó al menos el 50 por ciento de los ítems de una escala. Una estimación psicométricamente correcta es el promedio de la puntuación, a través de los ítems completados en la misma escala, para ese encuestado (Ware, Davies-Avery, & Brook, 1980). Por ejemplo, si un encuestado deja un ítem



de la escala de 5 ítems de la Salud Mental en blanco, se imputará el promedio de la puntuación del encuestado (en los cuatro ítems completos de salud mental) para ese único ítem. Cuando se estime el promedio de la puntuación del encuestado, se deben utilizar los valores finales de los ítems del encuestado, tal como se definen en las Tablas 1 a la 9.

### **Cálculo de las puntuaciones crudas de las escalas**

Después de la recodificación de ítems, incluyendo el manejo de los datos que faltan, se calcula para cada escala una puntuación cruda. Esta puntuación es la simple suma algebraica de las respuestas para todos los ítems en esa escala, tal como se muestra en la Tabla 12. Por ejemplo, la puntuación cruda para la escala Rol Físico, es la suma de las puntuaciones para los ítems 4a, 4b, 4c y 4d. Deben utilizarse los valores recodificados y los valores imputados cuando sea necesario. Generalmente, se recomienda que si el encuestado contesta al menos el 50% de los ítems la puntuación para esa escala deberá mantenerse como ausente. Hay quien prefiere un uso más conservador de las escalas con sólo dos ítems y mantener esas escalas como ausentes a menos que ambos ítems sean completados.

Este sencillo método de puntuación es posible porque los ítems de una misma escala tienen una relación equivalente aproximada al concepto subyacente de salud que se mide, y ningún ítem es utilizado en más de una escala. Por tanto, no es necesario estandarizar o ponderar los ítems. Estas asunciones han sido comprobadas ampliamente y verificadas en 24 grupos de pacientes (McHorney y cols., 1994b).

### **Determinación de la calidad de vida**

Para determinar la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres en la etapa de climaterio usaremos la fórmula para transformar las escalas, de esta forma:

9. Determinaremos las puntuaciones crudas de cada una de las escalas.
10. Sumaremos las puntuaciones obtenidas de cada escala, obteniendo un valor mínimo que es de 47 y un máximo de 205, dándonos un a peor o mejor calidad de vida respectivamente.
11. Al igual que en la transformación de las puntuaciones de las escalas usaremos la escala transformada para obtener igual que en las escalas valores entre 0 y 100, los valores cercanos a 0 indican una peor calidad de vida en cambio valores cercanos a 100 una mejor.
12. A la calidad de vida la calificaremos como mala si la puntuación obtenida está entre 0 y 49 y como buena si la puntuación obtenida está entre 50 y 100. Como se indica en la tabla 14.

### **Transformación de las Puntuaciones de las escalas**

El siguiente paso trata de transformar cada puntuación cruda de las escalas en una escala de 0 a 100, utilizando la fórmula que se muestra más abajo. La tabla 12 detalla la información necesaria para aplicar esta fórmula a cada escala.

$$\text{Escala Transformada} = \left[ \frac{(\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right] \times 100$$

Esta transformación convierte las puntuaciones más bajas y las más altas posibles en 0 y 100 respectivamente. Las puntuaciones situadas entre estos valores representan el porcentaje del posible total de puntuación logrado.

Mientras que este paso final es opcional, se recomienda especialmente ya que las puntuaciones de las escalas transformadas pueden compararse con las normas derivadas del MOS (McHorney y cols., 1992, 1993, 1994b), *National Survey of Functional Health Status* (1990), y otros resultados publicados o por publicar basados en las reglas de puntuación.

Las puntuaciones crudas y transformadas de la escala no se calculan para el ítem de Evolución declarada de la Salud.

### **Fórmula y ejemplo de transformación de las puntuaciones crudas**

$$\text{Escala Transformada} = \left[ \frac{(\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right] \times 100$$

**Ejemplo:** Una puntuación cruda de 21 en la escala de Función Física se transformaría de la siguiente manera:

$$\left[ \frac{(21 - 10)}{20} \right] \times 100 = 55$$

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

## TABLAS

**Tabla 1**

<b>FUNCIÓN FÍSICA: TEXTO DE LOS ITEMS E INFORMACIÓN SOBRE SU PUNTUACIÓN</b>		
<b>Texto de los Items</b>		
3a. <b>Esfuerzos intensos</b> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores		
3b. <b>Esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora		
3c. Coger o llevar la bolsa de la compra		
3d. Subir <b>varios</b> pisos por la escalera		
3e. Subir <b>un solo</b> piso por la escalera		
3f. Agacharse o arrodillarse		
3g. Caminar <b>un kilómetro o más</b>		
3h. Caminar <b>varias manzanas</b> (varios centenares de metros)		
3i. Caminar <b>una sola manzana</b> (unos 100 metros)		
3j. Bañarse o vestirse por sí mismo		
<b>Valor precodificado y valor final para los Items 3a - 3j</b>		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Sí, me limita mucho	1	1
Sí, me limita un poco	2	2
No, no me limita nada	3	3
<b>Puntuación de la escala</b>		
Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los items, tal como se muestra en la Tabla 12. Consultar el texto para el manejo de los datos ausentes. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una función física mejor.		
<i>Nota.</i> Los valores precodificados son los que aparecen en el formulario del apéndice. Esta escala no requiere recodificación de los items para el cálculo de la puntuación final.		

**Tabla 2**

<b>ROL-FÍSICO: TEXTO DE LOS ITEMS E INFORMACIÓN SOBRE SU PUNTUACIÓN</b>		
<b>Texto de los Items</b>		
4a. ¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
4b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer?		
4c. ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
4d. ¿Tuvo <b>dificultad</b> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?		
<b>Valor precodificado y valor final para los Items 4a - 4d</b>		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Sí	1	1
No	2	2
<b>Puntuación de la escala</b>		
Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los items, tal como se muestra en la Tabla 12. Consultar el texto para el manejo de los datos ausentes. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una mejor función física.		
<i>Nota.</i> Los valores precodificados son los que aparecen en el formulario del apéndice. Esta escala no requiere recodificación de los items para el cálculo de la puntuación final.		

**Tabla 3**

<b>DOLOR CORPORAL: TEXTO DE LOS ITEMS E INFORMACIÓN SOBRE SU PUNTUACIÓN</b>
<b>Texto de los Items</b>
7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado

su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?			
<b>Valor precodificado y valor final para el Item 7</b>			
Opción de respuesta	Valor precodificado		Valor final
No, ninguno	1		6.0
Sí, muy poco	2		5.4
Sí, un poco	3		4.2
Sí, moderado	4		3.2
Sí, mucho	5		2.2
Sí, muchísimo	6		1.0
<b>Puntuación para el Item 8 — si ambos 7 y 8 están contestados</b>			
Opción de respuesta	Si el valor precodificado del Item 8	Valor precodificado del Item 7	Valor final del Item 8
Nada	1	1	6
Nada	1	2 a 6	5
Un poco	2	1 a 6	4
Regular	3	1 a 6	3
Bastante	4	1 a 6	2
Mucho	5	1 a 6	1
<b>Puntuación para el Item 8 — si el Item 7 no ha sido contestado</b>			
Opción de respuesta	Valor precodificado		Valor final
Nada	1		6.0
Un poco	2		4.75
Regular	3		3.5
Bastante	4		2.25
Mucho	5		1.0
<b>Puntuación de la escala</b>			
Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los items, tal como se muestra en la Tabla 12.. Consultar el texto para el manejo de los datos ausentes. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica			

ausencia de dolor.

*Nota.* Los valores precodificados son los que aparecen en el formulario del apéndice. Esta escala requiere recodificación de ambos items antes del cálculo de la puntuación de la escala.

**Tabla 4**

<b>SALUD GENERAL: TEXTO DE LOS ITEMS E INFORMACIÓN SOBRE SU PUNTUACIÓN</b>		
<b>Texto de los Items</b>		
1. En general, usted diría que su salud es: 11a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas 11b. Estoy tan sano como cualquiera 11c. Creo que mi salud va a empeorar 11d. Mi salud es excelente		
<b>Valores precodificados y final para los Items 1 y 11a - 11d</b>		
Item 1		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Excelente	1	5.0
Muy buena	2	4.4
Buena	3	3.4
Regular	4	2.0
Mala	5	1.0
Items 11a y 11c		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Totalmente cierta	1	1
Bastante cierta	2	2
No lo sé	3	3
Bastante falsa	4	4
Totalmente falsa	5	5
Items 11b y 11d		

Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Totalmente cierta	1	5
Bastante cierta	2	4
No lo sé	3	3
Bastante falsa	4	2
Totalmente falsa	5	1
<b>Puntuación de la escala</b>		
Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los items, tal como se muestra en la Tabla 11. Consultar el texto para el manejo de los datos ausentes. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una mejor percepción de la salud general.		
<i>Nota.</i> Los valores precodificados son los que aparecen en el formulario del apéndice. Esta escala requiere la recodificación de 3 items antes de calcular la puntuación final.		

**Tabla 5**

<b>VITALIDAD: TEXTO DE LOS ITEMS E INFORMACIÓN SOBRE SU PUNTUACIÓN</b>		
<b>Texto de los Items</b>		
9a. se sintió lleno de vitalidad?		
9e. tuvo mucha energía?		
9g. se sintió agotado?		
9i. se sintió cansado?		
<b>Valor precodificado y valor final para los Items 9a, 9e, 9g, y 9i</b>		
Items 9a y 9e		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Siempre	1	6
Casi siempre	2	5
Muchas veces	3	4
Algunas veces	4	3



Sólo alguna vez	5	2
Nunca	6	1
Items 9g y 9i		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Muchas veces	3	3
Algunas veces	4	4
Sólo alguna vez	5	5
Nunca	6	6
<b>Puntuación de la escala</b>		
Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los items, tal como se muestra en la Tabla 6. Consultar el texto para el manejo de los datos ausentes. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica mayor vitalidad.		
<i>Nota.</i> Los valores precodificados son los que aparecen en el formulario del apéndice. Esta escala requiere la recodificación de 2 items antes del cálculo de la puntuación final.		

**Tabla 6**

<b>FUNCIÓN SOCIAL: TEXTO DE LOS ITEMS E INFORMACIÓN SOBRE SU PUNTUACIÓN</b>
<b>Texto de los Items</b>
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
<b>Valor precodificado y valor final para los Items 6 y 10</b>

Item 6		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Nada	1	5
Un poco	2	4
Regular	3	3
Bastante	4	2
Mucho	5	1
Item 10		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Algunas veces	3	3
Sólo alguna vez	4	4
Nunca	5	5
Puntuación de la escala		
<p>Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los items, tal como se muestra en la Tabla 12. Consultar el texto para el manejo de los datos ausentes. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una mejor función social.</p>		
<p><i>Nota.</i> Los valores precodificados son los que aparecen en el formulario del apéndice. Esta escala requiere la recodificación de un ítem antes del cálculo de la puntuación final.</p>		

**Tabla 7**

<b>ROL EMOCIONAL: TEXTO DE LOS ITEMS E INFORMACIÓN SOBRE SU PUNTUACIÓN</b>
<b>Texto de los Items</b>
5a. ¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <b>por algún problema emocional</b> ?

5b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <b>por algún problema emocional</b> ?		
5c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <b>cuidadosamente</b> como de costumbre, <b>por algún problema emocional</b> ?		
<b>Valor precodificado y valor final para los Items 5a - 5c</b>		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Si	1	1
No	2	2
<b>Puntuación de la escala</b>		
Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los items, tal como se muestra en la Tabla 12. Consultar el texto para el manejo de los datos ausentes. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una mejor función emocional.		
<i>Nota.</i> Los valores precodificados son los que aparecen en el formulario del apéndice. Esta escala no requiere recodificación de los items para el cálculo de la puntuación final.		

**Tabla 8**

<b>SALUD MENTAL: TEXTO DE LOS ITEMS E INFORMACIÓN SOBRE SU PUNTUACIÓN</b>		
<b>Texto de los Items</b>		
9b. Estuvo muy nervioso?		
9c. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?		
9d. Se sintió calmado y tranquilo?		
9f. Se sintió desanimado y triste?		
9h. Se sintió feliz?		
<b>Valor precodificado y valor final para los Items 9b, 9c, 9d, 9f, y 9h</b>		
Items 9b, 9c, y 9f		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Siempre	1	1

Casi siempre	2	2
Muchas veces	3	3
Algunas veces	4	4
Sólo alguna vez	5	5
Nunca	6	6
<b>Items 9d y 9h</b>		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Siempre	1	6
Casi siempre	2	5
Muchas veces	3	4
Algunas veces	4	3
Sólo alguna vez	5	2
Nunca	6	1
<b>Puntuación de la escala</b>		
Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los items, tal como se muestra en la Tabla 12. Consultar el texto para el manejo de los datos ausentes. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una mejor salud mental.		
<i>Nota.</i> Los valores precodificados son los que aparecen en el formulario del apéndice Esta escala requiere la recodificación de dos items antes del cálculo de la puntuación final		

**Tabla 9**

<b>EVOLUCIÓN DECLARADA DE LA SALUD: TEXTO DE LOS ITEMS E INFORMACIÓN SOBRE SU PUNTUACIÓN</b>		
<b>Texto de los Items</b>		
2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?		
<b>Valor precodificado y valor final para el Item 2</b>		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final

Mucho mejor ahora que hace un año	1	1
Algo mejor ahora que hace un año	2	2
Más o menos igual que hace un año	3	3
Algo peor ahora que hace un año	4	4
Mucho peor ahora que hace un año	5	5
<b>Puntuación de la escala</b>		
Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los items, tal como se muestra en la Tabla 12. Consultar el texto para el manejo de los datos ausentes. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una mejor salud en comparación con la de hace 1 año.		
<i>Nota.</i> Los valores precodificados son los que aparecen en el formulario del apéndice Esta escala no requiere la recodificación de dos items antes del cálculo de la puntuación final.		

**Tabla 10**

<b>AFECTACIÓN DE LA SALUD POR EL CLIMATERIO</b>
<b>Texto de los items</b>
<b>Ítems</b>
<p><b>12a.</b> Bochornos, sudoración, calores.</p> <p><b>12b.</b> Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho).</p> <p><b>12c.</b> Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).</p> <p><b>12d.</b> Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).</p> <p><b>12e.</b> Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse).</p> <p><b>12f.</b> Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de</p>

relaciones sexuales, menos satisfacción sexual).		
<b>12g.</b> Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina).		
<b>12h.</b> Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales).		
<b>Valor precodificado y valor final para los ítems 3a - 3j</b>		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Siente demasiada molestia	1	1
Siente molestia importante	2	2
Siente molestia moderada	3	3
Siente molestia leve	4	4
No siente molestias	5	5
<b>Puntuación de la escala.</b>		
Calcular simplemente la suma algebraica del valor final de los ítems, tal como se muestra en la Tabla 12. Consultar el texto para el manejo de los datos ausentes. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una función física mejor.		
<i>Nota.</i> Los valores precodificados son los que aparecen en el formulario del apéndice. Esta escala no requiere recodificación de los ítems para el cálculo de la puntuación final.		

**TABLA 11**

<b>FÓRMULAS PARA PUNTUAR Y TRANSFORMAR LAS ESCALAS</b>			
<b>Escala</b>	<b>Suma final de los valores de los ítems (después de recodificar los ítems según las tablas 1-8)</b>	<b>Puntuaciones crudas mínimas y máximas</b>	<b>Máximo recorrido posible de la</b>

		<b>posibles</b>	<b>puntuación cruda</b>
Función Física	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10, 30	20
Rol Físico	$4a+4b+4c+4d$	4, 8	4
Dolor Corporal	7+8	2, 12	10
Salud General	$1+11a+11b+11c+11d$	5, 25	20
Vitalidad	$9a+9e+9g+9i$	4, 24	20
Función Social	6+10	2, 10	8
Rol Emocional	$5a+5b+5c$	3, 6	3
Salud Mental	$9b+9c+9d+9f+9h$	5, 30	25
Evolución declarada de la salud	2	1, 5	4
Afectación de la salud por el climaterio	$12a+12b+12c+12d+12e+12f+12g+12h+12i+12j+12k$	11, 55	44

**TABLA 12**

<b>FÓRMULAS PARA PUNTUAR Y TRANSFORMAR LAS ESCALAS</b>				
<b>Escala</b>	<b>Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles</b>	<b>Puntuación cruda media</b>	<b>Transformación de las puntuaciones de la escala</b>	
			<b>Mínima-máxima</b>	<b>Media</b>
Función Física	10, 30	20	0-100	50
Rol Físico	4, 8	6	0-100	50
Dolor Corporal	2, 12	7	0-100	50
Salud General	5, 25	15	0-100	50
Vitalidad	4, 24	14	0-100	50
Función Social	2, 10	6	0-100	50
Rol Emocional	3, 6	4,5	0-100	50
Salud Mental	5, 30	17,5	0-100	50
Evolución declarada de la salud	1,5	3	0-100	50
Afectación de la salud por el climaterio	11,55	33	0-100	50



## DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Tabla 13

<b>FÓRMULA PARA PUNTUAR Y TRANSFORMAR LA SUMA FINAL DE LAS ESCALAS Y DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA</b>				
<b>Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles</b>	<b>Puntuación cruda media</b>	<b>Máximo recorrido posible de la puntuación cruda</b>	<b>Transformación de las puntuaciones de la escala</b>	
			<b>Mínima-máxima</b>	<b>Media</b>
47 - 205	126	158	0 - 100	50

<b>DETERMINACIÓN Y SUBDETERMINACIÓN DE LAS ESCALAS Y DE LA CALIDAD DE VIDA</b>				
<b>ESCALA</b>	<b>DETERMINACIÓN</b>	<b>SUBDETERMINACIÓN</b>	<b>PUNTUACIONES CRUDAS MÍNIMAS Y MÁXIMAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Función Física	Mala	Mala	10 – 14.9	0 – 24.9
		Regular	15 – 19.9	25 – 49.9
	Buena	Buena	20 – 24.9	50 – 74.9
		Muy Buena	25 – 28.9	75 – 94.9
		Excelente	29-30	95-100
Rol Físico	Mala	Mala	4 – 4.9	0 – 24.9
		Regular	5 – 5.9	25 – 49.9
	Buena	Buena	6 – 6.9	50 – 74.9
		Muy Buena	7 – 7.79	75 – 94.9
		Excelente	7.8 – 8	95-100
Dolor Corporal	Mala	Mala	2 – 4.4	0 – 24.9
		Regular	4.5 – 6.9	25 – 49.9
	Buena	Buena	7 – 9.49	50 – 74.9
		Muy Buena	9.5 – 11.49	75 – 94.9
		Excelente	11.5 - 12	95-100
Salud General	Mala	Mala	5 – 9.9	0 – 24.9
		Regular	10 - 14.9	25 – 49.9
	Buena	Buena	15 - 19.9	50 – 74.9
		Muy Buena	20 – 23.99	75 – 94.9
		Excelente	24 – 25	95-100
Vitalidad	Mala	Mala	4 – 8.99	0 – 24.9
		Regular	9 – 13.99	25 – 49.9
	Buena	Buena	14 – 18.99	50 – 74.9
		Muy Buena	19 – 22.99	75 – 94.9
		Excelente	23 – 24	95-100
Función Social	Mala	Mala	2 – 3.99	0 – 24.9

	Buena	Regular	4 – 5.99	25 – 49.9
		Buena	6 – 7.9	50 – 74.9
		Muy buena	8 – 9.59	75 – 94.9
		Excelente	9.6 – 10	95-100
Rol Emocional	Mala	Mala	3 – 3.7	0 – 24.9
		Regular	3.8 – 4.49	25 – 49.9
	Buena	Buena	4,5 – 5,24	50 – 74.9
		Muy buena	5,25 – 5.84	75 – 94.9
		Excelente	5.85 – 6	95-100
Salud Mental	Mala	Mala	5 – 11.24	0 – 24.9
		Regular	11.25 – 17.49	25 – 49.9
	Buena	Buena	17,5 – 23.74	50 – 74.9
		Muy Buena	23.75 – 28.74	75 – 94.9
		Excelente	28.75 – 30	95-100
Evolución declarada de la salud	Mala	Mala	1 – 1.9	0 – 24.9
		Regular	2 – 2.9	25 – 49.9
	Buena	Buena	3 – 3.9	50 – 74.9
		Muy Buena	4 – 4.79	75 – 94.9
		Excelente	4.8 – 5	95-100
Afectación de la salud por el climaterio	Mala	Mala	8 – 15.9	0 – 24.9
		Regular	16 – 23.9	25 – 49.9
	Buena	Buena	24 – 31.9	50 – 74.9
		Muy Buena	32 – 38.54	75 – 94.9
		Excelente	38.55 – 40	95-100
<b>TOTAL Calidad de vida</b>	Mala	Mala	44 – 80.4	0 – 24.9
		Regular	80.5 – 116.9	25 – 49.9
	Buena	Buena	117 – 153.4	50 – 74.9
		Muy Buena	153.5 - 190	75 – 94.9
		Excelente	182.85 – 100	95-100

# CUESTIONARIO MFCT

## ADAPTADO DE LOS CUESTIONARIOS SF-36

### Y MRS

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

(marque un solo número)

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

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

(marque un solo número)

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

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

(marque un solo número)

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. <b>Esfuerzos intensos</b> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
b. <b>Esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <b>varios</b> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <b>un solo</b> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
g. Caminar <b>un kilómetro o más</b>	1	2	3
h. Caminar <b>varias manzanas</b> (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar <b>una sola manzana</b> (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa su salud física?

(marque un solo número por cada pregunta)

	SI	NO
a. ¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo <b>dificultad</b> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

(marque un solo número por cada pregunta)

	SI	NO
a. ¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2
b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <b>cuidadosamente</b> como de costumbre, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2

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

(marque un solo número)

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

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

(marque un solo número)

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

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

(marque un solo número)

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

(marque un solo número por cada pregunta)

	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Sólo una vez</b>	<b>Nunca</b>
a. Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. Se sintió tan baja de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d. Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

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

(marque un solo número)

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo alguna vez	4
Nunca	5



11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

(marque un solo número por cada pregunta)

	<b>Totalmente cierta</b>	<b>Bastant e cierta</b>	<b>No lo sé</b>	<b>Bastant e falsa</b>	<b>Total ment e falsa</b>
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

12. Con el objeto de conocer sus molestias climatéricas le solicitamos marcar el casillero correspondiente. Respondiendo a la siguiente pregunta:

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?

Con el objeto de conocer sus molestias climatéricas le solicitamos responder el siguiente cuestionario marcando el casillero correspondiente.					
¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?					
Tipo de molestia. (Marque la casilla pertinente de cada molestia con una "X". Ejemplo, marque en casilla 0 cuando "no tiene molestia" y en la casilla 1 a la 4 según como sienta la intensidad de la molestia).	¿Cómo son sus molestias?				
	Siente demasia da molestia	Siente molestia importante	Siente molestia moderada	Siente molestia leve	No siente molestias
a. Bochornos, sudoración, calores.	1	2	3	4	5
b. Molestias al corazón (sentir latidos del corazón,	1	2	3	4	5

palpitaciones, opresión en el pecho).					
c. Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).	1	2	3	4	5
d. Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).	1	2	3	4	5
e. Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse).	1	2	3	4	5
f. Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menos satisfacción sexual).	1	2	3	4	5
g. Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina).	1	2	3	4	5
h. Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales).	1	2	3	4	5

## FOTOS



APLICANDO LA ENTREVISTA EN EL GRUPO DEL ADULTO MAYOR DEL IESS LOJA.



ENTRADA A LA PARROQUIA DE VILCABAMBA